

SAĞLIK SİSTEMİ BAĞLAMINDA COVID-19 SALGINI: GÜNEY KORE

Caner Baysan*

Öz: Dünyayı, 2020 yılı itibarıyla etkisi altına alan, COVID-19 pandemisinin sağlık etkilerinin yanı sıra, sosyal ve ekonomik birçok etkisi olmuştur. Dünyadaki tüm ülkeler, salgını kontrol altına alma konusunda ortak hedefte birleşmelerine rağmen, her ülkenin sosyal, ekonomik ve politik yapılarından dolayı alınan önlemler ve yapılan müdahaleler de farklı olmuştur. Güney Kore'de yaşanan COVID-19 salgınına eleştirel bir bakış açısı sunmayı amaçlayan bu çalışmada, ülkenin siyasi tarihi, ekonomik gelişimi ve bu bağlamda şekillenen sağlık sistemi ele alınarak yaşanan salgın süreci eleştirel bir bakış açısıyla tartışılmaktadır.

Anahtar sözcükler: COVID-19, sağlık sistemi, Güney Kore, salgın

COVID-19 Outbreak in the Context of the Health System; South Korea

Abstract: The COVID-19 pandemic, which has affected the world as of 2020, has many social and economic effects as well as health effects. Although all countries in the world are united in a common goal to control the epidemic, the preventions taken and the interventions made are different according to the social, economic and political characteristics of each country. In this study, which aims to present a critical perspective to the COVID-19 epidemic in South Korea, discusses the political history, economic development of the country and the health system shaped in this context with a critical perspective.

Keywords: COVID-19, health system, South Korea, outbreak

1. Tarihsel Süreç

Kore, tarihi milattan önce iki binli yıllara kadar uzanan kadim bir ülkedir. Geçmişte birçok kez komşu ülkeler tarafından işgale uğrayan Kore'nin yakın tarihteki durumu da pek farklı olmamıştır. Kore, 1900'lü yılların başından itibaren, 35 yılını batı ülkelerinin ve Japonya'nın sömürgesi olarak geçirmiştir. İkinci Dünya Savaşı'nda Japonya'nın mağlup olması sonucu 1948 yılında Kore, Kuzey ve Güney olarak iki devlete ayrılmıştır. Güney Kore ilk bağımsız cumhuriyet hükümetini 1948'de kurmuştur. Dünyadaki siyasal değişimlerin yansıması olan ayaklanmalar ve askeri darbeler 1950'lerden sonra Güney Kore'de de görülmüştür. Bu süreçlerden sonra, 1992'de gerçekleştirilen ilk sivil Cumhurbaşkanlığı seçimi ve beraberinde 2002 yılındaki yönetsel reformlarla cumhurbaşkanı ağırlığında olan, liberal demokrat cumhuriyetin temelleri atılmıştır. Güney Kore, dört bölge ve bölgesel yönetim olarak yedi şehirden oluşmaktadır (**Kaynak 2007**).

2. Sosyodemografik ve Ekonomik Yapı

Güney Kore'nin 2019 yılına ait nüfusu 51.225.308 olup, dünya nüfus sıralamasına göre 28. sırada yer almaktadır. Nüfusunun %81,6'sı kentlerde yaşamaktadır. Beklenen yaşam süresi erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla 79,7 ve 85,7 yıldır. Ülke nüfusunun %14,8'ini 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır. Ülkenin ortanca yaşı 43,7 yıldır. 2000 yılında 1,48 olan genel doğurganlık hızı, yıllar içerisinde azalmış ve 2019 yılı için 0,92 olarak tespit edilmiştir. Bebek ölüm hızı 2,7 (binde) ile OECD ülkeleri arasında 12. sırada yer almaktadır. İnsani Gelişim İndeksi 0,906 ile dünya ülkeleri arasında 22. sırada yer almaktadır (**OECD 2019; Organization for Economic Co-operation and Development 2019**).

Güney Kore, 1960 sonrası, sanayileşme adımlarını hızla atarak ekonomik kalkınmada önemli bir yol katetmiştir. OECD ülkeleri içerisinde 1996 yılından itibaren yer almaya başlamıştır. Güney Kore'nin,

*Uzm. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D./Epidemiyoloji (ORCID No: 0000-0002-7675-1391) Geliş Tarihi / Received : 15.11.2020
Kabul Tarihi / Accepted : 04.05.2021

1996 yılındaki gayri safi milli hasılası (GSMH) 670 milyar dolar iken 2018 yılında 3 kat artarak 2,18 trilyon dolara yükselmiştir. OECD ülkeleri içinde toplam GSMH bakımından yedinci sırada yer almaktadır. Kişi başına düşen GSMH 42.246 dolar olup, OECD ortalamasının (43.776 dolar) az da olsa altında yer almaktadır. İşsizlik oranı, %3,8 ile OECD ülkeleri içerisinde en iyi ilk yedi ülke arasında yer almaktadır. Ülke genelinde, 2017 yılı yoksulluk oranı %17,4'tür. Özellikle, yaşlı nüfus (65 yaş ve üzeri) yoksulluk oranı (%43,8) ile OECD ülkeleri içerisinde birinci sırada yer alması dikkat çekmektedir. Gelir eşitsizliği katsayısı ise 0,35'tir. Ekonomik gelişmişlik ve kişi başına düşen GSMH yönünden iyi durumda olmasına rağmen, gelir dağılımındaki eşitsizlik ve özellikle yaşlı nüfustaki yüksek yoksulluk oranı dikkat çekmektedir (**Kaynak 2007; OECD 2019**).

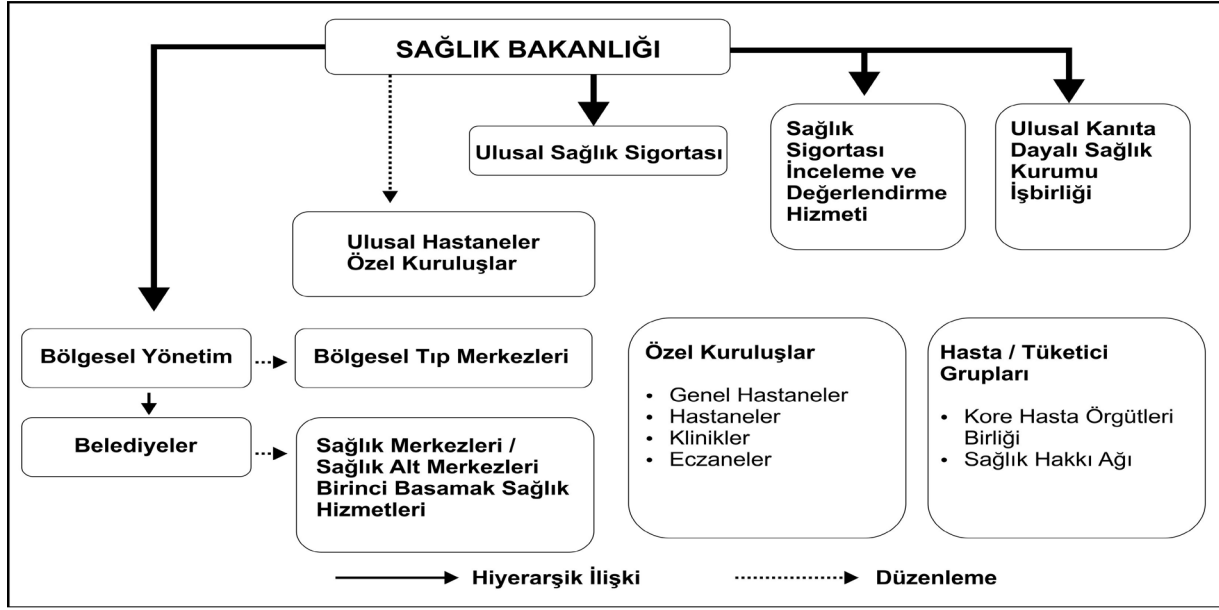
3. Sağlık Sistemi Yapısı

Sağlık yapılanmasının özel sağlık hizmet sunucularına bırakılması cumhuriyetin ilk yıllarına (1960'lar) kadar dayanmaktadır. Cumhuriyetin ilk dönemindeki hükümetler, sağlık sistemi sunumunda ekonomik olarak müdahalenin olmadığı ve tamamen özel sektörün serbest bırakıldığı bir politika izlemiştir. Hükümetler, 'bırakın yapsınlar' bakış açısındaki ekonomi politikasını benimsemiş ve sağlık sistemini özel sektörün eline bırakmıştır. Bu süreç, 1977 yılında ilk sosyal sağlık sigortası oluşturulana kadar devam etmiştir. Sigortanın kapsamı süreç içerisinde genişletilmiştir. Ulusal sağlık sigortası (USS) ve vergiye dayalı tıbbi yardım programı birleştirilerek, tüm nüfusu kapsayan genel sağlık sigortası, 1989 yılı itibariyle hayata geçirilmiştir. USS, sağlık sistemini finanse eden ana kaynağı oluşturmaktadır. USS, nüfusun yaklaşık %97'sini kapsamaktadır. Geri kalan %3'lük grup düşük gelirli kesim olup, sağlık hizmeti ise vergi destekli "Tıbbi Yardım Programı" tarafından sağlanmaktadır. Sağlık sistemi, kamu kaynakları tarafından finanse edilmesine rağmen, sağlık hizmeti sunumunda özel sektör ağırlığa sahiptir. Hükümet tarafından, sağlık hizmet ihtiyacının özel sektör tarafından sağlanmasına izin verilmesi ve bunun desteklenmesi nedeniyle özel sektör, sağlık hizmet sunumunun büyük bir bölümünü gerçekleştirmiştir. Ülke genelinde, 2012 itibariyle, sağlık hizmeti sunucuları içerisinde özel sektörün payı %94'tür (**Kaynak 2007; Kwon, ve ark. 2015**). Sağlık sigortası kapsayıcılığı bakımından, 2018 itibariyle kamu sağlık sigortasına sahip nüfus oranı %100, özel sağlık sigortasına sahip nüfus oranı ise %70 olarak tespit edilmiştir. Ülkedeki sağlık hizmet

sunumundaki özel sektör hakimiyeti sigorta hizmetlerinde de gözlenmektedir. Sağlık hizmet sunumundan, sigorta sistemine kadar birçok alanda özel sektörün hakimiyeti açıkça görülmektedir (**Kwon ve ark. 2015; OECD 2019**).

Sağlık Bakanlığının asli görevi sağlık ve refahı sağlamak, ulusal düzeyde sağlık planlamasını yapmak, politika oluşturmak ve uygulamaktır. Sağlık Bakanlığı, ayrıca bölgesel yönetimlerle ve belediyelerle işbirliği yaparak, halk sağlığı ile ilgili uygulamaların gerçekleştirilmesini sağlar. Sağlık finansmanının ana kaynağı olan USS'nin yönetimi, "Sağlık Sigortası İnceleme ve Değerlendirme Hizmeti" ve "Ulusal Kanıta Dayalı Sağlık Kurumu İşbirliği" kurumlarına bırakılmıştır. Bu iki kurumun Sağlık Bakanlığına karşı sorumlulukları vardır. Sağlık Sigortası İnceleme ve Değerlendirme Hizmeti yarı kamusal bir kurumdur. Sağlık sigortası taleplerini gözden geçirerek hizmetleri değerlendirir ve hizmet sunucularına geri ödeme işlemlerini gerçekleştirir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin kalite değerlendirmesini yapar. Ulusal Kanıta Dayalı Sağlık Kurumu İşbirliği de yarı kamusal bir kuruluş olup sağlık teknolojisi değerlendirilmesinde, sağlık ürünlerinin klinik etkinliği ve maliyet etkililiği hakkında kanıtlar üretir ve raporlar sunar. Birbirinden bağımsız bu iki kurum, büyük kısmı özel sektör hakimiyetinde olan sağlık hizmet sunumunun kalitesini değerlendirmede ve kaynakların uygun kullanımına dair kararlarda önemli görevler üstlenmektedir. Güney Kore'nin sağlık sistemi organizasyon şeması kısaca Şekil 1'deki gibi özetlenebilir (**Kwon ve ark. 2015**).

Güney Kore'nin 2018 yılı toplam sağlık harcamasının GSMH'deki payı %8'dir. Özel sağlık hizmet sunumu ağırlıklı bir yapılanmaya sahip olduğundan bu harcamanın %2,5'lik kısmını cepten ödemeler oluşturmaktadır. Aynı zamanda, cepten ödemelerin toplam sağlık harcamasındaki payı %31,25'tir. Sağlık giderlerinin karşılanmasında en büyük payı %41,9 ile sosyal sigorta oluşturmaktadır. Güney Kore'de kişi başına düşen toplam sağlık harcama miktarı ise 3.384 dolar olup, 4.224 dolar olan OECD ortalamasının altında yer almaktadır. Kişi başına düşen ilaç harcaması 678 dolar olup, OECD ülkeleri arasında altıncı sırada yer almaktadır. Nüfusun tümünü kapsayan bir sağlık sigortası olmasına rağmen, harcamaların üçte birine yakının cepten harcama şeklinde olması sağlık hizmet sunumuna erişimde ve dolayısıyla sistemin işleyişinde sorunların olduğunu göstermektedir (**OECD 2018a**).



Şekil 1. Güney Kore sağlık sistemi organizasyon şeması

3.1. Sağlık emek gücü

Sağlık sigortasının kapsayıcılığı neticesinde oluşan talep artışı, sağlık emek gücüne yönelik ihtiyacı da artırmıştır. Emek gücündeki ihtiyaç artışına rağmen, gelişmiş ülkelerin bir hayli gerisinde yer almaktadır. Güney Kore, sağlık emek gücü bakımından, 2018 yılında 1.000 kişiye düşen genel pratisyen hekim sayısı 0,14 ve uzman hekim sayısı ise 1,74'tür. Uzman hekim sayısının genel pratisyenin 12 katından fazla olmasının nedenlerinden biri, sağlık hizmet sunumunda ağırlığı ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinin oluşturmasıdır. Mezun olan tıp fakültesi öğrencisi sayısı 100.000 kişiye 7,5'le OECD ülkeleri arasında sondan 3. sırada yer almaktadır. Hemşire sayısı 1.000 kişiye 7,64 ile gelişmiş ülkelerin gerisinde olmasına rağmen, son dönemde hemşirelik okullarının sayısının artması ile mezun hemşire sayısını artırmış ve yüz bin hastada 103 hemşire ile OECD ülkeleri içerisinde ikinci sırada yer almıştır. Sağlık Bakanlığı, sağlık emek gücü planlamasında doğrudan yetkin kurum olmayıp, dolaylı olarak etki eden bir kurumdur. Hemşire sayısının artışının altında daha iyi hizmet sağlama amacından öte, ucuz emek gücü sağlama ve sigortadan daha fazla ödeme alma amacı yatmaktadır. Ayrıca, bu düzeydeki hemşire artışına rağmen, büyük şehirlerde hemşire istihdamı yapılırken, kırsal bölgelerdeki hastanelerde hemşire açığı hâlâ devam etmektedir. Hemşirelerin %87'si hastanelerde çalışırken, geriye kalan %13'lük kısmı birinci basamakta çalışmaktadır. Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında, Güney Kore'nin sağlık

insan gücü bakımından yetersiz olduğu görülmektedir. Birinci basamak için büyük önem arz eden pratisyen hekim ve hemşire açığı da dikkat çekmektedir. Mevcut verilerden de açıkça anlaşılacağı üzere, tedavi edici hizmet ağırlıklı bir sağlık hizmeti sunumu politikası izleyen Güney Kore, insan gücü planlamasında da aynı şekilde hareket etmektedir (Kwon ve ark. 2015; OECD 2019; World Health Organization 2018).

3.2. Hastanecilik hizmetleri ve hizmet sunumu

Kamu tarafından sunulan sağlık hizmeti, yerel yönetim ve belediye düzeyindeki sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, tıbbi olarak ihtiyaç duyulan hizmetlerin tümünü kapsamaktadır. Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetleri; ulusal hastaneler, kamu-özel hastaneleri, bölgesel tıp merkezleri ve sağlık merkezlerinden oluşmaktadır. Ulusal rehabilitasyon merkezi, tüberküloz ve cüzzam hastanesi gibi kamu hastaneleri direkt Sağlık Bakanlığına bağlı iken ulusal polis hastanesi ve silahlı kuvvetler hastanesi bağlı oldukları bakanlıkların yönetimindedir. Ulusal tıp merkezi, ulusal kanser merkezi ve ulusal üniversite hastaneleri kamu yararına özel kanunlara sahip, kamu-özel hastaneleri olarak sınıflanmaktadır.

Sağlık hizmet sunumu, "Sağlık Hizmetleri Yasası ile Ulusal Sağlık Sigortası Yasası'na göre farklı kademeli sınıflandırmalarla sınıflandırılmaktadır. Sağlık Hizmetleri Yasası'na göre yatak sayısı ve uzmanlık derecesine

göre sağlık hizmetleri dört kademededen oluşmaktadır. Bunlar; klinikler (0-30 yatak), küçük hastaneler (31-100 yatak), genel hastaneler (100 üzerinde yatak) ve uzmanlaşmış hastanelerdir. Ulusal sağlık sistemine göre ise iki kademededen oluşmaktadır. Uzmanlaşmış hastaneler ve diğer hastaneler olarak ayrılmıştır. Hastalar uzmanlaşmış hastaneler haricindeki hastaneleri ilk başvuru yeri olarak kullanabilmektedir (**Kwon ve ark. 2015; OECD 2018b**).

Kurumların dağılımı, 2012 itibarıyla incelendiğinde, bölgesel yönetimlere bağlı 34 bölgesel tıp merkezi, belediyelere bağlı 254 sağlık merkezi vardır. Ayrıca, 1.315 sağlık merkezinin alt kuruluşu varken, 1.895 adet sağlık ocağı yer almaktadır. Sağlık ocaklarının olmadığı yerlerde ise temel sağlık hizmeti sunan merkezler yer almaktadır (**Ministry of health and welfare (MOHW) 2013**).

Ülke geneli, kamu ve özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmet altyapısı 2018 itibarıyla değerlendirildiğinde; toplam hastane sayısı 3.924 olup, milyon kişiye 75,99 hastane düşmektedir. Kamuya ait hastane sayısı 224 olup, geri kalan 3.700 hastaneyi özel hastaneler oluşturmaktadır. Genel hastane olarak adlandırılan, 100 ve üzeri yatak kapasitesine sahip 1.814 hastane olup, milyon kişiye 35,13 genel hastane düşmektedir. Hasta yatağı bakımından, OECD ülkeleri arasında Japonya'dan sonra ikinci sırada yer almakta olup, 1.000 kişiye 12,43 yatak düşmektedir. Yatak başına düşen hemşire sayısı ise OECD ülkeleri arasında son sırada yer alıp, 1.000 yatağa 0,38 hemşiredir. Hastanede yatılan ortalama gün sayısı 7,5 gün olup, OECD ülkeleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Sağlık hizmet alt yapısı bakımında özel sektör hakimiyetinin olduğu, fakat bu alt yapıyı yürütecek yeterli sayıda sağlık emek gücüne sahip olmadığı anlaşılmaktadır.

Sağlık emek gücünün rol ve işlevleri bakımından klinik ve hastaneler arasında belirgin fark yoktur. Genel hastanelerin hepsinde ayakta tedavi hizmeti varken, bazı kliniklerde yataklı hizmet de verilmektedir. Sağlık sisteminin en önemli sorunlarından birisi ise kapı tutuculuk sisteminin olmamasıdır. Bu da beraberinde, hastalara, sevk sistemine tabi olmadan, istedikleri hastaneye daha yüksek cepten ödeme yapmaları halinde gitme fırsatı vermektedir. Bu durum, üst basamak sağlık hizmet sunumunda sorunlar yaratmaktadır. Özellikle "Büyük 5" (ülkede 5 büyük hastane) diye ifade edilen hastanelerde hasta yoğunluğu sorun haline gelmiştir. Kapı tutuculuk mekanizmasının olmaması ve sağlık hiz-

meti sunulan basamaklar arasında hizmet rollerinin farklılaşmaması sağlık sisteminde sorunlara ve verimsizliklere neden olmaktadır (**Kwon vd. 2015**).

3.3. Birinci basamak sağlık hizmeti

Öncelikli halk sağlığı sorunlarında, dünyada olduğu gibi Güney Kore'de de zaman içerisinde değişim yaşanmıştır. 1970'li yıllara kadar bulaşıcı hastalıklar ölüm nedenlerinde ilk sıralarda yer alırken, şu an ise kronik veya bulaşıcı olmayan hastalıklar ölümlerin en önemli nedenini oluşturmaktadır. Bu hastalıkların oluşmasında etken olan sigara, aşırı alkol tüketimi ve obezite gibi risk faktörlerinin kontrol altına alınması birinci basamağın ana hedeflerini oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmet sunumu, kamu tarafından sağlanmaktadır. Hizmet sunumunun finansmanı, büyük ölçüde ulusal sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır. Hizmetlere dair politika belirlenmesi ve uygulanması, Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilmektedir. Halk sağlığı hizmetlerinin ana hedefi bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, kontrolünü sağlayan müdahalelerin geliştirilmesi ve yönetilmesidir. Bölgesel Halk Sağlığı Yasası (BHSY) ve Ulusal Sağlık Geliştirme Yasası (USGY), 1995'te yürürlüğe girmiştir. Hükümetin halk sağlığı sorumlulukları, BHSY göre düzenlenmektedir. Yasaya göre, bölgenin, sağlık ile ilgili araştırmalar yapması, personel eğitiminin sağlanması, teknik ve mali hizmetlerin genişletilmesine yönelik politikalar geliştirmesi, hükümetin ve bölgesel yönetimin görevlerindedir. USGY ise programların planlanması ve uygulanmasına odaklanarak, hükümetlerin halk sağlığındaki rolünü ve işlevini tanımlamaktadır. Ulusal sağlık gelişimi için kapsamlı bir ulusal ana plan ile buna dayalı uygulama planlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Hükümetin tüm kademeleri bunun için ödevlidir. Mevcut bu iki kanun, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin yasal olarak sağlam zemin üzerine kurulduğunu göstermektedir. Ülke genelinde, il ve ilçe merkezlerinde halk sağlığı merkezleri ve kırsal alanda ise alt merkez yapılarıyla uygulamalar hayata geçirilmektedir. Halk sağlığı merkezleri tarafından bağışıklama, ana çocuk sağlığı, tarama ve sağlık kontrolleri, sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıkların süreyansı gibi önleyici ve sağlığı geliştirici hizmetler sunulmaktadır (**Kwon ve ark. 2015**). Özel sağlık sektörü, sağlığa olan hakimiyeti nedeniyle halk sağlığı merkezleri tarafından yapılan tarama, sağlık kontrolleri, ana çocuk sağlığı, bağışıklama ve sağlık eğitimi gibi hizmetleri de vermektedir. Halk sağlığı

merkezleri tarafından sunulan bağışıklama hizmetinin, tüm bağışıklama hizmeti içindeki payı sadece % 30'dur. Bağışıklama gibi önemli ve temel bir hizmetin bile kamu ağırlıklı olmaması, birinci basamak hizmetlerdeki sorunu açıkça ortaya koymaktadır (**Jung ve ark. 2019**). Yasal zeminde, sağlam temellere oturan uygulama yönünde ise özel sektörün de müdahil, kimi zaman da hakim olduğu bir birinci basamak sağlık hizmetine sahip olması büyük bir sorun teşkil etmektedir.

Kore Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (KDCA), tarafından etkili ve verimli bir sürveyans sistemi yürütülerek, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolü sağlanmıştır. Sürveyans sistemi tarafından, 2013 itibariyle, 77 bulaşıcı hastalığın takibi yapılmaktadır. Halk sağlığı merkezleri tarafından web tabanlı raporlama sistemi aracılığıyla düzenli olarak KDCA'ya hastalık durumları raporlanmaktadır. Hükümet, 2000 yılından itibaren pasif sürveyansın yanında sentinel sürveyans sistemlerini de uygulamaya koymuştur (**Park ve Cho 2014**). KDCA, 2008 itibariyle, tüm bölgesel yönetimlere, sağlığı geliştirme ve hastalık önleme programlarının değerlendirilmesi amacıyla, toplum tabanlı anket uygulamayı zorunlu kılmıştır. Sonuçlar neticesinde, bölgelere özel planlama ve uygulama stratejileri belirlenmiştir. Bu uygulama, ulusal politikalar belirleme yerine, yerel soruna yönelik politikalar geliştirilmesini ve mevcut sorunların hızlı ve verimli bir şekilde çözülmesini sağlamaktadır (**Kim ve ark. 2012**).

Güney Kore, toplumsal tarama programları konusunda da büyük ilerleme kaydetmiştir. Programlar, kamu ve kâr amacı güden veya gütmeyen özel sağlık hizmet sunucularının da katılımıyla gerçekleştirilmektedir. Ulusal sağlık sistemi tarafından karşılanan, temel paket programının içinde yer alan tarama programından, 2009'da 16 milyondan fazla yetişkin yararlanmıştır. Ulusal kanser programı, başlarda sadece ekonomik açıdan yardıma muhtaçlara ücretsiz olarak sunulurken, sonrasında, ulusal sağlık sigortası tarafından karşılanacak şekilde herkese ücretsiz olarak sunulmuştur. Ulusal kanser tarama programında en sık görülen beş kanser türü olan mide, karaciğer, kolorektum, meme ve serviks kanserine yönelik taramalar yer almaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti, hekimler, diş hekimleri, geleneksel tıp doktorları tarafından sağlanmaktadır. Uzak ve kırsal bölgelerdeki sağlık hizmeti ise ebeler ve toplum sağlığı hemşireleri

tarafından sağlanmaktadır. Özel sektör, sağlık hizmet sunumunda büyük rol oynamasına rağmen, halk sağlığı merkezleri ve alt kuruluşları kamu tarafından sunulmaktadır. Birinci basamak hekimleri, aile hekimi ile dahiliye, pediatri ve genel cerrahi uzmanlarından oluşmaktadır. Aile hekimliği dışındaki uzmanlıkların birinci basamak sağlık hizmet sunumuna dair eğitimleri mevcut olmasa da yasal ve mesleki çerçeve içerisinde aile hekimliğine eş statüde gösterilerek çalışmaları sağlanmaktadır. Birinci basamakta çalışabilecek uzman hekimler sadece bunlarla sınırlı değildir. Örneğin, bir kalp damar cerrahı birinci basamakta çalışabilmektedir. Sağlık çalışanlarının, eğitimine uygun yerde çalıştırılmaması, birinci basamağın hizmet kalitesinin ve verimliliğinin düşmesine neden olmaktadır. Ücretlendirme de ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Birinci basamakta, hizmet başı ücretlendirme yapılmaktadır. Bu ücretlendirme sistemi, berabere gereksiz hasta işlemleri yapılması durumunu getirmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerini teşvik edici bir sistemin olmaması da hekimlerin tedavi edici hizmetlere yönelmesine bu da birinci basamak sağlık hizmetindeki koruyucu sağlık hizmetleri boyutunun zayıf kalmasına neden olmaktadır.

Birinci basamakta, sevk sisteminin uygulanmasına dair, 1996 yılında adım atılmıştır. Tabipler Birliği'nin direnci, kamuoyunun karşı çıkmaları neticesinde hayata geçirilememiştir (Sung vd. 2013). Tedavi edici hizmetler bağlamında, ikinci ve üçüncü basamak hastanelere olan yoğun talep hizmet sunumunun da kalitesini etkilemektedir. Ayrıca, hastaların ikinci ve üçüncü basamaktaki hekim seçme özgürlüğü birinci basamakta da olmaktadır. Bu da beraberinde aynı şikayet için birden fazla hekime gitme sorununu oluşturmaktadır. Hükümet, 2014 yılı itibariyle, özellikle kronik hastalığı olan bireylerin bir aile hekimine kayıt olmasını önermiş olsa da bunun henüz kapsamlı bir şekilde uygulamaya geçtiği söylenemez. Özetle, birinci basamak, emek gücü bakımından yetersiz, hizmet sunumu sadece tedavi edici hizmetlere yoğunlaşmış ve işlevsizleştirilmiş durumdadır (**Kwon ve ark. 2015**).

4.COVID-19 Salgınının Sağlık Sistemi Perspektifinden Değerlendirilmesi

Çin'in Hubei eyaletine bağlı Vuhan şehrinde, 2019 yılının, Aralık ayında ilk COVID-19 vakası tanımlanmıştır. Çin, Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) ilk vaka-yı 31.12.2019 tarihinde bildirmiştir. Çin'in birçok

şehrinde görülmeye başlayan hastalık, ilk olarak komşuları ve yakın ilişki içerisinde olan ülkelere, sonrasında ise tüm dünyaya yayılmıştır (**Lai ve ark. 2020**).

Güney Kore'de, 2015 yılında yaşanan Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) salgınından 186 kişi etkilenmiş ve 36 kişi hayatını kaybetmiştir. Salgın sırasında verilerin şeffaf olarak paylaşılması kamuoyunda tepkilere neden olmuştur. Bu tepkiler neticesinde Güney Kore, veri paylaşımı ve şeffaflığı konusunda yasal adımlar atmıştır. Yakın zamanda atmış olduğu adımlar ve KDCA kontrolündeki süveyans sistemi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda büyük katkı sağlamıştır. Eksiksiz bir süveyans sistemi ve destekleyici yasal düzenlemelerin COVID-19 salgınında gerekli önlemlerin alınmasında büyük katkısı olmuştur (**Baysan ve Çöl 2020; Ki 2015**).

Salgın, KDCA ve alt kuruluşları tarafından yönetilmektedir. KDCA, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ve ona karşı sorumlu kamusal bir kurumdur. KDCA, 2008 yılı itibarıyla şehir ve daha küçük yerleşim yerlerinin bulaşıcı hastalık durum bilgilerini aktif, pasif ve sentinal süveyans yöntemleriyle topladığından, bu konuda alt yapısı ve personel eğitimi iyi durumdadır. Bu durum, salgınla olan mücadelede büyük katkı sağlamıştır. KDCA, salgın sürecinin başından beri süveyans çalışmaları, test endikasyonu olan hastaların tanımlanması, alınacak tedbirler, kamuoyunun günlük olarak bilgilendirilmesi, hastalığa dair güncel rehberlerin hazırlanması ve duyurulması görevlerini üstlenmiştir.

Güney Kore, salgından ilk etkilenen ülkelerden biridir. İlk vaka, 35 yaşında Çinli bir kadın olup, 20.01.2020 tarihinde tespit edilmiştir. İlk vakanın görülmesinden sonra tespit edilen her vakanın, KDCA tarafından, seyahat, temas öyküleri titizlikle incelenmiştir. Bu incelemede sadece hastaların bildirimi değil, aynı zamanda kredi kartı kullanım durumu, CCTV (Closed-Circuit Television) görüntüleri, cep telefonu baz istasyonu verileri gibi teknolojinin bütün imkanları kullanılmıştır. Hastayla teması olabilecek kişiler tespit edilerek karantinaya alınmıştır. Kişilerin kimliklerini açığa çıkarabilecek düzeyde bilgilerin paylaşılması, bazı sivil toplum kuruluşları tarafından insan hakkı ihlali olarak görülse de MERS salgını sonrası çıkarılan yasalar ve düzenlemeler bunu yapma imkanı sağlamaktadır.

Salgının ilk bir ayında, katı önlemler almadan mevcut yasaların vermiş olduğu yetkiler ve teknolojik imkânları da kullanan güçlü bir süveyans sistemi sayesinde, salgın kontrol altında tutulmuştur. Salgının kontrol altında tutulması, hızlıca hayata geçirilen salgın önlemlerinden öte, sağlam ve sürekli geliştirilen bir süveyans sisteminin ürünü olduğunu söylemek çok da yanlış olmayacaktır.

Salgının ilk bir aylık kontrol dönemini sona erdiren olay ise Daegu şehrindeki, Shincheonji dini tarikatın üyesi olan, 61 yaşındaki bir kadının, 18.02.2020 tarihinde hastalık semptomları gösterdiği halde test yaptırmak istememesidir. Test yaptırmayı reddeden bu kadın, daha sonra farklı günlerde kilisede düzenlenen bir çok ayine katılarak tarikat üyelerinin bir çoğunun hastalığı kapmasına neden olmuştur. Dini tarikat üyelerinin test yaptırmak konusundaki dirençleri, ülkedeki salgın kontrolünün kaybedilmesindeki en büyük etkenlerden olmuştur. Sağlık hizmetlerin sunumunda da önemli etkenlerden birisi olan toplum katılımının, salgınla mücadelede ne kadar etkili olduğu bu örnekte de görülmektedir. Kamuyunun baskıları sonucu, dini tarikat liderlerine, toplumun sağlığını riske atmaktan savcılar tarafından soruşturma açılmıştır. Tarikat üyelerine, test yapılmış olsa da Daegu şehrinin Güney Kore'nin Wuhan'ı olması engellenememiştir. Daegu şehri özelinde karantina önlemleri alınmıştır. Şehre giriş ve çıkışlar denetim altına alınmıştır. Şehirdeki okullar kapatılmış, tüm toplu aktiviteler iptal edilmiştir. Salgının seyrinde yaşanan bu değişimden dolayı 24.02.2020 tarihi itibarıyla, 15 ülke Güney Kore'ye seyahat kısıtlaması getirmiştir.

Ülke genelinde, 20.02.2020 tarihi itibarıyla vaka sayısı 80 iken Daegu şehrindeki salgının kontrolden çıkmasına neden olan olaylardan dolayı, 29.02.2020 tarihinde salgının piki olan günlük 909 yeni vaka tespiti gerçekleşmiştir. Özellikle, tarikat üyelerine yönelik, 25.02.2020 tarihinde alınan önlemler ve Daegu şehrindeki karantina uygulamaları neticesinde salgın eğrisinde yeni pikler oluşması engellenmiştir. Mevcut kontrolün sağlanmasında, ülkedeki yasaların buna uygun olması, politik irade, güçlü bir süveyans sistemi ve halkın katılımı etkili olmuştur. İlk vakanın tespitinden sonra geçen iki aylık süre sonunda, günlük yeni vaka sayısı 100'ün altına inmiştir. Özellikle, Mayıs ayının ilk haftasında vaka sayıları tek haneli sayılara kadar inmiştir. Süreç içerisinde, diğer ülkeler gibi ülke genelinde

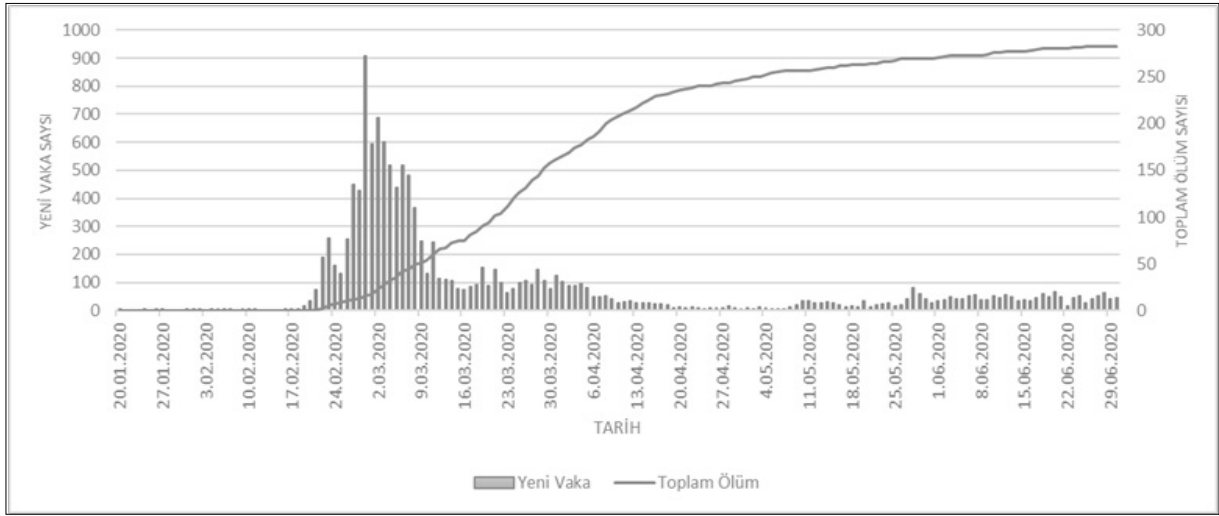
kısıtlamalara gidilmemiştir. Yerel ve bölgesel önlemler alınarak salgın kontrol altında tutulmuştur. Mayıs ayı itibarıyla, normalleşme adımları içerisinde bulaş yönünden en riskli yerlerden biri olan gece kulüpleri dahi açılmıştır. Yerel vaka sayılarının tek basamaklı sayılara indiği dönemde, Seul'un Itaewon bölgesindeki bazı gece kulüplerinden kaynaklı vakalar olduğu tespit edilmiştir. Geriye yönelik vakaların hangi saat aralıklarında, hangi gece kulübünde bulunduğu dair bilgiler toplanmış, bu saat aralığında olan bireylere bilgilendirme yapılmıştır. Semptomu olan veya şüphe duyan kişilerin başvurmaları istenmiştir. KDCA sitesinden ve iletişimi olan müşterilerin telefonlarına duyurular yapılmıştır. İki bine yakın şüpheli temasıya ulaşılmış ve bu kişilerden evde kalmaları, herhangi bir semptom görülme durumunda da en yakın sağlık kuruluşuna, maskeli bir şekilde başvurması istenmiştir. Bölgesel başlayan salgına yönelik, temaslıların tespitinin ötesinde, bölgede yer alan gece kulüplerinin bir ay süreyle kapatılması kararı alınmıştır. Yapılan müdahaleler, 20 milyon üzerinde nüfusa sahip bir şehirde, salgının kontrolden çıkmasını engellemiştir. Güney Kore'de, 20.01.2020-01.07.2020 tarihleri arasında toplamda 12.800 vaka tespit edilmiş olup günlük yeni vaka ve toplam ölüm sayısı Şekil 2'de gösterilmiştir (**Baysan ve Çöl 2020; KDCA 2020**).

Güney Kore'nin en büyük başarılarından biri, çok sayıda kişiye test yapması olarak belirtilse de test yapılacak kişinin teste erişimini kolaylaştırması, harcadığı vakti ve test yaptırırken oluşabilecek bulaş riskini azaltması da başarıları arasında sayılması gerekmektedir. Bunu sağlayan yaklaşımlardan biri ise kişilerin araçlarından inmeden test yaptırmasını sağlayan istasyonlar oluşturulmasıdır. Bu uygulamayı dünyada ilk defa yapan ülke Güney Kore olup, ardından Almanya da benzer bir uygulama gerçekleştirmiştir. Araçta test işlemi, hastanelere olan başvuruları azaltmış, aynı zamanda kapalı alanda oluşabilecek bulaş risklerini ortadan kaldırmıştır. Temas yükü olup, test yaptırmak için hastaneye gitmek istemeyen grubun da başvurmasını sağlamıştır. Güney Kore'de üst düzey sağlık teknolojisine sahip birçok firma yer almaktadır. Özellikle, çoğu ülke salgının başında test kitlerine dair birçok sıkıntı yaşarken, bu kitlerin ülkede yer alan firmalardan sınırsız şekilde temin edilmesi, uygulanan test sayısı konusunda diğer ülkelerin önüne geçmesini sağlamıştır. Sağlık hizmet sunumundaki cepten ödeme alışkanlığı ve bakış açısı pandemi döneminde de test yaptırma işlemi için devam etmiştir. Semptomu olan veya hekim tarafından test yapılması uygun

görülen kişiler haricinde test yaptırmak isteyenlere test ücretlerini verme karşılığında test yaptırma imkânı sağlanmıştır. Kişilerin testi pozitif çıkması halinde ücretleri geri verilmiştir. Bu uygulama sağlık hizmetinin aşırı kullanımının önüne geçmek için yapılmış olsa da pandemi döneminde ve toplum için de risk oluşturacak bir durumda olan kişinin test yaptırma durumu kendi tercihlerine ve maddi gücüne bırakılması kabul edilecek bir durum değildir (**Baysan ve Çöl 2020**).

4.1. Vaka tespiti ve tedavi hizmeti

Şüpheli vakalar, test yaptırmak için en yakın halk sağlığı merkezine gitmektedir. Kesinleşen vakalar, halk sağlığı merkezlerinde teşhis edildikten sonra, hastalık şiddetine göre dört gruba ayrılır: hafif, orta, şiddetli ve aşırı şiddetli. Orta, şiddetli ve aşırı şiddetli vakalar için tedavi, hastaların durumuna bağlı olarak, enfeksiyon hastalıkları hastanelerinde veya ulusal olarak belirlenmiş hastanelerde yapılmaktadır. Hastaneye yatış gerektirmeyen hafif vakalar da yataklı tedavi merkezlerinde tedavi edilmektedir. Bu merkezlerde ayrıca hastanede bakım gördükten sonra, hastaneden taburcu edilen ve iyileşme gösteren, ancak halen tedaviye ihtiyacı olan vakalar da tedavi görmektedir. Yataklı tedavi merkezleri, hastaların günde iki kez rutin kontrolleri yapılan yerler olup, hastaların semptomlarının kötüleşmesi halinde acilen ileri basamak bir tıp kurumuna sevkii yapılmaktadır. Semptomları düzelen hastaların ise taburculuk kriterlerine göre taburculukları yapılmaktadır. Halkın önleyici tedbirlere yönelik katılımını artırmak ve ekonomik açıdan kişilerin yükünü hafifletmek için kesin vakaların hastanedeki bakım ve tedavi masrafları, ayrıca şüpheli vakaların test masrafları USS veya hükümet fonları tarafından karşılanmaktadır. Sağlık sisteminde, sosyal devlet anlayışına sahip olmayan Güney Kore'nin toplumun sağlığını ve ülkenin ekonomik durumunu doğrudan etkileyecek bir salgına yönelik, sağlık hizmet sunumunda her zaman uyguladıkları, özel ve ücretli hizmet anlayışının yerine sosyal devlet anlayışıyla tüm masrafları karşılama yoluna gitmesi istisnai bir durumdur. İleri basamakta tedavi altına alınan hastaların taburcu olmaları için klinik ve test kriterlerini karşılaması gerekmektedir. Klinik kriter olarak, hastanın ateş düşürücü kullanmadan ateşi olmamalı ve hastalığın başlangıcından 10 gün sonra, en az 72 saat boyunca klinik semptomlarında iyileşme görülmelidir. Test kriteri ise hasta, ateş düşürücü kullanmadan ateş olmamalı ve hastalık başlangıcından yedi gün



Şekil 2. Güney Kore'de COVID-19 yeni vaka ve toplam ölüm grafiği (01.07.2020) (KDCA)

sonra klinik semptomlarda iyileşme göstermelidir. Bununla beraber, hastanın en az 24 saat aralıklarla, arka arkaya iki kez PCR testinin negatif olması gerekmektedir. Hastalar, test ve klinik kriterleri sağlamaları koşuluyla taburculukları gerçekleştirilir. Hastane yatağı bakımından, OECD ülkeleri arasında ikinci sırada yer alan bir ülke olarak, vaka sayılarının da az olmasından ötürü, hastane ve yoğun bakım yatak sayısı bakımından hiçbir sorun yaşanmamıştır. Semptomu olan her hastanın, hem izole olması hem de takip edilmesi sağlanmıştır. Özel sağlık hizmetinin yoğun olduğu bir ülke olmasına rağmen devlet tarafından sağlık giderlerinin karşılanmasının, hem toplum hem de bireysel sağlık yönünden olumlu etkileri olmuştur. Hastalığın erken dönemde tespitinin yanı sıra, hastaların tedavi hizmetlerine ulaşımına dair sorun yaşamaması, erken dönemde tedaviye başlanması, hastalık mortalite hızı yönünden dünya ortalamasının altında olmasını sağlamıştır (MOHW 2020).

4.2. Bağışıklama hizmeti

Güney Kore bağışıklama hizmetlerine gelişmiş birçok ülkeye göre geç başlamıştır. İlk aşılama 26 Şubat 2021 tarihinde başlayan Güney Kore'nin aşılama hızının da çok iyi olduğu söylenemez. İki aylık süreçte 2,4 milyon kişi 1 doz aşılanırken iki (tam) doz aşılanan kişi sayısı ise 126 bin kişidir. Aşı temininde virüs vektör aşısı (AstraZeneca, Janssen), mRNA aşısı (Pfizer, Moderna) ve rekombinant aşı (NovaVax) için satın alma sözleşmesi imzalanmıştır. Temin edilen ve uygulanma onayı alınan aşılarda, AstraZeneca (10 Şubat), Pfizer (5 Mart) ve Janssen (7 Nisan) şirketleri tarafından üretilenlerdir (KDCA 2021).

Sonuç

Güney Kore'de özellikle tedavi edici sağlık hizmet sunumundaki özel sektör hakimiyeti kimi zaman koruyucu sağlık hizmetlerinde de kendini göstermektedir. Tüm bunlara rağmen, geçmişteki MERS salgınından çıkardıkları derslerle eksiklerini tamamlayan, sürekli gelişimsel adım atıyor olmasının yanı sıra, kamusal yönetimle en uç yerleşim yerlerine kadar örgütlenme yapısına ve KDCA gibi bir kuruma sahip olması, Güney Kore'nin salgın yönetimindeki başarısında etkili olmuştur. Toplumsal normlar gereği, maske kullanımının alışkanlık haline gelmiş olması ve toplumun konulan kurallara dair uyumu da salgın kontrolünde etkili olmuştur. Test ve erken dönemde temaslı takipleri, sürveysin başında olan KDCA'nın başarısı olsa da salgının en başında sahip oldukları teknolojik imkânlar ve teste dair malzeme sıkıntısı çekmemelerinin de bu başarıdaki etkisi yadsınamaz. Kapı tutuculuk sistemi olmayan ve bunu yıllarca uygulamaya koyamayan Güney Kore'de, COVID-19 pandemisinde kapı tutuculuk sistemine benzer şekilde hastaların semptom ağırlığına, sağlık personeli tarafından karar verilmiş ve uygun hastaneye yönlendirilmesi yapılmıştır. Bu uygulama, salgının kontrol altında olmaması halinde, ihtiyaç duyulacak ileri basamak hastanelere gereksiz yatışları engellemiş ve sistem içerisinde herkesin istediği hastaneye başvurma özgürlüğünde kısıtlama yaparak, sağlık hizmet basamaklarının uygun şekilde kullanılmasını sağlamıştır. Salgın kontrolünün sağlanması, vaka sayısında fazla artışa neden olmamış, bundan dolayı sağlık hizmet kullanımına dair yoğunluk ve sıkıntı yaşanmamasını sağlamıştır. COVID-19 hastalarının, tüm

sağlık giderlerinin kamusal olarak karşılanmış olması da sağlık hizmetine erişim engelini kaldırmış ve oluşabilecek eşitsizliklerin önüne geçmiştir. "Diğer ülkelerde olduğu gibi salgın kontrolden çıksa ve hastane yatak ihtiyacı ve hasta sayısı artsaydı sağlık hizmetleri sunumunun %94'lük kısmını oluşturan özel hastanelerin hizmet bedellerinin hepsi ne kadar süre devlet tarafından karşılanabilirdi ya da karşılanmama durumunda kişilerin sağlık hizmetine erişimi şu an ki kadar kolay olabilir miydi?" sorusu da sorulması gereken bir soru olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir ülkenin, sağlık hizmet sunumunun neredeyse tamamının özel işletmelere bırakılmasının, salgın gibi afet durumlarında toplumu ve bireyleri hem sağlık hem de maddi açıdan olumsuz etkileyeceğini öngörmek çok da zor olmayacaktır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin kamu tarafından sosyal devlet anlayışıyla sunulmasının ne kadar önemli olduğunu pandemi bize tekrar göstermiş oldu.

Kaynaklar

- Baysan, C., Çöl M.** (2020) Güney Kore COVID-19 Salgın Süreci ve Yönetimi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi COVID-19, Ankara Üniversitesi Yayını, Özel Sayı 227-32
- Jung, J., Ko, Y.J., Kim, Y.E., Huh, K., Park, B.J., Yoon, S.J.** (2019) Epidemiological Impact of the Korean National Immunization Program on Varicella Incidence, *Journal of Korean Medical Science* 34(7):60
- Kaynak, C.** (2007) Güney Kore Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 22(1-2):102-11
- KDCA** (Korean disease control and prevention agency) web sitesi (2020). Erişim Tarihi 11 Ekim 2020, <https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a30402000000&bid=0030>

- Ki, M.** (2015) 2015 MERS outbreak in Korea: hospital-to-hospital transmission, *Epidemiology and Health*, 37:e2015033.
- Kim, Y.T., Choi, B.Y., Lee, K.O., Kim, H., Chun, J.H., Kim, S.Y.** vd. (2012) Overview of Korean community health survey, *Journal of the Korean Medical Association*, 55(1):74-83.
- Kwon, S., Lee, T., ve Kim, C.** (2015) Korea Health System Review Health Systems in Transition. (5th ed.) United Kingdom: WHO
- Lai, C., Wang, C.Y., Wang, Y.H., Hsueh, S.C., Ko, W.C., Hsueh, P.R.** (2020) Global epidemiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19): disease incidence, daily cumulative index, mortality, and their association with country healthcare resources and economic status. *International Journal of Antimicrobial Agents* 55(4):105946.
- MOHW** (Ministry of health and welfare) (2013) 2012 Annual Report. Seoul: MOHW.
- MOHW (Ministry of health and welfare) web sayfası** (2020) Erişim Tarihi 16 Kasım 2020, http://ncov.mohw.go.kr/en/baroView.do?brdId=11&brdGubun=112&dataGubun=&ncvContSeq=&contSeq=&board_id=&gubun
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) web sayfası** (2018a) Erişim Tarihi 09 Eylül 2020, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- OECD** (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2018b) OECD Health Statistics 2018 Definitions, Sources and Methods General hospitals, OECD Health Statistics 2018. Paris: OECD Publishing
- OECD** (Organisation for Economic Co-operation and Development) web sayfası (2019) Erişim Tarihi 03 Eylül 2020, <https://data.oecd.org/korea.htm>
- OECD** (Organisation for Economic Co-operation and Development), WHO (World Health Organization) (2018). Health at a glance : Asia/Pacific 2018. Measuring progress towards universal health coverage. Paris: OECD Publishing
- OECD** (Organization for Economic Co-operation and Development) (2019) Health at a Glance 2019, Mexico: OECD Publishing
- Park, S., Cho, E.** (2014) National Infectious Diseases Surveillance data of South Korea, *Epidemiology and Health* 36:1-4
- Sung, N.J., Markuns, J.F., Park, K.H., Kim, K., Lee, H., Lee, J.H.** (2013) Higher quality primary care is associated with good self-rated health status, *Family Practice* 30(5):568-75