

COVID-19 PANDEMİSİ VE AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ SAĞLIK SİSTEMİ

Çiğdem ÇAĞLAYAN*

Öz: Amerika Birleşik Devletleri (ABD), COVID-19 pandemisinde olgu ve ölüm sayılarının büyüklüğü açısından dünyada birinci sırada yer almaktadır. Piyasa yönelimli özelleşmiş bir sağlık sistemine sahip ABD'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi çok parçalı ve desantralizedir. Hizmet sunumu ve finansmanında özel sektör ağırlıklıdır. Sağlık sisteminin bu yapısı hizmete ulaşmada eşitsizliklere neden olmaktadır. Bunun yanı sıra, yapısal olarak devam eden sosyoekonomik, ırksal ve sağlıktaki eşitsizliklerin olması ABD'nin COVID-19 pandemisinde diğer ülkelere kıyasla orantısız biçimde etkilenmesine neden olmuştur. Ülkenin en önemli halk sağlığı kurumu olan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi(CDC), bilimsel ve teknik anlamda pandemi mücadelesi için rehberlik yaparken, federal yönetim halk sağlığı önlemleri ile ilişkili kararları almakta ve uygulamakta gecikmiş, pandemiyi etkisini küçümsemeye çalışmıştır. Merkezi bir planlamanın ve yanıtın olmayışı, eyaletler arasında pandemiden etkilenim ve pandemiye yanıtta büyük farklılıklar oluşturmuştur. Pandemi en çok sosyoekonomik düzeyi düşük gruplar, işsizler, sigortasızlar, uzun süreli bakımevlerinde kalanlar, Siyahlar ve Kızılderili yerliler, göçmen ve mülteciler gibi nüfus grupları ölümcül biçimde etkilenmiştir. Bununla birlikte federal yönetimin değişmesi ABD'de pandemi mücadelesini bilimsel temellere oturtmuş ve halk sağlığı önlemlerinin uygulanması ve aşı çalışmalarını yoluyla pandemiyi olumsuz gidişatının önüne geçilmeye başlanmıştır.

Anahtar sözcükler: COVID-19, pandemi, sağlık sistemi, ABD

COVID-19 Pandemic and the United States Health System

Abstract: The United States of America (USA) ranks first in the world in terms of the size of the number of cases and deaths in the COVID-19 Pandemic. The organization of health services in the USA, which has a market oriented specialized health system, is very fragmented and decentralized. The private sector is predominant in service provision and financing. This structure of the health system causes inequality in access to services. In addition, the ongoing socioeconomic, racial and health inequalities have caused the USA to be disproportionately affected by the COVID-19 pandemic compared to other countries. While the Center for Disease Control and Prevention (CDC), the country's most important public health institution, provides scientific and technical guidance for pandemic combat, the federal administration has been delayed in taking and implementing decisions related to public health measures, trying to underestimate the impact of the pandemic. The lack of central planning and response has created large differences between states in pandemic vulnerability and response to the pandemic. Population groups such as low socioeconomic groups, the unemployed, the uninsured, long-term nursing home residents, Blacks and Native American Indians, immigrants and refugees were most affected by the pandemic. However, the change of the federal government has put the fight against the pandemic in the USA on scientific foundations and the negative course of the pandemic has been prevented through the implementation of public health measures and vaccine studies.

Key words: COVID-19, pandemic, healthcare system, USA

Giriş

ABD, COVID-19 pandemisinde olgu ve ölüm sayılarının büyüklüğü açısından dünyaya liderlik etmektedir. Dünya nüfusunun sadece %4'ünü oluşturan ABD, COVID-19'a bağlı tüm küresel vakaların ve ölümlerin yaklaşık %20'sini oluşturuyor. Salgın yönetimindeki başarısızlık ülke içinde tartışılırken eleştirilerde en çok öne çıkan konular, bilimsellikten uzak yönetim, desantralize edilmiş sağlık sisteminin bütünlüğü bir yanıtın olmayışı, halk sağlığı önlemlerinin yetersiz ve zamanında alınmayışı, kişisel koruyucu donanım eksikliği gibi konularda yoğunlaştı (Alexander, 2020). Birçok yazara göre,

pandemiyi ölümcül etkisini artıran temel faktörlerin çoğu COVID-19'un ülkeye gelmesinden önce de vardı. Bunlar; yetersiz bir sağlık sistemi, sağlık hizmetlerine adaletsiz erişim ve ABD'nin en savunmasız grupları arasındaki muazzam sağlık, sosyal ve ırksal eşitsizliklerdi. Tüm bunlara kendi halk sağlığı görevlilerini -ve daha genel olarak bilimi- alenen karalayan bir yönetimin olması eklendiğinde, pandemideki olumsuz tablonun nedenleri daha iyi anlaşılacaktır (Maani ve Galea, 2020a; Maani ve Galea, 2020b; Navarro, 2020; Redlener vd., 2020).

*Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (ORCID No: 0000-0003-4811-7059)

Geliş Tarihi / Received : 01.12.2020

Kabul Tarihi / Accepted : 18.06.2021

Bu yazıda, ABD sağlık sisteminin COVID-19 pandemisine yanıtı, ABD sağlık sisteminin finansman, örgütlenme, emek gücü, hizmet sunumu ile ilgili özellikleri özetlendikten sonra, COVID-19 pandemi sürecinde yapılan çalışmalar, hazırlık süreci, pandemi yönetimi, salgın ile ilgili epidemiyolojik veriler ve sürveyans sistemleri, sağlık hizmetlerinin durumu, sağlık çalışanlarının durumu alt başlıklarında değerlendirilecektir. Ayrıca mevcut veriler ışığında ABD'nin pandemiden ölümcül etkilenmesinin nedenleri üzerinde durulacaktır.

1. ABD Sağlık Sisteminin Özellikleri

ABD, bir yandan kişi başı sağlık harcamasının tüm diğer gelişmiş kapitalist ülkelerden açık ara ile en fazla -Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ortalamasının iki katından fazla- olduğu öte yandan evrensel sağlık kapsamı açısından oldukça düşük bir kapsayıcılığı olan, eşitsizliklerle karakterize bir sağlık sistemine sahiptir (OECD, 2020).

1.1. Yönetim ve organizasyon

ABD, önemli yetkilerin 50 eyalet ve bölge hükümetlerine devredildiği bir federal hükümet sistemine sahiptir. Bu yapılanmaya uygun olarak, sağlık sektöründeki yetkiler federal ve eyalet hükümetleri arasında bölünmüştür. Örneğin, eyaletler birçok halk sağlığı işlevini finanse eder ve yönetirken, farmasötikler ve tıbbi cihazlar gibi ürünler federal düzeyde düzenlenir. Dolayısıyla sağlık sistemi bağımsız olarak ve bazen birbirleriyle işbirliği içinde çalışan çoklu sistemler olarak düşünülebilir. ABD'de sağlık hizmetlerinin organizasyonunun çok parçalı ve desantralize yapısı nedeniyle sistemler arasında koordinasyon az olup merkezi planlama sınırlıdır (Rice vd., 2013). ABD sağlık sisteminin yönetiminde hükümet, sigortacılar, hizmet sağlayıcılar ve kamu ve özel düzenleyiciler önemli bir rol oynar. Hükümet aktörleri arasında federal, eyalet ve yerel düzeydekiler yer alır. Federal hükümetin yürütme kolu altında, Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı (HHS), ABD sağlık sisteminde en büyük idari rolü oynamaktadır. HHS, kamusal Medicare ve Medicaid programlarını yöneten, Medicare & Medicaid Hizmet Merkezleri ve Çocuk Sağlığı Sigortası Programı gibi kurumları içerir. HHS içinde yer alan diğer kurumlar arasında Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ), Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) ve Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) bulunmaktadır. Yerli (Indian) Sağlık Hizmeti, HHS bünyesinde yer alan ve federal

olarak tanınan Yerli Amerikalılar ve Alaska Yerlileri kabilelerinin üyelerine sağlık hizmeti sunan, federal düzeyde bir sağlık sistemidir. Ayrıca askeri gazilere bakım sağlamak için Gazi İşleri Dairesi (VA), HHS'den bağımsız bir federal kurumdur. Savunma Bakanlığı, TriCare aracılığıyla aktif görevdeki orduya ve ailelerine sağlık bakımı sağlamaktan sorumludur (Rice vd., 2013; Hyde ve Shortell, 2012).

Medicare programı, 65 yaş ve üstü Amerikalılar, engelliler ve son dönem böbrek hastalığı olanlar için bakım sağlar. Medicaid ve Çocuk Sağlığı Sigortası Programı da federal hükümet tarafından yönetilir ve öncelikle yoksul anneleri ve çocuklarını kapsar. Medicaid ayrıca engelli yetişkinleri, bireylerin kendi gelirlerini ve malvarlıklarını tükettikten sonraki uzun vadeli bakım hizmetlerini ve Medicare ile birlikte düşük gelirli yaşlıları da kapsar. Federal hükümetin bu programları dışında hem eyalet hem de yerel yönetimler, düşük gelirli ve diğer dezavantajlı bireylerin ve ailelerin bakım almasını sağlamak için çeşitli şekillerde sağlık hizmetlerine dahil olur. Bunlar arasında, kamu hastanelerini işletmek, eyalet ve yerel sağlık birimleri ve bunlara bağlı klinikler ve toplum sağlığı merkezleri aracılığıyla tıbbi ve önleyici hizmetler sağlamak gibi işlevlerin yanı sıra, diğer halk sağlığı faaliyetleri yer almaktadır. ABD sağlık sisteminde özel sektör, diğer yüksek gelirli ülkelere göre daha güçlü bir rol oynamaktadır. Özel sektör, 1930'ların başında sağlık sisteminin gelişmesine öncülük etmiş ve federal hükümet sağlık sigortası programları olan Medicare ve Medicaid, ancak 1960'ların ortalarında kurulmuştur. Özel sigorta, ağırlıklı olarak üç kategoriye ayrılır: Sağlık Bakım Kuruluşları (Health Maintenance Organizations = HMO'lar), tercihli hizmet sağlayıcı organizasyonlar (Preferred Provider Organizations = PPO'lar) ve yüksek indirimli planlar (high-deductible plans). Bir sağlayıcı ağı aracılığıyla ön ödemeli olarak sağlık hizmetleri sunan HMO'lar 1980'lerde ve 1990'ların başında hızla büyüdü. Ancak, hastalara uygulanan sıkı kısıtlamalara karşı bir tepki nedeniyle pazar payları daha sonra önemli ölçüde düştü ve tercihli hizmet sağlayıcı kuruluşları (PPO'lar) özel sigorta pazarına egemen olmaya başladı. Bunlar, bir sağlayıcı ağıyla sözleşme yaparlar, ancak doktorlara hizmet başına ücret temelinde ödeme yapma eğilimindedirler ve ağın dışında bakım aramayı kolaylaştırırlar. 2012 yılında sigortalı çalışanlar arasında %56'sı PPO'larda ve yalnızca %25'i HMO'larda veya benzeri planlarda bulunuyordu (Rice vd., 2013).

1.2. Finansman

ABD'de kamu kaynakları, sağlık bakımı harcamalarının %48'ini, özel üçüncü şahıslar %40'ını oluştururken, geri kalan %12'si bireyler tarafından, cepten ödenmektedir. Sağlık hizmetlerine yapılan kamu ve özel harcamaların oranı kabaca karşılaştırılabilir olsa da nüfusun yalnızca %30 kadarı esas olarak Medicare ve Medicaid aracılığıyla kamu finansman sistemi tarafından kapsanmaktadır. Özel sigortalı Amerikalıların büyük çoğunluğu (nüfusun %54'ü) bunu bir işveren sigortası aracılığıyla elde ederlerken, yaklaşık %10'u ise bireysel olarak sigorta satın almıştır. ABD'de 2009 yılında herhangi bir sağlık sigortası olmadan yaşayan yaklaşık 50 milyon insan vardı, bu sayı, toplam nüfusun %17'sini ve 65 yaşın altındaki yaklaşık beş yetiştikenden birini oluşturuyordu. Sigortasız nüfusun azaltılması amacıyla, 2010 yılında yürürlüğe konulan Affordable Care Act (ACA) (uygun fiyatlı bakım yasası) ile bir takım ilerlemeler sağlansa da günümüzde 27 milyon Amerikalı sigortasız yaşamaya devam etmektedir. ABD'de sağlık hizmetleri için ödeme, sağlanan hizmete, hizmeti sunan sağlık sağlayıcısının türüne ve fon verenin yanı sıra, tesisin türüne ve hizmetin sunulduğu coğrafi konuma bağlıdır. Bu karmaşıklık göz önüne alındığında, her tür sağlık hizmeti için ödeme mekanizmaları (örn. yatan hasta hastane bakımı, reçeteli ilaçlar vb.) ilgili ödeyene göre büyük ölçüde farklılık gösterir (Rice vd., 2013).

1.3. Sağlık emek gücü

ABD, hekim sayısı açısından OECD ülkeleri arasında alt sıralarda yer almaktadır. OECD istatistiklerine göre 2018 yılında, bin kişi başına 2,8 hekim düşerken, hemşireler için bu sayı biraz daha yüksek olup, bin kişi başına 11,9'dur (OECD, 2020). Son 30 yılda hekim asistanları ve terapistlerin istihdamında özellikle yüksek artışlar (ve hemşirelerde orta derecede artışlar) yaşanırken diş hekimi, optometrist ve eczacı istihdamı azalmıştır. 2017 yılı verilerine göre, yüzbin nüfus başına düşen diş hekimi sayısı 60'tır (NCHS, 2018).

ABD, sağlık emek gücü ihtiyacını karşılayabilmek için diğer ülkelerden göç eden sağlık çalışanlarından yararlanmaktadır. Bunun yanı sıra, sağlık emek gücünün eşitsiz dağılımı ile ilgili sorunlar bulunmaktadır. Bu eşitsizlikler arasında birinci basamak hekimleriyle karşılaştırıldığında orantısız sayıda fazla uzman hekimin olması, coğrafi konuma göre hekim dağılımındaki eşitsizlikler (bölgeler arasında hekim/nüfus oranlarında %50'den fazla farklılıklar

bulunmaktadır) ve emek gücündeki ırksal ve etnik temsiliyetindeki eşitsizlikler (Afro-Amerikalılar, Latinler ve Kızılderililer aleyhine) gibi sorunlar bulunmaktadır (Rice vd., 2013). ABD'nin COVID-19 salgını ile mücadeledeki yetersizliğinin diğer bir nedeni de eyaletler arasında sağlık kurumları ve sağlık emek gücünde yaşanan bu eşitsizliklerdir.

1.4. Hizmet sunumu

Sigortalı kişiler sağlık sistemine bir birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı aracılığıyla girme eğilimindedir. Ancak, bazı sigorta türlerinde (örneğin PPO) kişiler doğrudan bir uzmana gidebilir. Sigortasız kişilerin genellikle düzenli bir birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı yoktur, bunun yerine sağlık hizmetleri için toplum sağlık merkezlerini (düşük gelirli, sigortasız ve azınlık nüfus için birinci basamak sağlayan) ve hastanelerin acil servislerini kullanmaktadırlar. Bu durum, sağlık bakımının sürekliliğini engellemektedir. Cepten maliyetlerin yüksek olması nedeniyle sağlık hizmetlerine başvuruda isteksiz olabilirler veya acil bakıma ihtiyaç duymadıkları sürece uzmanlık, cerrahi veya yatarak tedaviyi tercih etmeyebilirler (Rice vd., 2013; Hyde & Shortell, 2012).

1.5. Halk sağlığı hizmetleri

Halk sağlığı, esas olarak devlet düzeyinde, çoğunlukla kamu kurumları aracılığıyla teşvik edilir. Ancak, bazı özel kuruluşlar da rol oynar. Federal düzeyde, halk sağlığı hizmetleri Birleşik Devletler Halk Sağlığı Servisi (USPHS) tarafından yönetilmektedir. USPHS, sekiz kurumdan oluşur. Bunlar; Toksik Maddeler ve Hastalık Sicil Dairesi (ATSDR), Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ), Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri Yönetimi (HRSA), Yerliler için Sağlık Hizmeti (IHS), Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH), Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi (SAMHSA)'dir. Eyalet düzeyinde, 50 eyaletin tamamında halk sağlığı hizmetlerini yürüten devlet sağlık kurumları vardır. Devlet sağlık kurumları yasal olarak halk sağlığını gerçekleştirme konusunda en büyük yetkiye sahiptir. Federal yasalar, eyaletlere hizmetlerin kapsamını ve miktarını belirleme ve bu hizmetleri sağlamak için araçları kurma konusunda alan açma eğilimindedir. Halk sağlığı hizmetlerindeki bu desentralize yapının bir sonucu olarak eyalet halk sağlığı kurumlarının organizasyon yapısı ve bu kurumlar tarafından sağlanan hizmetler, eyaletler arasında önemli ölçüde farklılık gösterdiğinden ortak uygulamaları zorlaştırmaktadır (Rice vd., 2013).

ABD’de halk sağlığı finansmanı federal, eyalet ve yerel düzeylerdeki çeşitli kaynaklar tarafından sağlanmaktadır. Halk sağlığı finansman kaynaklarının çeşitliliği, finanse edilen programlar ve rol ve organizasyon açısından neyin “halk sağlığı” oluşturduğuna dair tanımlar, kesin finansman seviyelerinin belirlenmesini zorlaştırmaktadır (**Maani ve Galea, 2020b**). İster federal ister eyalet ve yerel düzeyde olsun halk sağlığı hizmetleri yeterince finanse edilmemektedir. Federal katkının sınırlı olması, eyalet ve yerel finansman kaynağına güvenilmesi, ülke genelinde kişi başına düşen halk sağlığı finansman seviyelerinin halk sağlığı finansman düzeylerinde eşitsizliğe yol açmıştır (Şekil 1). Bu eşitsizliğin bir yansıması olarak, ilgili hizmet sunumu büyük farklılıklar göstermektedir.

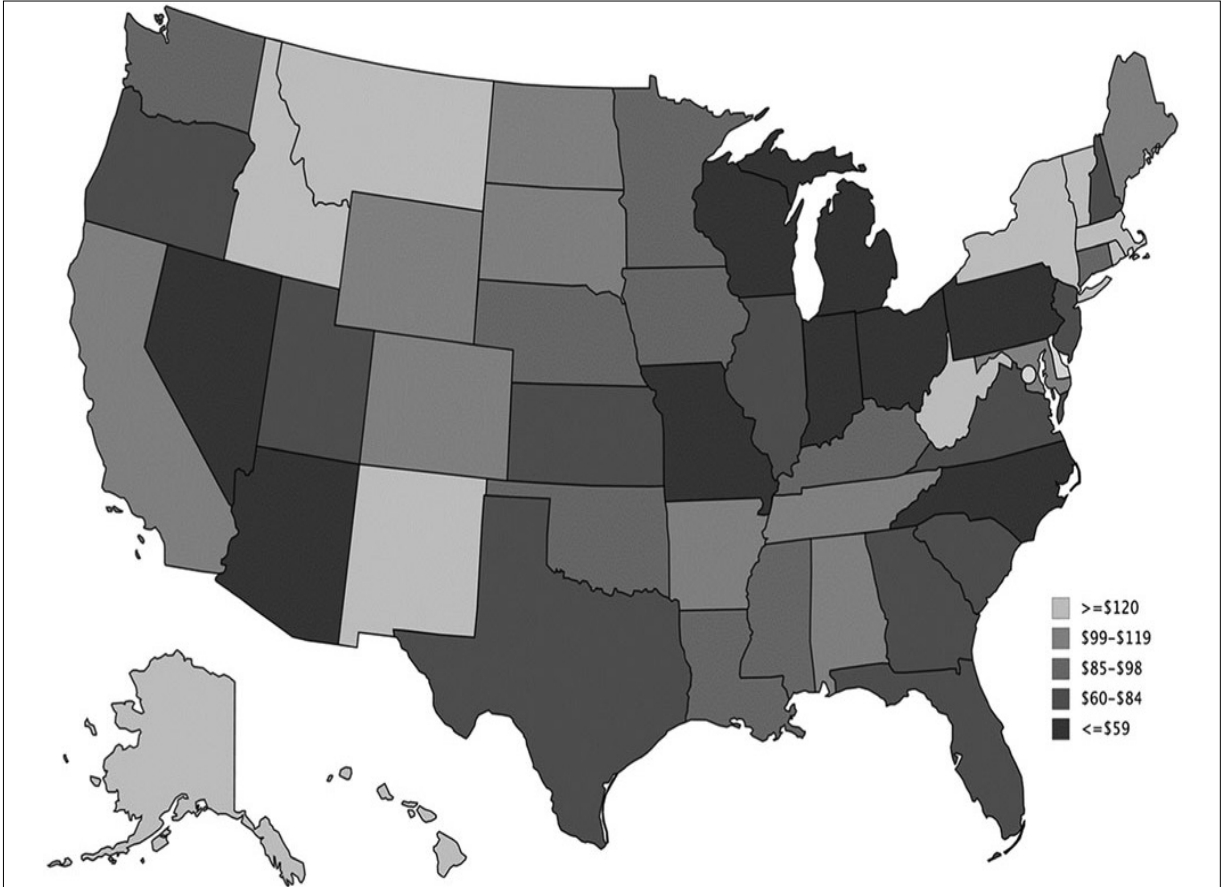
Bu tür halk sağlığı finansmanı farklılıkları, ülke çapındaki sağlık sorunlarıyla başa çıkma konusunda koordinasyonu ve hazırlığı etkilemektedir. Bunun yanı sıra, halk sağlığına ayrılan fonlar çoğunlukla tepkisel olup, acil durumlarda artışlar göstermekte, diğer dönemlerde ise azalma eğilimine girmektedir. Şekil 2’de

görüldüğü gibi yıllar içinde halk sağlığı finansmanına ayrılan payların azalması, özellikle bulaşıcı hastalıklar ile mücadele ve hastalık süreyansında düşüş eğilimi oluştururken, halk sağlığına ciddi tehditler olarak ortaya çıktıktan sonra bütçeye eklemeler yapılmıştır (**Maani ve Galea, 2020b**).

Halk sağlığı harcamalarının öngörülemez ve tepkisel niteliği, sağlam bir halk sağlığı altyapısının veya emek gücünün oluşmasına izin vermediği gibi acil durumlara yanıt verme kapasitesini de etkilemektedir. Sistemden kaynaklanan bu sorunlar, son yıllarda bu sorunları çözmek için siyasi irade eksikliği ile daha da artmaktadır. Örneğin, federal yönetim 2018 yılında bütçe talebinde CDC finansmanında %17’lik bir azalma ve ABD’nin küresel sağlık programları finansmanında yaklaşık %25’lik bir kesintiyi içeriyordu. Bu durum, büyük olasılıkla ülkenin COVID-19 yayılırken takip etme, hazırlık yapma ve tepki verme becerisini engellemiştir (**Maani ve Galea, 2020b; Navarro, 2020**).

1.6. Birinci basamak sağlık hizmetleri

ABD’de birinci basamak sağlık hizmetinin verildiği



Şekil 1. Eyalet ve federal hükümetler tarafından yapılan, kişi başına düşen halk sağlığı harcamalarının eyaletlere göre durumu
Kaynak: Maani ve Galea, 2020b

yerler çok sayıda ve parçalıdır. Bunlar arasında özel muayenehaneler/klinikler ile düşük gelirli, sigortasız ve azınlık nüfusa hizmet veren kamusal olan veya kâr amacı gütmeyen toplum sağlık merkezleri başı çekmektedir. Diğer hükümet kurumları arasında ordu için klinikler, hapishaneler, yerliler, göçmenler ve evsizler için merkezler bulunmaktadır. Kentsel halk ve eğitim hastaneleri de tipik olarak, yetersiz hizmet alan kişilere hizmet veren, birinci basamak hizmetleri için ayakta tedavi kliniklerine de sahiptirler. Son olarak, işyeri sağlık programları ve perakende klinikleri, tarama, sağlığı geliştirme ve temel önleme hizmetleri sunarak bazı temel sağlık hizmetleri sunmaktadır (Rice vd., 2013).

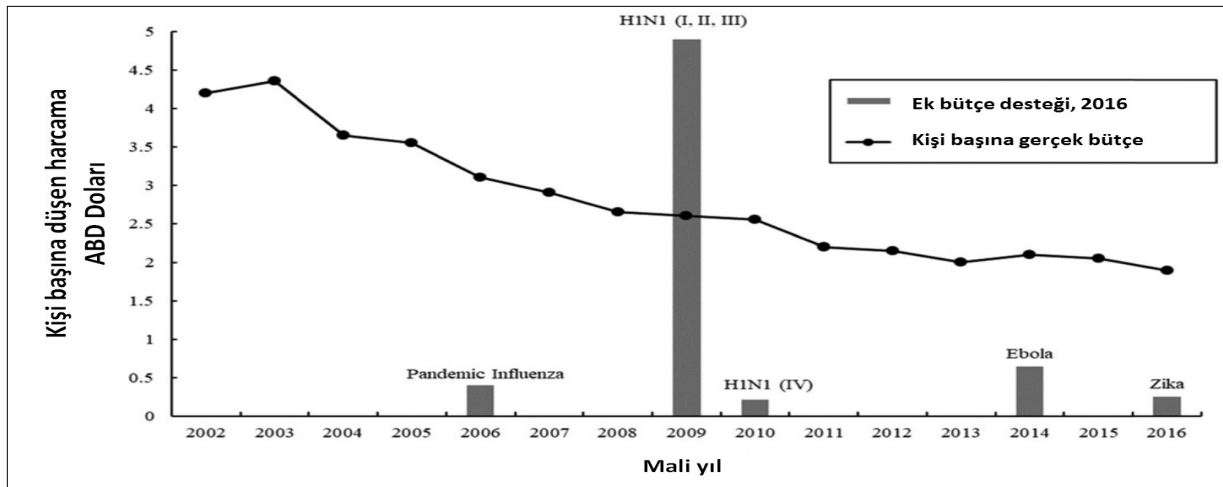
Özel kliniklerdeki temel bakım uygulamaları, sigortalı olan veya önemli miktarda cepten ödeme masraflarını karşılayabilen hastalara bakım sağlamaktadır. Buralarda kronik ve akut durumlar için tarama, tanı ve tedavi dahil her türlü birinci basamak hizmeti sunulmaktadır. Özel birinci basamak muayenehanelerinin çoğu hekim tarafından yönetilir ve/veya sahip olunur. Birinci basamak hekimlerinin %32'si tek başına çalışırken %46'sında iki ile beş hekim bir arada çalışmaktadır. Toplum sağlığı merkezleri genellikle federal düzeyde fon almakla birlikte, yerel hükümetler, Medicaid ve Çocuk Sağlığı Sigortası Programı, özel sigorta ve cepten ödemeler ile de fon sağlayabilmektedir. Yaklaşık olarak 20 milyon kişi, birinci basamak sağlık hizmetlerini 6.000 kentsel ve kırsal alanda bulunan, yaklaşık 1.200 toplum sağlığı merkezinden almaktadır (Hyde ve Shortell, 2012). Toplum sağlığı merkezinden hizmet alan kişilerin %60'tan fazlası azınlık, %40'ı sigortasız ve %35'i Medicaid'e hak kazanmayan yoksullardan oluşmaktadır. Toplum sağlığı merkezlerinde, sağlık eğitimi ve taraması gibi koru-

yucu hizmetler ile kronik ve akut hastalıkların bakımı, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakım, ilaç yazma ve uzmana sevk hizmetleri sunulmaktadır. Federal fon alabilmek için merkezlerin ayrıca vaka yönetimi, çeviri ve ulaşım hizmetlerine sahip olması gerekir. Bu merkezlerde çalışan ekip üyelerinin %70'ini hekimler, %20'sini hemşire yardımcıları, %9'nu hekim yardımcıları ve %1'ni de ebe-hemşireler oluşturmaktadır (Rice vd., 2013).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim açısından ekonomik, ulaşım, dil ve birinci basamak sağlık kurumlarının coğrafi dağılımında eşitsizlikler gibi engeller bulunmaktadır. Kırsal alanlarda birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının nüfusa oranı, kentsel alanların yarısından azdır (100.000'de 100'e karşılık 100.000'de 46). 2008 yılında, Medicare yararlanıcılarının %22'si ve özel sigortalı hastaların %31'i, rutin bakım için randevu almakta gecikme yaşadı. 2009 yılında ise 65 milyon insan birinci basamak bakım sıkıntısı yaşadığı belirlenen bölgelerde yaşıyordu (Rice vd., 2013).

1.7.Hastanecilik hizmetleri

Amerikan Hastane Birliği (AHA) verilerine göre, ABD'de hastane sayıları giderek azalmakta olup, 1975 yılında toplam 7.156 hastanede ve 1.465.828 hastane yatağı varken, 2015 yılında toplam 5.564 hastane ve 897.961 yatak bulunmaktadır. Bu hastanelerin 5.352'si (%99) eyaletlerde bulunurken, bunlarında 4.862'si (%87) kısa süreli genel hastaneler ve diğer özel hastaneler olarak tanımlanan toplum hastaneleriydi. Toplum hastanelerinin %59'u kâr amacı olmayan hastanelerken 1.034'ü (%21) kâr amaçlı ve 983'ü (%20) yerel düzeyde bulunan hastanelerdir. Son 40 yılda kamu hastanelerinin



Şekil 2. 2002-2016 mali yıllarında kişi başına halk sağlığı harcaması ve acil durumlarda yapılan ek bütçe desteği
Kaynak: Maani ve Galea, 2020b

sayısı azalırken özel hastaneler iki katına yakın artmıştır. Hastane yatak sayılarının azalmasına karşın, yatak işgal oranları da düşmüştür. Kamu hastanelerinde yatak işgal oranı %65 iken özelde %57 civarındadır (NCHS, 2020).

Bu durum, akut yatarak tedavi edilenlerin hastanede kalış sürelerinin azaltılması ve ameliyat gibi daha akut bakım hizmetlerinin ayaktan hasta bazında gerçekleştirilmesiyle ilişkilidir. Örneğin, 2010 yılında tüm ameliyatların dörtte üçünden fazlası ayakta tedavi ortamında gerçekleştirilmiştir. Akıl sağlığı hizmetleri de büyük ölçüde artan ilaç kullanımı ile psikoterapi ve ruh sağlığı danışmanlığında azalma ile birlikte, ağırlıklı olarak yatan hastadan ayakta hastaya kaymıştır. Rehabilitasyon, aralıklı evde bakım ve ikincil akut bakım gibi akut bakım sonrası hizmetlerin kullanımı, hastanelerin akut bakıma ihtiyaç duymayan hastaları taburcu etmesine yönelik mali ihtiyaç nedeniyle son 10 yılda artmıştır (Rice vd., 2013).

ABD’de bin nüfusa düşen yatak sayısı 2,4 olup, eyaletler arasında eşitsizlikler bulunmaktadır. Bu sayı açısından en yüksek yatak kapasitesine sahip olan Kolombiya Bölgesi’nde binde 5,1 iken Oregon’da 1,6’dır (NCHS, 2020).

Uzun süreli bakım hizmetleri, gerekli sağlık bakımı, kişisel bakım, barınma ve destekleyici hizmetleri kronik rahatsızlıkları ve engelleri olan kişilere, özellikle de yaşa bağlı sorunları olan yaşlı yetişkinlere sunarak çok önemli bir rol oynamaktadır. Uzun süreli bakım hizmetleri sağlayıcıları arasında yetişkinler için gündüz hizmet merkezleri; evde sağlık kuruluşları; destekli yaşam ortamları gibi evde bakım toplulukları; evde veya tesis içi darülaceze

bakım kuruluşları ve huzurevleri bulunmaktadır (NCHS, 2019).

Acil hizmetler için ABD’deki neredeyse tüm hastaneler Medicare’den ödeme aldıkları için hastanelerdeki acil servis departmanları, yasalar gereği acil tedaviye ihtiyaç duyan herkese durumu stabil olana kadar bakım sağlamakla yükümlüdür. Perakende klinikleri (eczanelerde veya büyük mağazalarda) küçük tıbbi rahatsızlıkların tedavisi için gidilecek yerler olarak ortaya çıkmaktadır. İlaçlar, ABD’de diğer sanayileşmiş ülkelere kıyasla yüksek oranda kullanılmaktadır ve kullanımları artmaktadır. Tamamlayıcı ve alternatif tıbbın (TAT) kullanımı da ABD’de artmaktadır. Hastaların çoğunun TAT için cepten ödeme yapması gerekir (Rice vd., 2013).

2.ABD’de COVID-19 Pandemisi ile Mücadele (Ocak 2020- Ocak 2021 Dönemi)

2.1.Mücadelenin başlangıcı, hazırlık ve yönetim
Federal hükümetin COVID-19’a yanıtı, 7 Ocak 2020’de CDC tarafından “2019-nCoV Olay Yönetim Sistemi”nin kurulması ve CDC’nin yeni koronavirüs hakkında verdiği brifingle başladı. Sonrasında Başkan Trump, federal düzeyde müdahale için danışma kurulu niteliğinde “Koronavirüs Görev Gücü” adında bir kurul oluşturdu ve Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı da halk sağlığı için acil durum ilan etti. Ocak sonu, Şubat başında federal hükümet el hijyeni, maske kullanımı ve fiziksel mesafe ile ilgili önlemleri içeren resmi bir bildiri yayımladı (NAO, 2020).

ABD’de COVID-19 pandemisine yanıtın geliştirilmesinde ve önlemlerin alınmasında CDC önemli bir rol oynamıştır. Ocak ayının başında, CDC yerel

Tablo 1. CDC Seyahat risk düzeyleri ve kriterleri

Kriterler	Düzye 3	Düzye 2	Düzye 1
Nüfusu 300 000’den fazla olan ülke ve bölgelere yapılacak seyahatler			
Yeni vaka sayıları	500’den fazla	251-500	50-250
İnsidans hızı (yüzbinde)	3’den fazla	1,5-3	1,5’tan az
Yeni vaka eğrisi	Yükseliyor/artıyor	Azalıyor/durağan	
Nüfusu 300 000’den az olan ülke ve bölgelere yapılacak seyahatler			
Yeni vaka sayıları	10’dan fazla	7-10	3-6
Yeni vaka eğrisi	Yükseliyor/artıyor	Azalıyor/durağan	

Kaynak: CDC, 2020a

ve uluslararası SARS-CoV-2 ile mücadele çabalarının koordinasyonu amacıyla, Acil Durum Operasyon Merkezini etkinleştirdi. Ayrıca epidemiyolojik araştırmaya yardımcı olmak ve yakın temasları belirlemek, izlemek ve bu yeni virüsle ilişkili hastalık, bulaşma ve virülans spektrumunu daha iyi anlamak için eyalet ve yerel düzeyde ekipler görevlendirdi (**NAO, 2020**). Son verilere göre bu hizmetlerde çalışan CDC görevlisi sayısı 7.893'tür (**CDC, 2020b**). Ocak ayının başında CDC, Çin'den yapılan seyahatlerin artan risklerine yanıt olarak bir seyahat risk değerlendirmesi geliştirdi. Seyahat risk değerlendirmesinde, birincil olarak gidilecek ülkedeki virüs yayılma hızı ve ikincil olarak sağlık kapasitesi ve halk sağlığı alt yapısı dikkate alınarak en yükseği 3 olan üç düzey tanımlandı. Gidilecek ülke veya bölgenin nüfusunun 300 binden az veya çok olması durumunda risk kriterleri farklılık göstermekte olup, bu risk düzeyleri Tablo 1'de gösterilmiştir. CDC, 27 Ocak'ta Çin'e tüm zorunlu olmayan seyahatlerden kaçınmak için yolculara Düzey 3 seyahat bildirimini yayımladı (**CDC, 2020a**).

Ocak ayında, CDC'nin pandemiye yanıt olarak geliştirdiği önlemlerden biri de 17 Ocak'tan itibaren, mevcut bulaşıcı hastalık müdahale protokolleriyle tutarlı olarak, üç büyük ABD havalimanına (Los Angeles, New York City ve San Francisco) Çin'in Wuhan kentinden gelen yolcular için gelişmiş giriş taramasını başlatmasıdır. Daha sonra bu uygulama Atlanta ve Chicago'ya gelen yolcuları da kapsayacak şekilde genişletildi. Bu beş havalimanının tümü, Çin'in Wuhan şehrinde ABD'ye tüm uçak yolcularının yaklaşık% 85'ini almaktadır. ABD Gümrük ve Sınır Koruma memurları, Wuhan'dan gelen yolcuları saptayıp sağlık taraması için CDC halk sağlığı görevlilerine yönlendirdiler. Hastalık belirtileri (ateş, öksürük veya nefes almada güçlük) olan herhangi bir yolcu da kapsamlı bir sağlık değerlendirmesine alındı. Wuhan'dan gelen tüm yolculara ayrıca, 14 gün boyunca sağlıklarını izlemelerini tavsiye eden ve ilgili semptomlar gelişirse gerçekleştirmeleri için önerilen eylemleri açıklayan CDC'nin Seyahat Sağlığı Uyarı Bildirimi verildi (**CDC, 2020a**). 1 Şubat 2020 itibarıyla, 437 uçuşta toplam 3.099 kişi tarandı; beş semptomatik yolcu, daha ileri tıbbi değerlendirme için CDC tarafından yerel sağlık hizmeti sağlayıcılarına sevk edildi ve bu kişilerden biri SARS-CoV-2 pozitif çıktı (**Patel, 2020**). O zamandan bu yana tarama, toplam on üç havaalanına çıkarılmış ve ilk başta Çin'den gelen yolcuları kapsarken, daha sonra İtalya, İran, Japonya ve Güney Kore'yi kapsayacak şekilde genişletilmiştir (**NAO, 2020**).

CDC'nin salgının başlangıcında yapmış olduğu kritik çalışmalardan biri de tanı testlerinin geliştirilmesidir. Çin sağlık yetkililerinin, yeni koronavirus için spesifik teşhis testlerinin geliştirilmesini sağlamak için 10 Ocak 2020'de SARS-CoV-2 genom dizisini yayımlamasından sonra, bir hafta içinde CDC, klinik örneklerden SARS-CoV-2 solunum numunelerini teşhis edebilen, "Klinik Laboratuvar İyileştirme Değişiklikleri" onaylı bir gerçek zamanlı ters transkripsiyon-polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi geliştirdi. 24 Ocak'ta CDC, bu test için test protokolünü kamuya açıkladı (**CDC, 2020f**). Gıda ve İlaç Dairesi de, CDC'nin SARS-CoV-2 için RT-PCR Teşhis Panelinin acil olarak kullanılmasını sağlamak için bir Acil Kullanım İzni yayımladı. Ek olarak, CDC, ABD'de bildirilen ilk vakalardan virüsün genomunu, halka açık DNA sekanslarının Ulusal Sağlık Enstitüleri genetik sekans veritabanı olan GenBank'a yükledi. CDC ayrıca virüsü, ek genetik karakterizasyon da dahil olmak üzere, daha ileri çalışmalar için gerekli olan hücre kültüründe büyütmektedir (**NAO, 2020**). İzole edildikten sonra virüs, araştırma çabalarına yardımcı olmak için BEI Kaynakları aracılığıyla, 18 Kasım itibarıyla kullanıma sunulmuştur. BEI kaynakları, Ulusal Alerji ve Bulaşıcı Hastalıklar Enstitüsü (NIAID) tarafından kurulmuş olup, Kategori A, B ve C öncelikli patojenleri, yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalık ajanlarını, patojenik olmayan mikropları ve araştırma topluluğuyla ilgili diğer mikrobiyolojik materyalleri incelemek için reaktifler, araçlar ve bilgiler sağlamaktadır (**BEI, 2020**).

Pandemiye yanıtın başlangıç döneminde CDC, COVID-19 ile ilgili olarak 31 Ocak'ta klinisyenler ve halk sağlığı çalışanları için bir rehber ile geçici bir Klinik Eylem Uyarısı yayımladı. Bu rehber, sağlık hizmeti sağlayıcılarının SARS-CoV-2 enfeksiyonu ile ilgili belirti veya semptomları olan hastaların belirlenmesi, izole edilmesini ve halk sağlığı birimlerini bilgilendirmelerini, ateş ve alt solunum yolu hastalığı ile değerlendirilen hastalar için ayrıntılı bir seyahat geçmişinin alınmasını içerir (**Patel, 2020**).

Bu tarihten sonra günümüze kadar CDC, devlet kurumları, işletmeler ve halk için bilgi ve rehberlik sağlayan 3.835 belge ile Morbidite ve Mortalite Haftalık Raporunda (MMWR) 149 adet COVID-19 çalışması yayımlamıştır. Sağlık hizmeti sağlayıcılarına enfeksiyon kontrolü, hastaneye hazırlık değerlendirmeleri, kişisel koruyucu ekipman tedarik planlaması ve klinik değerlendirme ve yönetim gibi konularda tavsiyelerde bulunmak için 150'den fazla kılavuz belge yayımlamıştır (**CDC, 2020e**).

2.2. İlk vaka ve ilk ölüm

Ocak-Şubat aylarında bu çalışmalar gerçekleştirilirken ilk vakalar ve ilk ölüm de bu aylarda gerçekleşti. ABD’de, SARS-CoV-2 enfeksiyonu teşhisi konan ilk kişi, 21 Ocak 2020’de bildirildi. CDC’nin yayımladığı bir başlangıç raporuna göre, 4 Şubat itibarıyla, 36 eyaletten, Kolombiya Bölgesi’nden ve ABD Virgin Adalarından toplam 293 olası vaka- dan 11 kişide, CDC tarafından geliştirilen RT-PCR testi kullanılarak, SARS-CoV-2 enfeksiyonu olduğu saptandı. Bu 11 vakanın dokuzunda Wuhan’dan seyahat öyküsü bulunurken iki vaka da doğrulanmış iki vakayla yakın teması olan kişilerdi (**Patel, 2020**). CDC verilerine göre, COVID-19 nedeni ilk ölüm vakası ise 29 Şubat’ta gerçekleşmiştir (**CDC, 2020g**).

2.3. Fiziksel mesafe ile ilgili uygulamalar

COVID-19 pandemisi ile mücadelenin ilk zamanlarında sadece pozitif test sonucu onaylanmış bir vaka ile temas halinde olma veya yüksek riskli bir alanda bulunma nedeniyle izole edilenler için fiziksel mesafe önerilmiştir. Şubat 2020’in sonundan itibaren federal hükümet, fiziksel mesafe tedbirlerini daha yaygın olarak uygulamaya başladı. Mart 2020’in başlarında CDC, 60 yaşın üzerinde veya kronik sağlık sorunları olanların yüz yüze temastan mümkün olduğunca kaçınmaları gerektiğini tavsiye etti. CDC, 15 Mart 2020’de sosyal alanların 50 kişiyle sınırlandırılmasını içeren bir rehber hazırladı. Bundan bir gün sonra, ABD Başkanı 15 günlük gönüllü izolasyon, 10 veya daha az kişiyle sınırlı sosyal alanlar ve isteğe bağlı seyahatlere karşı tavsiye veren ulusal yönetmelikleri yayımladı. Federal hükümet ayrıca okullar, restoranlar, spor salonları ve diğer kapalı veya açık hava mekânlarının kapatılmasını önerdi. 29 Mart 2020’de yürürlüğe giren bu kapatma uygulaması 30 Nisan’a kadar uzatıldı. Nisan başındaki önemli sayıda asemptomatik vaka nedeniyle, CDC fiziksel mesafe tavsiyelerini artırarak, Amerikalıların marketler gibi sosyal mesafenin kısıtlı olarak uygulanabileceği yerlerde maske/yüz koruyucu kullanmalarını önerdi. Nisan ayı sonuna gelindiğinde, tüm ülkeyi kapsayan ulusal bir kapanma uygulaması yürürlüğe konmamıştı (**NAO, 2020**).

Ulusal bir standart olmadığı için eyaletler ve şehirler, hastalığın toplumsal yayılımını önlemek veya engellemek için kendileri ek önlemler almışlardır. 31 Mart 2020 tarihinden itibaren, 29 eyalet “evde kal” çağrısı yapmıştır. Benzer şekilde, bazı eyaletlerde (Kolombiya Bölgesi dahil) başka fiziksel

mesafe önlemleri uygulanmıştır: 30 eyalet zorunlu olmayan tüm işletmeleri kapatmış, 39 eyalet tüm toplantıları veya 10’dan fazla katılımcılı toplantıları yasaklamış, 47 eyalet eve teslimat dışında restoran/barları kapalı bulundurmuş ve 44 eyalet ise devlet genelinde okulları kapatmıştır. 24 Nisan 2020 itibarıyla, 42 eyalet evde kal uygulamalarını sürdürürken, 8 eyalet belirli şirketleri yeniden açarak sosyal mesafe uygulamalarını yumuşatmıştı (**Lasry, 2020; Schuchat, 2020**).

Nisan ayının ortasında Beyaz Saray, eyalet valileri ve yerel yetkililere yönelik olarak, ülkeyi yeniden açmaları için yönergeler içeren “Guidelines Opening up America Again” adı verilen rehberler yayımladı. Açılma için önerilen kriterler şunlardı: bildirilen grip benzeri ve COVID-19 benzeri vaka sayılarının son iki hafta içinde azalmış olması, son iki haftada toplam test içindeki pozitiflik oranının ve doğrulanmış vaka sayısının azalmış olması ve hastaneler için kriz olmadan tüm hastaların tedavi edilmesi ve risk altındaki sağlık personeli için sıkı test programlarına sahip olunması. Eyaletler ayrıca tarama, test ve gözetim alanları kapasitesine ve yeterli kişisel koruyucu ekipman (KKE) ve tıbbi donanım malzemelerine sahip olmalıdır. Plan daha sonra aşamalı olarak belirli yönergeler ortaya koydu. Buna göre;

1. Aşama: Savunmasız bireyler (yaşlılar veya ciddi sağlık sorunları olanlar gibi) yerinde barınmalı, halka açık toplantılar 10 veya daha az kişiyle sınırlı olmalı, gerekli olmayan seyahatleri en aza indirmeli, mümkün olduğunda tele çalışma ile aşamalı olarak işe dönmeli ve belirli çalışma alanları için çeşitli yönergeler (örn. okullar/gençlik faaliyetleri kapalı kalır, yaşlı bakım tesislerine veya hastanelere ziyaretler yasaktır, seçmeli ameliyatlara devam edebilir) tanımlanmıştır.

2. Aşama: 50 veya daha az kişiyle sınırlı halka açık toplantılar, zorunlu olmayan seyahatler devam edebilir ve belirli çalışma alanları için diğer yönergeler (örneğin, okullar / gençlik etkinlikleri yeniden açılabilir, barlar yeniden açılabilir) tanımlanmıştır.

3. Aşama: Savunmasız kişiler kamu etkileşimlerine başlayabilir, işyerlerinde çalışma sınırlaması kaldırılabilir ve belirli çalışma alanları için diğer yönergelere devam edebilir (örneğin, yaşlı bakım tesislerine veya hastanelere ziyaretler devam edebilir, büyük mekanlar sınırlı fiziksel mesafeyle çalışabilir) (**White House, 2020**).

2.4. İzolasyon ve karantina

Salgının başlangıcında izolasyon uygulamaları Çin'in Hubei eyaletine seyahat öyküsü bulunan kişilerle sınırlıydı. Zorunlu karantina uygulamaları da Grand Princess yolcu gemisinde bulunan yolcular için uygulandı (**Moriarty, 2020**). Mart 2020'de CDC, salgının yaygın olarak yaşandığı ülkelere ziyaret öyküsü bulunan veya bu ülkelere yolcu gemileriyle dönüş yapanların 14 gün boyunca kendi kendini tecrit etmesi gerektiğini tavsiye etti. Mart ayı sonunda toplumsal yayılım katlanarak artarken hükümetlerin tavsiyeleri de değişmeye başladı. Maruziyet durumuna bakılmaksızın tüm Amerikalıların, yayılmayı önlemek için gönüllü ulusal karantina programına katılmaları istendi. Hastalananlara, tıbbi bakıma ihtiyaç duymadıkları sürece kendi kendini izole etmeleri ve evde kalmaları tavsiye edildi. Mart ayı itibarıyla, pozitif vaka ile aynı evde yaşayanların veya hasta olan biriyle temas edenlerin kendilerini karantinaya alması talimatı verildi (**NAO, 2020**). Bu yeni değişikliklerle CDC, ev bakımı ve kendi kendini izole etme konusunda (doğru havalandırma, ayrı bir odada izolasyon, ev eşyaları paylaşmama vb.) halka yönelik rehberler yayımladı. Mayıs ayı sonlarında CDC, pozitif veya pozitif olduğu tahmin edilen kişilerin kendilerini izole etmesinin ne zaman durdurulabileceği konusunda yeni bir kılavuz yayımladı. CDC, semptomatik bireylerin ateşsiz geçen üç günün ardından, semptomların gerilemesiyle ve belirti başlangıcından 10 gün sonra temasta bulunabileceklerini söyledi. Asemptomatik bireylere 10 gün beklemeleri (herhangi bir semptom ortaya çıkmadığı varsayılarak) veya art arda verilen iki numunenin negatif olması durumunda temasta bulunabilecekleri tavsiye edilmiştir (**CDC, 2020c**).

2.5. Temaslı izlemi

Olası vakaları belirlemenin bir parçası olarak temaslı takibi, federal hükümetin koronavirüsü kontrol altına alma stratejisinin temel bir bileşeni olarak açıklandı. Bununla birlikte, geniş topluluk yayılımı göz önüne alındığında, temaslı izlemi yapacak personel sayısında yetersizlikler yaşandı. Nisan ayı sonlarında, birçok eyalet temaslı izlemi için çevrimiçi uygulamalar oluşturma ve temaslı takibinde çalışacak personeli artırma ve eğitim gibi faaliyetler yürütmeye çalıştılar. Ayrıca Nisan ayında Apple ve Google, akıllı telefon kullanıcılarının Bluetooth teknolojisine dayalı pozitif bir vakayla temas halinde olup olmadıklarını bilmelerine olanak tanıyan, tercihe bağlı bir maruz kalma bildirim sistemi geliştirmek için birlikte çalışacaklarını duyurdu. Ancak, 13 Temmuz itibarıyla,

hiçbir eyaletteki halk sağlığı biriminde Apple ve Google uygulamaları kullanılmamıştır. Temas izleme kapasitesini artırma çabalarına karşın, izleme kapasitesi hâlâ ciddi şekilde eksiktir. Dahası, araştırmalar, ABD'deki yeni sıcak noktaların izleme kapasitesi ve temel halk sağlığı araçlarını oluşturmada başarısız olan alanlar olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, yeterli kapasiteye sahip devletler bile halkın işbirliği yapmasını sağlamak ve izleyicilerden gelen çağrılarını yanıtlamak gibi zorluklarla karşılaşmaktadır (**NAO, 2020**).

2.6. Sürveys sistemi ve bilgilerin paylaşımı

Sürveysla ilgili olarak, CDC başlangıçta COVID-19 vakalarını izlemek için mevcut influenza sürveys sistemini kullandı. 14 Şubat 2020'de CDC, ülke çapında yaygınlaştırılacak grip temelli sürveys sisteminin bir parçası olarak, COVID-19 için grip benzeri semptomları olanları beş halk sağlığı laboratuvarında test etmeye başlayacağını duyurdu. Günümüz itibarıyla, ABD'de COVID-19 ve etkeni SARS-CoV-2'nin sürveysi için CDC, eyalet, yerel ve bölgesel sağlık birimleri, halk sağlığı, ticari ve klinik laboratuvarlar, hayati istatistik ofisleri, sağlık hizmeti sağlayıcıları, acil servisler ve akademik ortaklar ile işbirliği içinde çalışan çoklu gözetim sistemleri kullanılmaktadır (**CDC, 2020d**). Tek bir sistem pandemiyi tüm parametrelerini yakalayamadığı için CDC çok sayıda, tamamlayıcı gözetim sistemi uygulamıştır. Sürveys için kullanılan bu sistemler,

Ulusal Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Gözetim Sistemi (NNDSS) aracılığıyla vaka bazlı raporlama, laboratuvar tabanlı sürveys, Ulusal Sendromik Sürveys Programı (NSSP) aracılığıyla bildirilen sendromik gözetim verileri ve NHSN aracılığıyla rapor edilen sağlık hizmeti sistemi kapasitesi verileridir (**CDC, 2020h**). COVID-Net gibi ek sistemler ile halka açık bilgilendirme sağlanmıştır. CDC, COVID-19 sürveysinin temel hedeflerini, pandemiyi yayılmasını ve yoğunluğunu izlemek, temas takibinin bulaşmayı yavaşlatmasını sağlamak ve özel müdahale gerektiren hastalık kümelerini belirlemek olarak açıklamıştır. Sürveys için kullanılan COVID-19 vaka tanımı, Eyalet ve Bölgesel Epidemiyologlar Konseyi (CSTE), kararı ile standartlaştırılmıştır. CSTE önerileri doğrultusunda, ABD COVID-19'u daha önce tanımlanmamış yeni bir koronavirüs hastalığı olarak tanımlayan DSÖ tanımına benzer bir tanım benimsemiştir. Vaka tanımında yer alan temel belirtiler; ateş, öksürük ve nefes darlığıdır. Ancak, bu durum pandemi sürecinde daha geniş bir semptom

aralığını göz önünde bulundurmak için değişmiştir. Nisan ayı sonlarında CDC, kas ağrısı ve tat veya koku kaybı gibi bulgu ve semptomları eklemiştir (CSTE, 2020). Nisan ayından itibaren CDC, ayakta tedavi ziyaretleri, acil servis ziyaretleri, hastaneye yatışlar ve ölümler ve laboratuvar verileriyle ilgili temel eğilimleri ve göstergeleri ayrıntılarıyla açıklayan "COVID-View" adında haftalık bir gözetim özeti yayımlamaya başladı (CDC, 2020i). COVID View'de raporlanan veriler CDC'nin dört bileşenden oluşan güncellenmiş sürveyans sisteminden gelmektedir. Bunlar;

I. Virolojik Sürveyans: SARS-CoV-2 ve pozitif vakalar için test edilen toplam solunum örneği sayısı hakkında tüm laboratuvarlardan haftalık raporlama,

II. Ayakta ve Acil Departman Hastalık Sürveyansı: COVID-19 ile ilişkili olabilecek ayakta tedavi ve acil servis ziyaretlerindeki eğilimleri izlemek için iki sendromik gözetim sistemi (ABD Ayakta Grip Benzeri Hastalık Gözetim Ağı ve Ulusal Sendromik Gözetim Programı) kullanır,

III. Hospitalizasyon Sürveyansı : COVID-19 ile ilişkili Hastaneye Yatış Gözetim Ağı (ABD nüfusunun ~% 10'unu kapsar) aracılığıyla laboratuvar onaylı COVID-19 ile ilişkili hastaneye yatış oranlarını izler,

IV. Mortalite Sürveyansı: Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi tarafından eyalet hayati istatistik ofislerinden toplanan ölüm sertifikası verileridir. CDC, Mayıs ortasında ulusal ve eyalet düzeyinde ölüm ve hastaneye yatış tahmin modellerini ekledi. Ayrıca, toplumdaki COVID-19 insidansını daha iyi anlamak için seroloji sürveyansı yapmaya başladı.

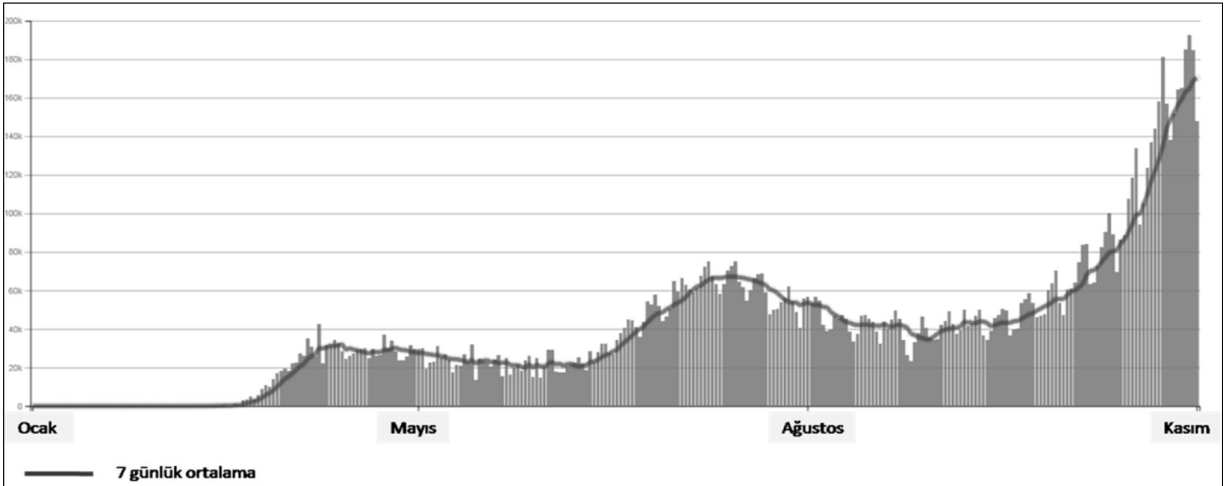
CDC, seroprevalansı değerlendirmek için büyük ölçekli coğrafi anketler, topluluk düzeyinde anketler ve belirli popülasyonları (örneğin sağlık çalışanları) hedefleyen anketler kullanıyor (NAO, 2020).

2.7.ABD'de salgının başlangıcından beri görülen olgu ve ölüm sayıları

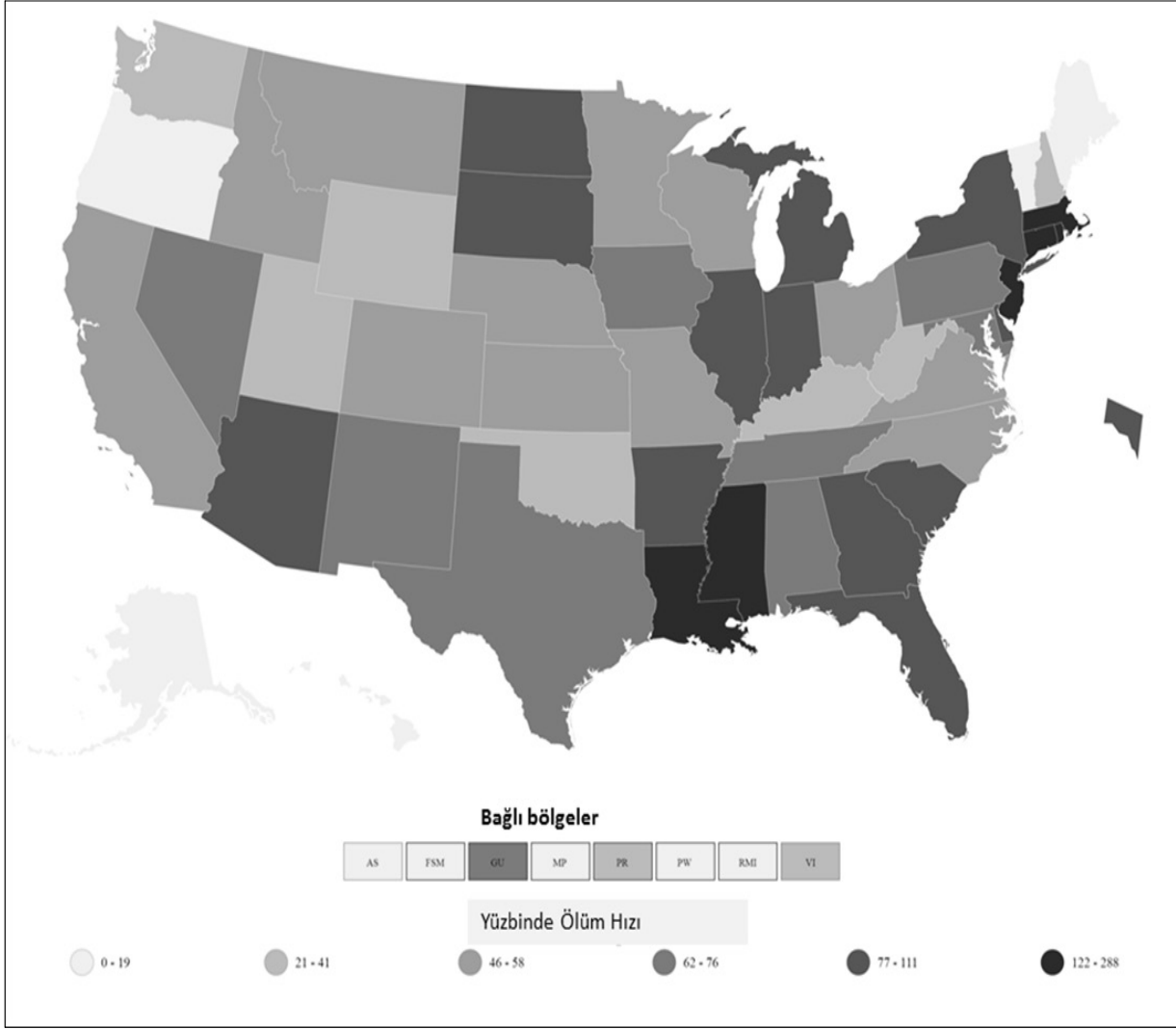
Bu yazının yazıldığı tarihlerde, ABD tüm dünyada olgu ve ölüm sayıları açısından birinci sırada yer almaya devam etmektedir. ABD'de salgının başlangıcından 20 Kasım 2020 tarihine kadar geçen sürede 11.843.490 COVID-19 olgusu görülmüş olup (Şekil3), insidans hızı yüzbinde 3.500-4.000 arasında gerçekleşmiştir. Aynı tarih aralığında görülen COVID-19 nedenli ölüm sayısı 253.600 ve ölüm hızı ortalama yüzbinde 80-85 arasında gerçekleşmiştir. Günlük olarak olgu görülme sayıları 180 binlere, ölüm sayıları ise iki binlere ulaşmıştır (CDC, 2020g).

Şekil 4'te görüldüğü gibi COVID-19 vakalarının ve ölümlerinin sayısındaki ve kümülatif insidansdaki coğrafi farklılıklar, epidemiyolojik ve toplumsal faktörlerin yanı sıra, klinik ve halk sağlığı uygulamalarındaki farklılıkları yansıtmaktadır (CDC COVID-19 Response Team 2020b).

ABD'de halk sağlığı laboratuvarları ve klinik ve ticari laboratuvarların bir alt kümesi tarafından CDC'ye bildirilen verilere dayanarak, 1 Mart 2020'den bu yana 75.643.495 örnek test edilmiştir. Ulusal olarak, 46. haftada 3.435.511 örnek test edilmiş ve 407.928'i (%11,9) pozitif çıkmış ve test pozitiflik yüzdeleri tüm yaş gruplarında artmıştır. Grip benzeri hastalık ve COVID benzeri hastalık için ayakta tedavi sağlayıcılara veya acil servislere



Şekil 3. ABD'de günlük COVID-19 olgu sayıları (Ocak-Kasım 2020) (CDC, 2020g).



Şekil 4. ABD'de COVID-19 nedenli ölüm hızlarının eyaletlere göre dağılımı (CDC, 2020g).

yapılan ziyaretlerin genel yüzdesi Eylül ortasından bu yana artmaktadır; 46. haftada 45. haftaya göre COVID benzeri hastalık artarken (%4,9), grip benzeri hastalık (%1,3) sabit kalmıştır. On sürveyans bölgesinin tümü en az bir hafif/orta derecede hastalık göstergesinde artış bildirmiştir. Aynı sürede, genel kümülatif COVID-19 ile ilişkili hastaneye yatış oranı, 100.000 kişi başına 228,7 hastaneye yatış olarak gerçekleşti. Eylül ayından bu yana tüm yaş grupları arasında haftalık hastaneye yatış oranları artış göstermiştir. Özellikle, 65 yaş ve üstü yetişkinler arasında haftalık hastaneye yatış oranı, 18 Nisan'da sona eren haftada gözlemlenen en yüksek haftalık orana yaklaşmaktadır. Hispanik veya Latin kişiler için yaşa göre ayarlanmış hastaneye yatış oranı, Hispanik olmayan Beyazların yaklaşık 4,1 katıdır. Hispanik olmayan Kızılderili veya Alaska Yerlisi kişiler ve Hispanik olmayan Siyahlar için yaşa göre

ayarlanmış hastaneye yatış oranları, Hispanik olmayan Beyazların sırasıyla yaklaşık 4.0 ve 3.7 katıydı. Ölüm belgesi verilerine göre, 46. hafta için pnömoni nedenli ölüm yüzdesi %10.7 idi ve 45. haftaya göre düşerken (%14.4) salgın eşiğinin üzerinde kalmıştır (CDC, 2020i).

2.8.Sağlık çalışanları ve meslek örgütlerinin tutumu

CDC verilerine göre salgının başlangıcından günümüze kadar sağlık personeli arasında 231.704 COVID-19 vakası görülmüş ve 835 ölüm gerçekleşmiştir. Bununla birlikte, tahminler bu sayıların çok daha fazla olduğu yönündedir. CDC verilerinde sağlık çalışanlarının durumu ile ilgili ayrıntılı veri bulunmadığı gibi ölüm sayıları ise sadece 171.109 (%73.85) ölüm arasındaki sağlık çalışanı ölümlerini yansıtmaktadır (CDC, 2020g). Örneğin, bir araştırmaya göre 12

Şubat - 9 Nisan arasında CDC'ye bildirilen 315.531 COVID-19 vakasının 49.370'inin (%16) sağlık çalışanı olduğu saptanmıştır. Bu araştırmanın verilerine göre, COVID-19 olan sağlık çalışanlarının medyan yaşı 42 olup, 6.603'ü (%73) kadındı. Aynı çalışmada, sağlık çalışanlarının %55'i sağlık hizmeti ortamında bir COVID-19 hastasıyla temas ettiğini bildirmiştir (**CDC COVID-19 Response Team, 2020a**). Connecticut'da yapılan bir başka çalışmada ise 1 Mart ile 17 Haziran 2020 arasında telefonla anket yapılan kişilerden %42.1'ini sağlık çalışanlarının oluşturduğu, sağlık çalışanları arasında semptomların daha uzun sürdüğünü (17,39'a karşı 13,44 gün) ve maruziyetin, işleri nedeniyle gerçekleştiğini bildirme olasılıklarının daha yüksek (%80,4'e karşı %27,8) olduğu saptanmıştır (**Smith vd., 2020**).

CDC verileri ve yapılan araştırmalar dışında bazı gazete haberleri de sağlık çalışanları arasında COVID-19 olgu ve ölüm sayıları hakkında ipuçları vermektedir. Washington Post Gazetesi'nde 17 Haziran tarihinde yer alan bir haberde; CDC verilerine göre sağlık çalışanları arasındaki ölüm sayısının 400 olarak belirtilmesine karşın, ülkenin en büyük hemşireler sendikası olan Ulusal Hemşireler Birliği, ülke genelindeki sosyal medya ve ölüm ilanlarına dayanarak, 939 ölüm olduğunu ve bu ölümlerin yaklaşık yüzde 15'ini hemşirelerin oluşturduğunu belirtmiştir (**Washington Post, 2020**). Başka bir gazetede yer alan habere göre ise Ulusal Hemşireler Birliği kendisine bağlı hemşirelerin %84'üne hiç test yapılmadığını belirtmiştir (**Bostock, 2020**).

ABD'de sağlık çalışanları için tek sorun hastalık ve ölümler değildi. Pek çok hastane ve sağlık kuruluşu pandemide ihtiyaç duyulan KKD ve tıbbi donanım tedarikinin pek azını sağlayabildi. GetUsPPE adlı bir platformun araştırma raporuna göre, 02 Mayıs 2020 itibarıyla, 50 ABD eyaletinin tamamında 6.169 sağlık hizmeti kuruluşu veya bireyler KKD talebinde bulunmuştur. Hastaneler, talepte bulunan kuruluşların çoğunu (%27) oluştururken, onu ayakta tedavi klinikleri (%15) ve vasıflı hemşirelik tesisleri (%9) izledi. Talep eden kuruluşların, %23'ü kuzeydoğuda, %16'sı orta batıda, %31'i güneyde ve %26'sı da batıda olmak üzere, coğrafi olarak farklılık göstermiştir. Talepte bulunan kuruluşların %87'sinden fazlası metropolitan bölgelerindeydi ve %65'i en yüksek çeyrekte medyan gelire sahip ilçelerdeydi. N95 solunum maskeleri en çok talep edilen KKD türü olup, kuruluşların %74'ü tarafından talep edilmiştir. Bu bulgular, COVID-19 salgını sırasında ABD'deki sağlık hizmetleri

kuruluşları arasındaki muazzam KKD ihtiyacının anlık bir görüntüsünü vermektedir. Veriler, platformun farkında olan kuruluşlarla sınırlı olduğundan, bu tahminler muhtemelen ihtiyatlıdır. Bununla birlikte, bu sonuçlar, KKD'ye gereksinim ve erişim konusunda muhtemelen büyük eşitsizlikler olduğunu vurgulamaktadır (**Gondi vd., 2020**). Anahtar Sözcükler: Pakistan, COVID-19, sağlık sistemi Sağlık çalışanları arasında yaşanan KKD kıtlığı, meslek örgütlerini harekete geçirmiş ve Hükümeti gerekli malzemelerin tedariki ve dağıtımı konusunda uyarılmışlardır (**AMA, 2020**).

Sağlık çalışanlarının yaşadığı bir başka sorun, ücret kesintileri ve işten çıkarılmalarıdır. Ücret kesintileri hem birinci basamakta hem de hastanelerde çalışan hekimler arasında yaşanmıştır. Ücret kesintilerinin nedeni hizmet başına ödeme alan hekim ve hastanelerin COVID-19 nedeniyle sağlık kurumlarına başvuruların azalması sonucu gerçekleşmiştir. COVID-19'un birinci basamak tedavi uygulamalarının işletme giderleri ve gelirleri üzerindeki potansiyel etkisini bir mikro simülasyon modeli kullanarak tahmin etmeye çalışan bir araştırmaya göre, 2020 takvim yılı boyunca birinci basamak sağlık uygulamalarının tam zamanlı doktorun brüt gelirinde 67.774 dolar kaybetmesinin bekleneceği tahmin edilmiştir (COVID-19 ile 2020 brüt geliri ile COVID-19 gerçekleşmemişse beklenen brüt gelir arasındaki fark). Modelde teletıp başvuruları da dahil olmak üzere, birinci basamak sağlık hizmeti kullanımını, personel harcamaları ve geri ödemelere ilişkin ulusal veriler kullanılmıştır. Ayrıca, temel sağlık uygulamaları arasında COVID-19'un neden olduğu gelir kayıplarını nötralize etmenin ulusal düzeyde maliyetinin 15,1 milyar dolar olacağı da tahmin edilmiştir (**Basu vd., 2020**).

İkinci basamakta birçok küçük klinik iflasın eşiğindedir ve büyük kâr amacı gütmeyen hastaneler ve sağlık sistemleri tarafından toplu işten çıkarmalar başlanmıştır. 13 Mayıs itibarıyla, 255 ABD hastanesinde işten çıkarmalar, zorunlu izinler, çalışma saatlerinin ve ücretlerin azaltıldığı saptanmıştır. Bu kesintiler Detroit'teki Henry Ford Sağlık Sistemindeki 2.800 çalışanı, Cleveland'ın Üniversite Hastanesi sistemindeki 4.100 çalışanı ve Mayo Clinic'teki 30 bin çalışanı etkilemiştir. Diğer örnekler arasında, Palo Alto'daki Stanford Health Care'de çalışan doktorların, hemşirelerin ve diğer işçilerin ücretlerini %20 düşürmesi, ülkenin en büyük kâr amaçlı hastane sistemlerinden biri olan Steward'da doktorların maaşlarını %20 düşürmesi ve aralarında koronavirüs testi

yaptıran işçilerin de bulunduğu çalışanların işten çıkarılması bulunmaktadır. Eski ABD Başkan Yardımcısı Daniel Quayle'in Küresel Yatırım Başkanlığı unvanına sahip olduğu Cerberus Capital'e ait hastane şirketi, "sismik bir mali şok" yaşandığını ve yaşanan bu durumun hastane sisteminin işletim modelinin temelini oluşturan elektif ameliyatların ertelenmesinden kaynaklandığını ifade etmiştir. Bu yılın Mart ve Nisan ayları arasında ayakta bakım iş gücünde %14,9 hastane çalışanlarının sayısında ise %2,6 azalma yaşanmıştır (**Himmelstein ve Woolhandler, 2020**).

Sağlık çalışanlarının yaşadığı bu sorunlar temelinde başta Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association, AMA) olmak üzere, çok sayıda sağlık meslek örgütü hem üyelerinin özlük hakları hem de pandemi ile mücadelede halk sağlığı adına savunuculuk faaliyetleri yürütmüştür. AMA, kimi zaman tek başına kimi zamanda Amerikan Hemşireler Derneği (ANA), Amerikan Hastaneler Birliği (AHA), Amerikan Sağlık Derneği, Ulusal Evde Bakım ve Darülaceze Derneği gibi federal kuruluşlar ile eyalet düzeyinde bulunan 30'dan fazla örgütle birlikte federal yönetime, senatoya, Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı'na (HHS), federal kurumlara ve kamuoyuna yönelik açıklamalarda bulunmuştur. Salgının başlangıcından buyana AMA ve diğer meslek ve sağlık kuruluşlarının öneri ve taleplerinden bazıları şöyledir:

1. 12 Mart'ta ABD Başkanı'nın Ulusal Acil Durumlar Yasası uyarınca COVID-19'u bir felaket veya acil durum ilan etmesi istenmiştir. Bu karar HHS'ye sağlık hizmetlerinin ve yeterli sağlık bakımı malzemelerinin mevcut olmasını sağlamak gibi kritik eylemleri gerçekleştirme yetkisi vermek için gerekliydi,

2. FDA ve CDC'yi yeterli sayıda SARS-CoV-2 testinin mevcut olmasını sağlamaya ve yetkilendirme için esnek davranmaya davet edilmesi,

3. HSS'den sağlık çalışanlarını güvende tutmak ve hastaların sağlığını korumak için gerekli olan KKD ve laboratuvarlarda gerekli olan RNA ekstraksiyonunda kullanılan reaktifler gibi temel test bileşenlerindeki ciddi eksikliklerin giderilmesi,

4. HHS'nin pandemi hakkında düzenli bilgi paylaşımında bulunması,

5. Evde kendilerine uygun şekilde bakamayan hafif veya orta derecede hasta COVID-19 hastalarına alternatif bir bakım merkezinde bakım kapasitesi için fon sağlanması, daha fazla yoğun bakıma ihtiyaç duyan ağır COVID-19 hastaları için ek kapasite sağlanması,

6. Sağlık çalışanlarının ücretli tıbbi ve hastalık izni için federal fonların genişletilmesini ve doktorların bu maliyetleri telafi etmek için federal hibelere, faizsiz kredilere veya vergi indirimlerinden anında yararlanmalarının sağlanması,

7. COVID-19 salgınından önce de var olan hekim sayısındaki azlık nedeniyle ABD dışından çalışmaya gelen sağlık çalışanlarının vizelerinin geçici olarak uzatılması, uzatma ve statü değişiklikleri onaylarının hızlandırılması,

8. Halka yönelik olarak "Evde Kal" çağrısının yapılması,

9. COVID-19 salgını sırasında hekimlerin ve hastanelerin çıkarlarının çatıştığı her durumda hasta refahının birinci öncelik olması, hiçbir işverenin, hekimlerin hastalarının yararına olan savunuculuk özgürlüğünü kısıtlamaması,

10. COVID-19 testlerinin, hastaneye yatışların ve ölüm oranlarının ırk ve etnik kökene ve hastaların tercih ettiği sözlü ve yazılı dillere göre kapsamlı bir şekilde toplanması ve kamuya yayılması,

11. Ulusal Valiler Birliği'ne yönelik olarak gerekli olmayan işletmeleri kapatmak, gerekli olmayan faaliyetleri sınırlandırmak ve bu kritik aşamada toplanmaları yasaklamak için önerilerde bulunulması,

12. Her bir hekime, Medicare veya Medicaid'e kayıtlı hemşire asistanına ve COVID-19 sırasında mali kayıpları ve geri ödenemez masrafları hesaba katması için bir aylık gelir sağlanması,

13. Sigorta kuruluşlarına gönderilen mektupla hastaların doktorlarına anında ve uzun vadeli erişime sahip olmasını sağlamak için politika değişiklikleri çağrısında bulunulması,

14. Her eyaletin Medicare kapsamında tele-sağlık politikaları benimsemesi, teminat politikalarının sürekliliği ve sigortacıların idari gereksinimlerinin bakım ve ödemeyi geciktirmesini ve uygulama kaynaklarını azaltmasını önlemek için acil adımlar atılması,

15. COVID-19 tanılarının Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-10) kodlarına uygun hale getirilmesi,

16. AMA ve diğer 31 örgüt ile birlikte, Kongre'yi yüksek kaliteli, uygun fiyatlı sağlık hizmeti kapsamını koruyarak ve genişleterek işverenleri ve işçileri desteklemek için derhal harekete geçmeye çağırılması,

17. Sınırdaki göçmen ailelerin çocuklarıyla birlikte süresiz olarak gözaltında kalmak veya çocuklarının velayetinden vazgeçmek arasında seçim yapmaya zorlama politikasına şiddetle karşı çıkılması,

18. Amerikan Kızılderililerinin ve Alaska Yerlilerinin COVID-19 salgınından aşırı ve orantısız etkilenmesi nedeniyle sıcak noktalarda ve kırsal alanlarda yardım fonunun hızlı bir şekilde ele alınması,

19. Hekim, hemşire, hastaneler ve diğer meslek örgütü üyelerinin COVID-19 nedeniyle yatan ve ayakta hasta başvurularının azalmasına bağlı olarak uğradıkları ekonomik kayıpları telafi edici uygulamaların salgın sürdüğü sürece devam etmesi,

20. Son olarak, 17 Kasım tarihinde Başkan Trump'a bir mektup yazılmıştır. Mektupta; "Ülkenin hastanelerini ve sağlık sistemini temsil eden kuruluşlar olarak, COVID-19'a karşı mücadelede ön saflarda kalan ve şu anda on binlerce COVID-19 hastasına bakan doktorlar ve kayıtlı hemşireler olarak, yeni terapötikler ve aşılar geliştirilirken ve uygulanmaya başlanırken, İdarenizi COVID-19 ile ilgili tüm kritik bilgileri paylaşmak için Biden geçiş ekibiyle yakın çalışmaya davet ediyoruz."denilmiştir (AMA, 2020).

2.9.COVID-19 pandemisinin birinci basamak sağlık hizmetlerine etkisi

Genel olarak sağlık sistemi ve özel olarak birinci basamak sağlık uygulamaları, telefon ve video ziyaretleri de dahil olmak üzere hızla sanal bakıma sağlamaya dönmüştür. Bununla birlikte, birçok birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu yakın vadede bir teletıp sistemini uygulayacak bilgi veya teknik altyapıdan yoksundur. COVID-19 pandemisi nedeniyle koruyucu sağlık hizmetleri de büyük ölçüde azalmıştır. Nisan ayında, kâr amacı gütmeyen Sağlık Hizmetleri Maliyet Enstitüsü'nden alınan yeni verilere göre, aşılar yaklaşık %60, mamogramlar ve Pap smearleri yaklaşık %80 düşmüş ve neredeyse hiç kimseye kolonoskopi yapılmamıştır. Veriler, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli ölçüde azaldığını ve Haziran sonundan itibaren henüz normal seviyelere gelmediğini göstermektedir. COVID-19 nedeniyle sağlık kurumlarına başvuru sayılarının azalmasına bağlı olarak ortaya çıkan bu durum tele tıp uygulamaları ile telafi edilmeye çalışılmıştır. Ancak, tele tıp uygulamalarının ödeme mekanizmaları içinde yer almaması ve hasta sayılarındaki azalmalar birinci basamakta hizmet sunumunda önemli bir rol oynayan özel muayene-

hanelerde ekonomik kayıplara, özellikle yoksul bölgelerde bulunan bazı muayenehanelerin kapanması riskine yol açmıştır. ABD sağlık sisteminde hizmet başına ücret ve ziyaret temelli ödeme politikalarının bir sonucu olarak birinci basamak sağlık hizmetleri mali düşüşe karşı savunmasız kalmıştır (Basu vd., 2020)

Birinci basamakta yaşanan diğer bir sorun, özellikle temaslı takibi, izolasyon ve karantina hizmetleri için gerekli halk sağlığı çalışanlarının azlığıdır. Johns Hopkins'teki araştırmacılar tarafından geliştirilen bir plana göre, bu görevleri başarmak için halk sağlığı çalışanlarının sayısının artırılması gerektiği belirtilmiştir. Plana göre, temaslı takibi için, yaklaşık 100.000 (ücretli veya gönüllü) çalışana ihtiyaç vardır. Ancak şu anda, birçok eyaletteki sağlık birimleri, temaslı takibini yeterli bir düzeye çıkarmak için sıkıntılı yaşamaktadır (NAO, 2020).

2.10.COVID-19 pandemi sürecinde hastanecilik hizmetleri ve hizmet sunumları

OECD ülkeleri arasında en düşük hastane yatak/nüfus oranlarından birine sahip olan ABD'deki hastane yatakları hızla dolmuştur. Buna ek olarak, ABD'deki birçok hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının stok envanterinin çok zayıf olması, pandemi için gereken ekipman ve tıbbi malzemelerin de kısa sürede yetersiz kalmasına neden olmuştur. Yatak kapasitesi ve bu yataklara ihtiyaç duyma riski taşıyan nüfus eyaletten eyalete değiştiği için hastane yatak sıkıntısı farklı düzeylerde yaşanmıştır. Özellikle Washington, California ve New York gibi salgının ilk görüldüğü eyaletler ile New York ve Chicago gibi şehir merkezlerinde yatak sıkıntısı had safhadaydı. Bu hastanelerde aynı zamanda eldiven, önlük ve maske gibi koruyucu ekipmanlar ve ventilatör sıkıntısı da baş göstermiştir. Mart ayı sonlarında yapılan bir ulusal ankette, ABD şehirlerinin belediye başkanlarının %91'i, şehirlerinin yetersiz yüz maskesi tedarikine sahip olduğunu ve %88'inin tıbbi ve ilk müdahale personeli için yeterli KKD'ye sahip olmadığını belirtmiştir. Mart ayının ortalarında Federal Acil Durum Yönetim Ajansı (FEMA) eyaletler, federal kurumlar ve özel sektör için kaynak temin etmek ve dağıtmakla görevlendirildi. Nisan ortası itibarıyla FEMA, KKE, ventilatörler, test numuneleri ve federal tıbbi istasyonların inşası dahil olmak üzere, acil yardım için 5.5 milyar ABD doları dağıtmıştır. Hastanelerde yaşanan diğer bir sıkıntı personel sayısının yetersizliğidir. ABD'de kişi başına düşen

hekim sayısı, diğer bazı yüksek gelirli ülkelere göre daha az, hemşire arzı diğer yüksek gelirli ülkelerin medyanı civarındadır. Ancak hemşirelerin yalnızca %60'ı hastanelerde çalışmaktadır ve hastanelerde hasta bakımında çalışan personel, diğer birçok OECD ülkesine göre daha azdır. Pandemiden önce bile, hemşirelerin gözünde personel alımı optimal değildi. Pandemi ilerledikçe, hem bu çalışanların hem de diğer birçok sağlık çalışanının arzı, bazı yerlerde COVID-19 hastalarından gelen sağlık hizmeti talebindeki artışı karşılamak için yetersiz hale geldi. Ençok personel sıkıntısı yaşanan birimler yoğun bakım üniteleri (YBÜ) ve acil servislerdi. Yapılan bir analize göre, YBÜ yatakları ikiye veya üçe katlansa bile hastanede çalışan hemşirelerin yalnızca %15'i kritik bakım ünitelerinde çalıştığı için yeterli hemşire olmayacağı ortaya çıkmıştır. Üstelik diğer bölümlerdeki YBÜ dışı personelin YBÜ'lere aktarılmasıyla desteklense bile, bu alanlarda personel ihtiyacı olmaya devam edecektir (NAO, 2020).

Birinci basamakta olduğu gibi, hastanelerde de COVID-19 salgını, ayakta tedavi hizmetinin sunumunu önemli ölçüde değiştirmiştir. Başlangıçta, sağlık kurumları elektif başvuruları ertelemiş, uygulamalarını yüz yüze ziyaretleri güvenli bir şekilde karşılayacak şekilde değiştirmiş ve teletıp kullanımlarını artırmıştır. Harvard Üniversitesi, Commonwealth Fund ve bir sağlık hizmetleri teknolojisi şirketi olan Phreesia'daki araştırmacılar, Phreesia müşterisi olan 50.000'den fazla hizmet sağlayıcı için başvuru hacmindeki değişikliklerle ilgili verileri analiz etmiştir. Buna göre ayakta tedavi hizmetlerine yapılan başvurular Nisan ayı başlarında yaklaşık %60 azalmış, Mayıs ortalarında toparlanmış ve Eylül ayı başından itibaren pandemi öncesi dönemdeki sayılara ulaşmıştır. Başvurular genel olarak pandemiden önceki seviyelere dönerken, yaş grubu da dahil olmak üzere, çeşitli faktörlere göre değişiklik göstermiştir. Örneğin, çocuklar için yapılan başvurular pandemi öncesi düzeyin önemli ölçüde altında kalmaktadır. Başvurular arasında dermatoloji, göz hastalıkları, üroloji, genel cerrahi ve yetişkin birinci basamak hekimlerine başvurular pandemi öncesine göre artarken, göğüs hastalıkları, KBB, kardiyoloji, iç hastalıkları ve pediatri bölümlerine başvurular salgın öncesi düzeyin altında kalmaya devam etmiştir. Teletıp aracılığıyla yapılan tüm başvuruların yüzdesi, Nisan zirvesinden sonra yavaşça düşmektedir. Teletıp uygulamalarının en yüksek olduğu branş davranışsal sağlık (psikiyatri) olurken, bunu endokrinoloji, romatoloji gibi bölümler izlemektedir (Mehrotra vd., 2020).

Hastanecilik hizmetleri kapsamında COVID-19 pandemisinden orantısız bir şekilde etkilenen uzun süreli bakım tesislerindeki (Long-term care facilities=LCFT) durumdan da bahsetmek gerekir. Nisan ortasından itibaren 36 eyalet, LTCF'lerde COVID-19 vaka ve ölümleri bildirmiştir. Bazı eyaletlerde bakım evi ölümleri, ölümlerin %40'ından fazlasını oluşturmaktadır. CMS verileri Medicaid ve Medicaid'e bağlı huzurevlerinde 31 Mayıs'a kadar yaklaşık 32.000 ölüm meydana geldiğini göstermiştir. Ancak federal olarak finanse edilmeyen huzurevleri hesaba katıldığında, uzun süreli bakım tesislerindeki toplam ölümler muhtemelen çok daha yüksektir. LCFT ile ilgili bir başka sorun, bu tesislere COVID-19 hastalarına bakmaları için Medicare'den günde en az 600 USD teşvik verildikten sonra bazı tesislerin daha kârlı olduğu için COVID-19 hastalarını alıp, mevcut sakinlerini tahliye etmesiyle ortaya çıkmıştır (NAO, 2020).

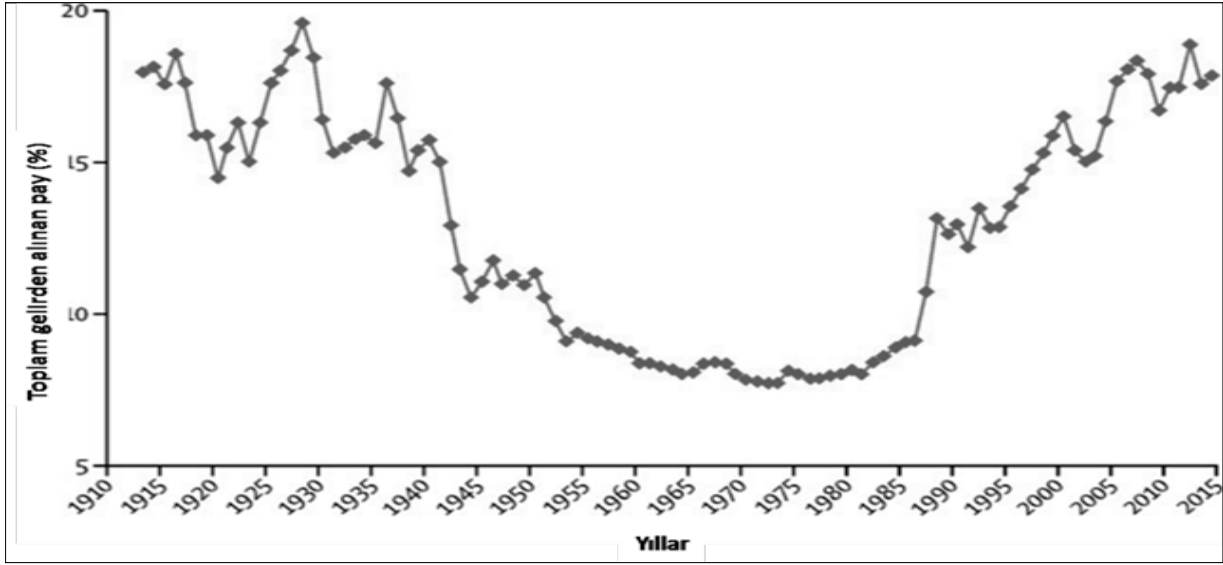
3.ABD COVID-19 Pandemisi ile Mücadelede Neden Başarısız Oldu?

ABD'deki COVID-19'a bağlı olgular ve ölümler, dünya genelinin yaklaşık beşte birini oluşturuyor. Pandemi- nin ABD yurttaşları için bu derece ölümcül seyretmesinin altında yatan nedenleri şöyle sıralayabiliriz: Artan sosyoekonomik ve ırksal eşitsizlikler, kötü toplumsal sağlık düzeyi ve sağlıktaki eşitsizlikler, eşitsizlikleri derinleştiren bir sağlık sistemi, toplumsal önlemlerin (non-farmosötik müdahaleler) alınmasındaki gecikmeler ve kendi halk sağlığı çalışanlarını -ve daha genel olarak bilimi- alenen karalayan bir merkezi yönetimin varlığıdır (Alexander, 2020;Maani ve Galea, 2020a;Navarro, 2020;Redlener vd., 2020).

3.1.Sosyoekonomik ve ırksal eşitsizlikler

ABD'deki ekonomik eşitsizlikler on yıllardır artmaktadır. Gini katsayısı düzeyine göre ABD, OECD ülkeleri arasında Şili, Meksika ve Türkiye'den sonra ekonomik eşitsizliğin en fazla olduğu ülkedir.

Toplam gelirin nüfusun en üst %1'ine giden payı, 1970'ten bu yana iki katından fazla artarken (Şekil-5), işçilerin gelirlerindeki artışlar çok yavaş kalmıştır. En yüksek gelir grubundakilerin gelirlerindeki artış, refahtaki (yani varlıklardaki) eşitsizliği büyüt-müştür. 1986'dan bu yana, 20 milyon ABD Dolarını aşan varlıkları olan hanehalkının en üst, binde birlik bölümü tüm servetin neredeyse yarısını kazanırken nüfusun en alttaki %90'ının serveti kadar serveti kontrol etmektedir. En zenginlerin geliri artarken



Şekil 5. ABD'de en üst %1'lik kesimin toplam gelirden aldığı payın yıllara göre dağılımı

Kaynak: Dickman vd., 2017.

aşırı yoksulluk da artmıştır. ABD'de Dünya Bankası'nın aşırı yoksulluk tanımı olan kişi başına günlük iki dolardan daha az bir gelire yaşayan 1,6 milyondan fazla hanehalkı bulunmaktadır ve bu hanelerde 3,5 milyon çocuk yaşamaktadır. ABD'de ırksal ve etnik gruplar arasındaki servet eşitsizliği özellikle dikkat çekicidir ve gelir eşitsizliğinden birkaç kat daha fazladır. 2013'te, Hispanik olmayan beyaz nüfus için ortalama aile serveti, Hispaniklerin on katı ve Afro-Amerikalıların 12 katından fazlaydı (**Dickman vd., 2017**).

ABD'de bulunan Brookings Enstitüsü, yoksulluğun beş boyutunu (sınırlı eğitim, yoksul yerleşim yeri, düşük gelir, işsizlik ve sağlık sigortasının olmaması) kullanarak, Amerikalıların neredeyse %25'inin çok boyutlu yoksulluk yaşadığını (bu dezavantajlardan ikisi veya daha fazlasına sahip olunması) ve neredeyse %50'sinin en az bir boyutu deneyimlediğini saptamıştır. Yoksulluk, ırksal olarak da farklılık göstermekte olup, Afro-Amerikalılar ve Hispanik/Latin Amerikalıların yoksulluğun en az bir boyutunu deneyimleme olasılıkları, beyaz Amerikalıların neredeyse iki katı ve yoksulluğun üç veya daha fazla boyutunu deneyimleme olasılığı ise üç katından fazladır. Ekonomik olarak güvencesiz aileler, ABD nüfusunun büyük bir bölümünü oluşturmaktadır ve hanelerin yaklaşık %40'ı beklenmedik bir 400 dolarlık harcamayı karşılayabilecek kapasiteye sahip değildir (**Maani ve Galea, 2020a**).

COVID-19 bağlamında incelediğimizde, bu eşitsizlikler ailelerin fiziksel mesafe gereksinimlerine uymalarını ve gelir kaybı ile ilişkili beklenmedik maliyetleri karşılamalarını zorlaştırmıştır. Bu durum, uzaktan çalışma olanağına sahip olmayla ilgili eşitsizlikler nedeniyle daha da kötüleşmektedir. Örneğin, gelirleri 25. yüzdalık dilimin altında olan Amerikalıların %8'inden daha azı uzaktan çalışabilme şansına sahiptir. Uzaktan çalışma ile ilgili ırksal eşitsizlikler de bulunmaktadır. Her beş Afro-Amerikalıdan biri ve her altı Hispanik/Latin Amerikalıdan biri uzaktan çalışabilme olanağına sahipken Hispanik olmayan beyazlarda bu oran üçte birdir. Ayrıca bazı ırksal ve etnik azınlıklar, sağlık tesisleri, çiftlikler, fabrikalar, marketler ve toplu taşıma gibi temel çalışma ortamlarında daha çok çalışmaktadır. Bu ortamlarda çalışan kişilerin, halkla veya diğer işçilerle yakın temas, evden çalışmama ve hasta oldukları günlerde ücretini alamama gibi çeşitli faktörler nedeniyle COVID-19'a maruz kalma olasılığı daha yüksektir. Ek olarak, COVID-19 salgını sırasında bazı ırksal ve etnik azınlık grupları için artan ve orantısız işsizlik oranları, evden çıkarılma veya evsizlik riskinin artmasına neden olabilir (**CDC, 2020k**). Okulların kapatılması, ekonomik güvencesizlikle karşı karşıya olabilecek tek ebeveynli haneler üzerinde, özellikle orantısız bir yük oluşturmaktadır. Tüm Afro-Amerikan çocukların yaklaşık %65'i, Hispanik/Latin çocukların %41'i ve Hispanik olmayan beyaz çocukların %24'ü tek ebeveynli ailelerde yaşamaktadır. ABD, aynı zamanda, büyük bir marjinal grup nüfusuyla da karakterizedir.

Bu marjinal gruplar arasında 500.000'den fazla yetiştikenden oluşan evsiz nüfus, tahmini 12 milyon belgesiz göçmen ve diğer ülkelere kıyasla sürekli yüksek hapis oranları nedeniyle 2016'da 2,1 milyondan fazla kişiyi içeren ABD hapisane nüfusu bulunmaktadır. Yaşam koşullarının doğası gereği ya da cezalandırma veya sınır dışı edilme korkusu nedeniyle kendini izole edemeyen ya da sağlık hizmetine başvuramayan marjinal gruplar, hem COVID-19 hem de fiziksel uzaklaşma önlemleriyle ilişkili ekonomik zorluk yaşamaları nedeniyle kendilerini daha kötü hissetmektedir. Bu grupların COVID-19'la mücadelede dikkate alınmaması ve bu gruplara özel müdahalelerin geliştirilmemesi, tüm Amerikalılar için sağlıkla ilgili sonuçları olan ahlaki bir başarısızlıktır (**Maani ve Galea, 2020a**).

Nitekim sosyoekonomik eşitsizliklerin COVID-19 ile ilişkisinin araştırıldığı bir araştırmaya göre, daha yüksek gelir eşitsizliği olan eyaletlerde COVID-19 nedeniyle daha fazla ölüm görüldüğü saptanmıştır. Araştırmada, COVID-19 vaka ve ölüm sayıları ile Gini indeksiarasındapozitifkorelasyon bulunmuştur. Potansiyel karıştırıcılara göre ayarlama yapıldıktan sonra da daha yüksek Gini indeksine sahip eyaletlerin, COVID-19 nedeniyle daha fazla sayıda ölüm yaşadığı saptanmış olup, Gini indeksinde bir birim artış için ölümlerde %27,2, vakalarda ise %13,5'lik bir artış yaşandığı görülmüştür. Bu bulgular, gelir eşitsizliği gibi sosyal faktörlerin ABD'nin bazı bölgelerinin COVID-19 pandemisinden neden diğerlerinden daha fazla etkilendiğini açıklayabileceğini göstermektedir (**Oronce vd., 2020**). Sosyal eşitsizliklerin kişilerin ikamet ettikleri yere göre şekillendiği ve sağlıklı olmanın mahalle düzeyinde belirgin şekilde değiştiği bilinmektedir. Irk/etnik kökene göre yerleşim yeri ayrımı, ABD'de eşitsizliğin yeterince incelenmeyen bir faktördür. COVID-19 açısından yerleşim yerinin incelendiği bir çalışmada COVID-19 ile bağlantılı risklerin, New York City'deki ikamet ilçesine göre önemli ölçüde değiştiğini göstermektedir. En düşük gelir ve eğitim seviyelerine ve en yüksek siyah ve Hispanik nüfus oranına sahip Bronx, en yüksek COVID-19 hastaneye yatış ve ölüm oranına sahipti. Buna karşılık, New York City'nin ağırlıklı olarak beyaz ve en zengin ilçesi olan Manhattan, en yüksek nüfus yoğunluğuna sahip olmasına rağmen, COVID-19 ile ilgili en düşük hastaneye yatma ve ölüm oranlarına sahipti. Bu araştırmayla benzer biçimde Chicago'daki siyahların orantısız ölüm oranlarının da 4 mahallede yoğunlaştığı saptanmıştır (**Williams ve Cooper, 2020**). ABD'deki COVID-19

morbidite ve mortalite kalıpları, sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişilerin orantısız bir şekilde konut güvenliğinden yoksun oldukları veya fiziksel mesafenin bir seçenek olmadığı çok aileli veya çok kuşaklı konutlarda yaşadıklarını göstermektedir. Bu topluluklardaki kişiler genellikle kendilerini virüse maruz bırakan işlerde çalışırlar veya yeterli tıbbi bakıma erişimi son derece zor hale getiren düşük gelirlere sahiptir (**Metzl vd., 2020**). Nitekim Massachusetts eyaletinde yapılan bir çalışmada, Latin ve Siyah topluluklarda çok daha yüksek COVID-19 vakaları görüldüğü saptanmıştır. COVID-19 vaka oranları ile ilişkili bulunan risk faktörleri Latin veya siyah olmak, yurtdışında doğmuş vatandaş olmayanlar, hane halkı büyüklüğü ve çalıştığı iş türü olarak saptanmış olup sosyoekonomik eşitsizliklerin etkisini göstermektedir (**Figuroa vd., 2020**).

3.2. Kötü toplumsal sağlık ve sağlıktaki eşitsizlikler

ABD'deki ekonomik eşitsizlik derinleştikçe sağlıktaki eşitsizlikler de derinleşmektedir. Örneğin, en zengin ve en yoksul arasındaki yaşam beklentisindeki farklar erkekler için 15 yıl ve kadınlar için 10 yıldır. ABD'nin toplumsal sağlığı da kötüdür. OECD ülkeleri arasında en yüksek kronik hastalık yükü ile ABD nüfusu özünde pek çok ülkeden daha sağlıksızdır. Örneğin, ABD, OECD ortalamasının yaklaşık iki katı obezite oranına sahiptir. Son kırk yıldır yaşam beklentisi açısından benzerlerinin gerisinde kalmıştır ve şu anda önlenbilir nedenlerden dolayı hastaneye yatışların en yüksek sayısına ve benzer ülkeler arasında en yüksek önlenbilir ölüm oranına sahiptir. ABD'de 40-75 yaşları arasındaki ölüm oranları, diğer yüksek gelirli ülkelere kıyasla özellikle yüksektir ve söz konusu durum nedeniyle, ABD'de ortalama beklenen yaşam süresinin 2030 yılına kadar benzer ülkelerin gerisinde kalmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. ABD'deki kötü ölüm oranlarının ve kısa beklenen yaşam süresinin altında kalp hastalığı, astım ve diyabet gibi hastalıklar ve ilişkili risk faktörleri (örn. obezite ve hipertansiyon) bulunmaktadır ve bütün bunlar COVID-19'un sağlık üzerindeki etkilerini şiddetlendirdiği bildirilen hastalıklardır (**Maani ve Galea, 2020a**). Buna ilaveten, bu hastalıkların görülmesinde de irksal eşitsizlikler yaşanmaktadır. Araştırmacılar, COVID-19 komplikasyonları için bilinen risk faktörleri göz önüne alındığında, siyah insanlar arasında hipertansiyon, diyabet, obezite ve daha yüksek kardiyovasküler hastalık prevalansının görülmesinin siyahlar aleyhine olan eşitsizlikleri arttırdığını belirtmektedir. Sosyoekonomik ve sağlıktaki eşitsizlikler

Tablo 2. ABD’de ırklara göre ölüm hızları

İrk Özellikleri	Ölüm Hızı (Yüzbinde)
Siyah veya Afro Amerikalı Siyah veya Afrika kökenli Amerikalılar	111
Alaska Kızılderili veya Alaska Yerlileri	80
Hispanik veya Latin Hispanik veya Latinler	75
Hawaii ve Pasifik Adalı Yerliler	60
Beyazlar	53

Kaynak: *The COVID Tracking Project, 2020.*

dikkate alındığında, Afro-Amerikalı veya siyah kişilerin COVID-19’a yakalanma ve ölme olasılıkları daha yüksektir. Chicago’da, COVID-19 vakalarının % 50’den fazlası ve COVID-19 ölümlerinin yaklaşık % 70’i siyah bireylerde görülürken, siyahlar, nüfusun sadece %30’unu oluşturmaktadır. Dahası, bu ölümler çoğunlukla şehrin Güney Yakasında ve sadece beş mahallede yoğunlaşmıştır. Louisiana’da ölümlerin %70,5’i eyalet nüfusunun %32,2’sini temsil eden siyahlar arasında meydana gelmiştir. Michigan’da COVID-19 vakalarının %33’ü ve ölümlerin %40’i nüfusun %14’ünü oluşturan siyah bireyler arasında meydana gelmiştir. Johns Hopkins Üniversitesi ve Amerikan Topluluğu Araştırması, bugüne kadar ABD’de ağırlıklı olarak siyahların ağırlıkta olduğu 131 ilçede enfeksiyon oranının 137.5/100.000 ve ölüm oranının 6.3/100.000 olduğunu göstermektedir. Beyaz nüfusun yoğunlukta olduğu yerlere göre, karşılaştırıldığında ise enfeksiyon hızının 3 kat, ölüm hızının ise 6 kat fazla olduğu saptanmıştır (**Yancy, 2020**). COVID-19 nedeniyle ölümlerde ırksal eşitsizlikleri kayıt altına alan bir veri kaynağının raporuna göre, ABD’de ülke çapında siyahlar, beyazların 2,1 katı oranında ölmektedir. Bunu Kızılderililer ve Alaska yerlileri izlemektedir (**The COVID Tracking Project, 2020**). Tablo 2’de ABD’de ırklara göre ölüm hızları gösterilmiştir.

Tüm bu bulgular salgının kontrol altına alınmasından hafifletilmesine ve yeniden açılmaya kadar her aşaması, virüs gelmeden çok önce belirli toplulukların ne kadar savunmasız hale getirildiğini göstermektedir. COVID-19 salgını, ABD’deki eşitsizliğin boyutlarını ortaya çıkarmıştır (**Metzl vd., 2020**).

3.3. Sağlık sistemine erişimdeki eşitsizlikler

ABD sağlık sistemi, COVID-19 vaka ve ölümlerinde görülen, sosyo-ekonomik ve ırksal eşitsizlikleri kompanse edebilecek bir yapıya sahip olmadığı gibi, sağlık sisteminin yukarıda bahsettiğimiz özellikleri nedeniyle sağlık hizmetine ulaşma ile ilgili de

eşitsizlik yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler de COVID-19 vaka ve ölüm sayısını arttırmaktadır. ABD’de, 2018 nüfus sayımı verilerine göre, yaklaşık 27 milyon Amerikalının sağlık sigortası yoktur. Üstelik Mayıs ayında yayımlanan yeni bir rapora göre, yaklaşık 27 milyon kişinin de işveren tarafından desteklenen sağlık sigortası kapsamını kaybetmiş olabileceği tahmin edilmektedir. COVID-19 için tedavi masraflarının cepten karşılanması, bu kişiler için muhtemelen çok pahalıya mal olacağı için pek çoğunun teşhis veya tedavi için sağlık kurumlarına başvurmadan kaçınabileceği öngörülmektedir. Nitekim tüm Amerikalıların yaklaşık dörtte biri, mevcut pandemiden başlamasından önce tıbbi faturaları ödemekte güçlük çektiklerini bildirmiştir (**Maani ve Galea, 2020a**). Tıbbi borçluluk hem sigortalı hem de sigortasız Amerikalılar arasında yaygındır ve genellikle iflasa yol açar. Birçok hasta ihtiyaç duydukları bakımı karşılayamaz ve çoğu zaman tıbbi bakımdan tamamen vazgeçer. Örneğin, ABD’de 2014 yılında reçete yazılan yaşlı olmayan yetişkinlerin %19’u reçete bedellerini karşılayamamıştır. Sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizlikler, büyük ölçüde düşük gelirli Amerikalılar arasındaki yüksek sigortasızlık oranları veya yetersiz sağlık sigortasından kaynaklanmaktadır. Ancak, ortalama gelire sahip Amerikalılar bile muhtemelen diğer ülkelerdeki eşdeğer gelire sahip olanlara göre daha kötü erişime sahiptir. Örneğin, sigortasız diyabetli bireyler, tıbbi hizmetler için her yıl ortalama olarak 1.446 dolar harcar ve %30’dan fazlasının birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı yoktur. Sigortasızların çoğunun yıllık geliri resmi yoksulluk sınırına yakın veya altındadır (2016’da bir kişi için 11.770 dolar) (**Dickman vd., 2017**). Sağlık hizmetlerine ulaşmada ırksal eşitsizlikler de yaygındır. Beyaz bireylerle karşılaştırıldığında, Afroamerikan bireyler daha yüksek sigortasızlık ve eksik sigorta oranlarına sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine ve özellikle de uzman doktorlara ulaşım renkli topluluklarda daha yetersizdir (**Williams ve Cooper, 2020**).

Sağlık hizmetlerinin eşitsiz dağılımı da sağlık hizmetlerine ulaşımı etkilemektedir. Doktorlar genellikle şehirlerde ve varlıklı banliyölerde yoğunlaştığı için, kırsal alanlarda yaşayan birçok Amerikalı, birincil ve uzmanlık hizmetlerine ulaşmada zorlanmaktadır (**Dickman vd., 2017**). Sağlık hizmetlerine ulaşmada ırksal eşitsizliklerin bir başka örneği test merkezleri ve teste ulaşım ile ilişkilidir. COVID-19 test merkezlerinin, çoğunluğu siyah olan düşük gelirli mahallelere göre ağırlıklı olarak beyaz sakinlerin varlıklı banliyölerinde olma olasılığı daha yüksektir. Ayrıca çeşitli eyaletlerden COVID-19 testi için fatura verilerine dayanan yeni bir rapora göre, öksürük ve ateş gibi semptomları olan Afro-Amerikalı hastaların aynı semptomları olan beyaz bireylere göre test yapılma olasılığının daha düşük olduğu saptanmıştır (**Williams ve Cooper, 2020**).

Sağlık hizmetlerine erişimdeki sosyoekonomik ve ırksal eşitsizliklerin yanı sıra, halk sağlığı hizmetlerine yetersiz yatırım yapılması, siyasi irade eksikliği, stratejik kapasite geliştirme yerine reaksiyoner müdahalelere odaklanma ve önleme yerine sağlık hizmeti sunumuna öncelik verme gibi nedenler yüzünden, ABD’de halk sağlığı sisteminde özellikle COVID-19 bağlamında sürveyans kapasitesi, hizmetlerin adaptasyonu ve koordinasyonu konularında yetersizliklere yol açmıştır. Sağlık sisteminin içinde bulunduğu yapısal ve süregelen sorunlar ülkenin COVID-19’u izleme, hazırlanma ve yanıt verme yeteneğini engellemiştir ve kısa vadeli finansman artışlarıyla üstesinden gelinebilmiştir (**Maani & Galea, 2020b**). Özellikle test kapasitesi ve temaslı izleme ile ilgili sağlık sisteminden kaynaklı yetersizlikler, COVID-19 ile mücadelenin başarısız kalmasında etkili olmuştur. COVID-19 nedenli ölümlerin ne kadarının önlenilebilir olduğunu araştıran bir raporda, pandeminin başlangıcından itibaren ABD’nin, tanı testlerinin yaygınlığı ve sayısı konusunda geri kaldığı ve bunun sonucunda vakaların hızla tespit edilmediği için salgının kontrol edilemediği öne sürülmektedir. Rapora göre ilk teyit edilmiş vakası ABD ile aynı günde görülen Güney Kore, hemen hızlı ve yaygın testlere ve maruz kalan kişiler arasındaki tüm temasların yakından izlenmesine odaklanırken, ABD’de iki aydan fazla bir süre sonra, Kongre üyeleri gerçekleştirilemeyen testler için ulusal bir strateji gerektiğini belirttiler. Güney Kore, 16 Mart’a kadar 250.000’den fazla veya her 200 vatandaşın birine test uygularken, ABD aynı sürede bu düzeye ulaşamamıştı. Eyaletler arasında test ölçütleri ve protokolleri konusunda bir standart olmadığından, tutarsız ve eksik bildirimler yapıldı. Benzer şekilde, temaslı takipleri de yetersiz yapılmaktadır.

George Washington Üniversitesi’nin verilerine göre, 44 eyalette hâlâ yeterli sayıda temaslı izleyicisi bulunmamaktadır. ABD’deki toplam temaslı izleyici sayısı 53.000’in biraz üzerindedir ve bu, halk sağlığı uzmanlarının gerekli olduğunu söylediği 100.000’den çok daha azdır. Bu iki büyük eksiklik, yetersiz test ve yetersiz temaslı takibi, ABD’nin COVID-19’un üstel yayılmasını durdurma kapasitesini azaltmıştır. Aynı rapora göre, ABD’deki COVID-19 mücadelesinin başarısızlığının nedenlerinde biri de toplumsal önlemlerin alınmasındaki gecikmedir. Columbia Üniversitesi’nden araştırmacıların yapmış olduğu modelleme çalışmasına göre, fiziksel mesafe ve diğer kontrol önlemleri büyük metropol bölgelerinde sadece bir-iki hafta önce getirilmiş olsaydı, doğrulanmış vakaların %62’sinin ve ölümlerin %55’inin önlenilebileceği saptanmıştır. Sağlık Ölçütleri ve Değerlendirme Enstitüsü’nün başka bir çalışması da benzer şekilde, 16 Mart’tan önceki müdahaleler yalnızca iki hafta erken uygulansaydı, 14 Nisan’a kadar ABD’deki ölümlerin %90’ının önlenilebileceği tahmin edilmiştir. Royal Society Publishing Dergisi’nde yayımlanan bir araştırmaya göre, halk tarafından yüz maskelerinin kullanımının “COVID-19 salgınının etkisini azaltmada büyük bir katkısı” olduğu kanıtlanmıştır. Bu nedenle, federal hükümetin ulusal düzeyde maske kullanımını uygulamada -veya en azından maske kullanımının tutarlı bir şekilde teşvik edilmesinde- başarısız olmasının, virüsün yayılmasına ve önlenilebilir ölümlere katkıda bulunduğu ileri sürülmektedir. Raporda belirtilen müdahalelerin zamanında yapılmasıyla minimum 130.000 ile 210.000 arasında COVID-19 ölümünün engellenebileceği saptanmıştır (**Redlener vd., 2020**).

3.4.Salgının yönetiminde federal yönetimin yetersizliği

ABD’de hem bilimsel hem de siyasi çevrelerde COVID-19 pandemisine karşı yürütülen mücadelenin federal düzeyde yönetimine ve özellikle Başkan Donald Trump’a yönelik eleştiriler oldukça fazladır. COVID-19 pandemisinin yönetimi, federal ve eyalet hükümetleri ile geçici bir özel sektör grubu arasında paylaşılırken, yetki ve sorumluluklar belirsiz ve değişken kalmıştır. Federal hükümetin rolü zamanla azalarak, sorumluluklar eyaletlere kaymıştır. Örneğin, test malzemelerinin, ventilatörlerin ve KKD’nin federal hükümet tarafından tedarik edilmesi ve dağıtılması gerekirken, eyaletler büyük ölçüde kendi başlarına bırakılmıştır. Haziran ve Temmuz aylarında, hükümet liderliği neredeyse tamamen eyaletlere ve yerel yönetimlere devretmiştir. Pek çok eyalette,

özellikle Arizona, Florida ve Teksas'ta vakaların yeniden artmasına yanıt verecek federal bir plan yoktur. Etkilenen eyaletlerin her biri, kendi müdahale kararlarını vermiş, bazıları yeniden açılmayı yavaşlatmış veya tersine çevirmiş, diğerleri bu tür kararları yerel makamlara (ilçeler veya şehirler) bırakmış veya yeniden açılmaya devam ederek yerel makamların aksini yapmasını zorlaştırmıştır (**NAO, 2020**). Federal yönetim, pandeminin ciddiyetini küçümsemekte, ABD'deki durumu olumlu olarak yansıtmakta ve halkın dikkatini başka konulara yönlendirmeye çalışmaktadır. Başkan Trump şahsen halk sağlığı rehberliğine aykırı örnekler göstermiştir (kapalı mekanda mitingler düzenlemek, maske takmayı reddetmek gibi) ve maske takanların kendisini eleştirdiğini veya ona karşı olduğunu belirterek, pandemiye verilen yanıtı siyasallaştırmıştır. Başkan Trump'ın salgın süresince aldığı tutum, söylem ve davranışlar Lasco tarafından tıbbi popülizm olarak nitelendirilmiştir. Tıbbi popülizmi bir yöntem olarak benimseyen Trump salgını basitleştirmek, tepkileri dramatize etmek, bilgi iddialarında bulunmak ve 'insanlar' ve tehlikeli 'diğerleri' arasında bölünmeler yaratmak olarak özetlenebilecek tepkiler göstermiştir. Başkan Trump, ABD'de ilk vakanın görülmesinden sonra federal düzeyde alınan önlemlere rağmen, olayı küçümseyerek sadece Çin'den gelen bir vaka olduğu ve kontrol altına alındığını belirtmiştir. Bu süreçte, örneğin havanın ısınmasıyla virüsün öleceğini, kendi kendine yok olacağını ve soğuk algınlığından daha hafif olmasa da karşılaştırılabilir olduğunu iddia etmiştir (**Lasco, 2020**). Salgının başlangıç dönemine ilişkin tıbbi popülist söylem eleştirilerinin yanı sıra, bazı önemli kararların alınmasındaki gecikmeler de eleştiri konusu olmuştur. Örneğin, HHS'den bir üst düzey görevliye göre, Beyaz Saray, Şubat ayı sonunda teslim edilmek üzere hazırlanan altı milyondan fazla maskenin dağıtımını onaylasaydı binlerce hayat kurtarılabilirdi (**Redlener vd., 2020**). Bunlara ek tıbbi popülist bir söylem olarak Trump, koronavirüsü "görünmez bir düşman" ve kendisini "savaş zamanı başkanı" olarak nitelendiren savaş dilini de kullanmıştır. Dahası, çeşitli bilimsel olmayan bilgi iddialarında bulunmaya devam etmiştir. Bunların arasında, COVID-19 için "dezenfektan enjeksiyonları" ve "UV ışığı" gibi tedavileri önermiştir. Maskeleri kişisel seçim ve bireysel özgürlüğün ihlali olarak görenlerin yanında yer alarak, pek çok durumda, kendi sağlık görevlilerinininkiler de dahil

olmak üzere, alenen küçümseyerek maske takmayı dramatik bir şekilde reddetmiş, sonunda da COVID-19'a yakalanmıştır. Buna ek olarak, Çin ve DSÖ dahil olmak üzere, yabancı ülke ve kuruluşları kınamayı seçmiş ve krizin kapsamı için bu kuruluşları suçlamayı tercih etmiştir. Koronavirüsü defalarca 'Çin Virüsü' olarak adlandırmış, DSÖ'yü Çin yanlısı olmakla suçlamış ve koronavirüsün yayılmasını önleyemediği için kötü yönetildiğini gerekçe göstererek, ABD yasalarını ihlal edip, Nisan ayında DSÖ'ye para ödemesi yapmama, Temmuz ayı başlarında da organizasyonundan tamamen çekilme kararı almıştır (**Gostin vd., 2020**). Aynı tarihlerde Başkan Trump, COVID-19 vakalarındaki artışın genişletilmiş testlerin bir sonucu olduğunu açıklayarak, testin yavaşlaması gerektiğini belirtmiş ve test için federal desteğe ihtiyaç duyan eyaletleri fonları geri çekmekle tehdit etmiştir. Salgın boyunca, pandemide rehberlik etme misyonuna sahip ülkenin önde gelen halk sağlığı kuruluşu olan CDC ile halk sağlığı önlemleriyle ilgili olarak görüş ayrılığına düşen Trump, CDC'nin etki alanını azaltmaya çalışmıştır. CDC, COVID-19 bilimsel ve halk sağlığı iletişiminin ana kaynağı olmasına rağmen, daha az görünür bir rol oynamış ve çoğunlukla web sitesinden bilgi paylaşabilmiştir. CDC'nin sürveys koordinasyonu, iletişim, uluslararası raporlama ve testler için öncü kurum olması gerekmesine karşın, bu faaliyetlerdeki rolü Trump yönetimi tarafından giderek azaltılmıştır. 14 Temmuz'da, Trump yönetimi, hastanelere gözetim raporlarında CDC'yi atlamalarını ve tüm bilgileri idareyle daha uyumlu bir kurum olan Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanına göndermelerini emretmiştir. Seçim döneminde halk sağlığı uzmanları, COVID-19 verilerinin siyasi kazanç elde etmek için değiştirilmesinden endişe duymuşlardır. ABD'deki COVID-19 gözetimi ve iletişimi ile ilgili bir diğer sorun, test miktarı, pozitif vakalar ve ölümler hakkındaki verilerin geçerliliği ve güvenilirliğidir. Ayrıca, eyalet ve yerel yönetimlerin veri toplama konusunda ne kadar özenli oldukları da bilinmemektedir. Diğer bir gözetim ve iletişim sorunu da veri şeffaflığıdır. Eyaletlerin toplanan verileri yayımlamada veya raporlamada ne kadar açık olduğu bilinmemektedir. Dahası, COVID-19 istatistiklerinin kamuoyuna duyurulmasında düşüş görünmektedir. Örneğin, Florida eyaletinin yeniden açılmaya başladığı Mayıs ayı ortasında web sitesindeki verilerin kaybolması bu konudaki şüpheleri artırmaktadır (**NAO, 2020**).

4. Amerikan Baharı (Ocak-Haziran 2021)

Bu yazının başlangıçta öngörülen sonlanım tarihi Aralık 2020 idi. Ancak makalenin yayımlanma süresinin uzaması nedeniyle güncel durum yeniden değerlendirilmiş ve bu son bölümde güncel veriler sunulmuştur. Bu bölümün başlığını Amerikan baharı olarak nitelendirmemin sebebi, önceki bölümlerde ortaya koyduğumuz manzaranın dramatik bir biçimde değişmesi olmuştur. CDC verilerine göre 1 Haziran 60.000 yeni olgu ve 4.000 ölüm varken Mayıs ayına gelindiğinde günde ortalama olgu sayısı 50.000'e ve günlük kaydedilen ölüm sayısı ise 733'e gerilemiştir (**Tanne JH.; 2021b**).

COVID-19 pandemisinden en olumsuz etkilenen ülkelerin başında gelen ABD'nin pandemi karşısındaki bu olumsuz gidişatını değiştiren iki önemli gelişme olmuştur. Bunlardan ilki genel seçim sonucunda federal yönetimin değişmesi, ikincisi ise aşılama çalışmalarıdır.

4.1. Joe Biden yönetimi ve COVID-19 mücadelesi

Seçim kampanyası nedeniyle açıkladığı sağlık politikaları kapsamında Joe Biden; ABD halkıyla iletişimde "bilim insanlarını ve halk sağlığı liderlerini" öne ve merkeze alacağını ve federal hükümete pandemi yanıtı için birincil sorumluluk vereceğini belirtmiş ve bu sözler Trump sonrası döneme ilişkin pandemi yönetimindeki değişimin de habercisi olmuştur. Biden kampanyası sırasında COVID-19 için yapılan testleri genişletmeyi, COVID-19 tedavisi için cepten yapılan masrafları ortadan kaldırmayı, sağlık çalışanları için yetersiz ek ödeme ve koruyucu ekipman tedariki sıkıntılarını gidermeyi, okulları toplumsal bağışıklık sağlandıktan sonra açmayı vaat etmiştir (Lewitt L, 2020). Biden ayrıca yeni bir COVID-19 görev gücü kuracağını, aşı geliştirme ve dağıtımını için 25 milyar dolar ayıracağını ve ABD'nin Dünya Sağlık Örgütü'nden ayrılma planlarını iptal edeceğini belirtmiştir (Vaughan, 2020). Göreve başladığının ikinci gününde SARS-CoV-2'nin kontrolsüz yayılmasıyla mücadele etmek ve ABD halk sağlığı altyapısını yeniden inşa etmek için 200 sayfalık bir ulusal plan sunmuştur. Biden'ın Ulusal COVID-19 planının ilk amacı, Amerikan halkının güvenini yeniden tesis etmektir. Planın diğer hedefleri şunlardır:

1. Kapsamlı bir aşılama programı düzenlemek,
2. COVID-19'un yayılmasını azaltmak için tanı, tedavi, veri toplama, sağlık işgücü kapasitesini arttırmak, maske kullanımını yaygınlaştırmak ve halk sağlığı standartlarını uygulamak,

3. Acil yardımı genişletmek ve kişisel koruyucu ekipman tedarikini artırmak için Savunma Üretim Yasasını kullanmak,

4. Çalışanları korurken okulları, işletmeleri ve seyahatleri güvenli bir şekilde yeniden açmak,

5. En çok risk altındaki insanları korumak ve ırksal, etnik ve kırsal veya kentsel sınırlarda eşitliği artırmak,

6. ABD liderliğini küresel olarak yeniden kurmak ve halk sağlığı işgücünü artırarak gelecekteki tehditlere daha iyi hazırlanmak.

Biden Planı, aşıların tahsisini, dağıtımını, idaresini ve takibini iyileştirmeyi hedefleyerek, 50 eyalet ve 14 bölgenin tamamında toplum merkezleri, stadyumlar ve konferans merkezleri de dahil olmak üzere "insanların güvendiği ortamlarda" daha fazla aşı yeri kurulmasını öngörmekteydi. Ayrıca, maske takmak, fiziksel mesafeyi korumak, test ve temas takibi gibi halk sağlığı önlemlerinin sürdürülmesinin önemine halkın güvenini inşa etmek için bir kampanya çağrısında bulunulmuştur (**Tanne JH.; 2021a**).

Biden'ın ilk icraatlarından biri de ülkenin ihmal edilen halk sağlığı sistemini canlandırmak amacıyla CDC için 8,7 milyar dolarlık bir bütçe talep etmek olmuştur. Bu bütçe ile ülke çapında veri toplamanın modernize edilmesi, ülkenin yeni ortaya çıkan hastalıklarla mücadele edebilme yeteneğinin geliştirilmesi, sağlık departmanları için epidemiyologların ve halk sağlığı uzmanlarının eğitilmesi gibi hedeflerin finanse edilmesi amaçlanmıştır (**Tollefson, J ve ark., 2021**).

4.2. Aşılama çalışmaları

ABD'nin federal yönetimin değişmesiyle bilimsel temellere oturan ve halk sağlığı önlemlerine yoğunlaşan COVID-19 mücadelesi, aşılama çalışmaları sonucunda önemli bir başarı elde etmiştir. Biden 4 Temmuz tarihine kadar ABD'lilerin %70'inin en az bir doz COVID-19 aşısı olması hedefine ulaşmak için üç strateji benimsenmiştir. İlk strateji Gıda ve İlaç Dairesi izin verir vermez 12-15 yaş grubundaki çocukların Pfizer-BioNTech aşısı ile aşılanmasına başlanmasıdır. İkinci olarak aşı uygulamasının yaygınlaştırılması için eczanelerde ve doktor muayenehanelerinde aşı uygulamasının yapılabilmesi ve aşı olanlara çeşitli teşviklerin verilmesidir. (Örneğin, mağazalara veya

stadyumlara gelenlere aşıları oldukları takdirde indirim kuponları verilmesi gibi uygulamalar). Üçüncü yaklaşımda; aşı yaptırmaya isteksiz olan insanları ikna etmek hedeflenmiştir. Donald Trump'a oy veren eyaletlerde aşı yaptırmaya isteksiz olanların sayıları daha yüksek olup Trump'a oy veren güneydeki Mississippi ve Alabama eyaletlerinde, dağıtılan aşılardan sadece yaklaşık %64'ü uygulanırken, Biden'a oy veren Wisconsin, New Mexico ve Minnesota eyaletleri dağıtılan aşılardan yaklaşık %90'ının uygulanmasıyla en yüksek aşılanma oranlarına sahiptir. Biden aşı tereddüdü yaşayan kişilere uygulanan aşılarından ikisinin Cumhuriyetçilerin hükümeti döneminde onay aldığını hatırlatarak aşı yaptırmamanın siyasetleştirilmesi gerektiğini ve aşıyla ilgili endişelerini gidermek için güvendikleri hekimler, eczacılar ve toplum liderleriyle konuşmalarını önermiştir (Tanne JH.; 2021b). CDC verilerine göre 01 Haziran 2021 tarihi itibarıyla tam doz aşılanan toplam kişi sayısı 135.867.425 kişi olup tüm toplumun yaklaşık %41'ini oluşturmaktadır. En az bir doz aşılananların sayısı ise 168.489.729 (%51) kişidir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde 65 yaş ve üzeri grupta toplam 40.942.074 kişiye yani nüfusun %75'ine tam doz aşı uygulanmıştır. Bu yaş grubunda en az bir doz aşı uygulananların sayısı da 46.991.362 (%86)'dır. Bu sürede toplam 366.317.045 doz aşının dağıtımı yapılmış ve 296.404.240 doz aşı uygulanmıştır. Uygulanan aşılardan 160.306.262 dozu Pfizer-BioNTech aşısı, 125.016.200 dozu Moderna aşısı, 10.858.664 dozu J&J/Janssen aşısı olmuştur (CDC,2021b).

Sonuç

ABD sağlık sistemi, kapitalist üretim ilişkileri çerçevesinde ortaya çıkan sosyal eşitsizliklerin neden olduğu sağlık eşitsizliklerini azaltmayan, aksine derinleştiren bir sistem olarak COVID-19 pandemisi karşısında yetersiz kalmış ve pandemiden en olumsuz etkilenen ülke olmuştur. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştığı bu özel sağlık sisteminin, kâr amaçlı hizmet sunumunun, özellikle hizmete gereksinimi fazla olan nüfusun dezavantajlı kesimlerinin sağlık hizmeti gereksinimlerini karşılayamadığı açıktır (Cohen, 2020). ABD sağlık sisteminin desantralize edilmiş yapısı, karar alma mekanizmalarında özel sektörün hakimiyeti, kamu hizmetlerinin parçalı ve eşitsiz yapısı, finansal olarak yeterince desteklenmeyen halk sağlığı sistemi gibi faktörlerin yanı sıra, federal yönetimin tıbbi popülist söylem ve uygulamaları pandemiden etkilenen düzeyini arttıran, sağlık sistemine ait faktörler arasında sayılabilir. Navarro'ya göre Trump döneminde neoliberal politikaların en yoğun olarak uygulandığı ülke olan ABD'yi salgına karşı savunmasız bira-

kan temel özelliği, geniş halk sınıfları için son derece düşük sosyal koruma düzeyi ve nüfusun büyük bölümünün sağlık hizmetlerine erişiminin olmamasıdır (Navarro, 2020).

Bununla birlikte federal yönetimin değişmesi ABD'de pandemi mücadelesini bilimsel temellere oturtmuş ve halk sağlığı önlemlerinin uygulanması ve aşı çalışmalarını yoluyla pandemiyi olumsuz gidişatının önüne geçilmesinde etkili olmuştur. Ayrıca Biden'ın uygulamaya koyduğu yeni pandemi planında, sosyal ve ırksal eşitsizliklerden kaynaklanan sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmak için, risk altındaki insanları korumayı ve ırksal/etnik, kırsal/kentsel sınırlarda eşitliği artırmayı hedeflemesi dikkate değerdir. ABD sağlık sisteminin COVID-19 pandemisine yanıtta geçirdiği iki farklı dönem, sağlık hizmetlerinin herkes için eşit, ulaşılabilir ve ücretsiz sunulması gerektiğini kanıtlar niteliktedir.

Kaynaklar

- Alexander, M. (2020). *The U.S. Response to the Coronavirus*. <https://www.cambridge.org/core/blog/2020/05/19/the-u-s-response-to-the-coronavirus-pandemic/>
- AMA. (2020). *COVID-19: AMA's recent and ongoing advocacy efforts*. American Medical Association. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/public-health/covid-19-amas-recent-and-ongoing-advocacy-efforts>
- Basu, S., Phillips, R. S., Phillips, R., Peterson, L. E., & Landon, B. E. (2020). *Primary Care Practice Finances In The United States Amid The COVID-19 Pandemic*. *Health Affairs*, 39(9), 1605-1614. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00794>
- BEI. (2020). *BEI Resources Web Portal > Home*. <https://www.beiresources.org/Home.aspx>
- Bostock, B. (2020). *62,000 healthcare workers in the US have tested positive for the coronavirus, the CDC says. The number is likely far higher*. *Business Insider*. <https://www.businessinsider.com/us-healthcare-workers-62000-tested-positive-coronavirus-cdc-likely-more-2020-5>
- CDC. (2020a). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/how-level-is-determined.html>
- CDC. (2020b). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cdcresponse/by-the-numbers.html>
- CDC. (2020c). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/quarantine.html>
- CDC. (2020d). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/open-america/surveillance-data-analytics.html>
- CDC. (2020e). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cdcresponse/index.html>
- CDC. (2020f). *Information for Laboratories about Coronavirus (COVID-19)*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/index.html>
- CDC. (2020g). *COVID-19 Cases, Deaths, and Trends in the US | CDC COVID Data Tracker*. Centers for Disease Control and

- Prevention. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker>
- CDC.** (2020h). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/covidview/past-reports/04032020.html>
- CDC.** (2020i). COVIDView, Key Updates for Week 46. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/covidview/index.html>
- CDC.** (2020k). Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups | CDC. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2F-coronavirus%2F2019-ncov%2Fneed-extra-precautions%2F-racial-ethnic-minorities.html
- CDC.**(2021a). COVID Data Tracker. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#datatracker-home>
- CDC.**(2021b). COVID-19 Vaccinations in the United States. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#vaccinations>
- CDC COVID-19 Response Team.** (2020a). Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19—United States, February 12–April 9, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e6>
- CDC COVID-19 Response Team.** (2020b). Geographic Differences in COVID-19 Cases, Deaths, and Incidence—United States, February 12–April 7, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e4>
- Cohen, J.** (2020). COVID-19 Capitalism: The Profit Motive versus Public Health. *Public Health Ethics*, 13(2), 176-178. <https://doi.org/10.1093/phe/pbaa025>
- CSTE.** (2020). Standardized surveillance case definition and national notification for 2019 novel coronavirus disease (COVID-19). https://cdn.ymaws.com/www.cste.org/resource/resmgr/2020ps/Interim-20-ID-01_COVID-19.pdf
- Dickman, S. L., Himmelstein, D. U., & Woolhandler, S.** (2017). Inequality and the health-care system in the USA. *The Lancet*, 389(10077), 1431-1441. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30398-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30398-7)
- Figueroa, J. F., Wadhera, R. K., Lee, D., Yeh, R. W., & Sommers, B. D.** (2020). Community-Level Factors Associated With Racial And Ethnic Disparities In COVID-19 Rates In Massachusetts. *Health Affairs*, 10.1377/hlthaff.2020.01040. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01040>
- Gondi, S., Beckman, A. L., Deveau, N., Raja, A. S., Ranney, M. L., Popkin, R., & He, S.** (2020). Personal protective equipment needs in the USA during the COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England)*, 395(10237), e90-e91. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31038-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31038-2)
- Gostin, L. O., Koh, H. H., Williams, M., Hamburg, M. A., Benjamin, G., Foege, W. H., Davidson, P., Bradley, E. H., Barry, M., Koplan, J. P., Periago, M. F. R., Sadr, W. E., Kurth, A., Vermund, S. H., & Kavanagh, M. M.** (2020). US withdrawal from WHO is unlawful and threatens global and US health and security. *The Lancet*, 396(10247), 293-295. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31527-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31527-0)
- Himmelstein, D. U., & Woolhandler, S.** (2020). The U.S. Health Care System on the Eve of the Covid-19 Epidemic: A Summary of Recent Evidence on Its Impaired Performance. *International Journal of Health Services*. <https://doi.org/10.1177/0020731420937631>
- Hoffmann, C., & Wolf, E.** (2020). Older age groups and country-specific case fatality rates of COVID-19 in Europe, USA and Canada. *Infection*. <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01538-w>
- Hyde, J. K., & Shortell, S. M.** (2012). The Structure and Organization of Local and State Public Health Agencies in the U.S.: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(5, Supplement 1), S29-S41. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.01.021>
- Lasco, G.** (2020). Medical populism and the COVID-19 pandemic. *Global Public Health*, 15(10), 1417-1429. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1807581>
- Lasry, A.** (2020). Timing of Community Mitigation and Changes in Reported COVID-19 and Community Mobility Four U.S. Metropolitan Areas, February 26–April 1, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e2>
- Levitt, L.** (2020). Trump vs Biden on Health Care. *JAMA*. 2020;324(14):1384–1385. [doi:10.1001/jama.2020.19172](https://doi.org/10.1001/jama.2020.19172)
- Maani, N., & Galea, S.** (2020a). COVID-19 and Underinvestment in the Health of the US Population. *The Milbank Quarterly*, 98(2), 239-249. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12462>
- Maani, N., & Galea, S.** (2020b). COVID-19 and Underinvestment in the Public Health Infrastructure of the United States. *The Milbank Quarterly*, 98(2), 250-259. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12463>
- Mehrotra, A., Chernew, M., Linetsky, D., Hatch, H., Cutler, D., & Schneider, E. C.** (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Outpatient Care: Visits Return to Prepandemic Levels, but Not for All Providers and Patients. <https://doi.org/10.26099/41xy-9m57>
- Metz, J. M., Maybank, A., & De Maio, F.** (2020). Responding to the COVID-19 Pandemic: The Need for a Structurally Competent Health Care System. *JAMA*, 324(3), 231-232. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9289>
- Moriarty, L. F.** (2020). Public Health Responses to COVID-19 Outbreaks on Cruise Ships—Worldwide, February–March 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e3>
- NAO.** (2020). North American COVID-19 Policy Response Monitor: United States. https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2020/07/US-COVID19-Response-Monitor_20200720.pdf
- Navarro, V.** (2020). The Consequences of Neoliberalism in the Current Pandemic. *International Journal of Health Services*, 50(3), 271-275. <https://doi.org/10.1177/0020731420925449>
- NCHS.** (2018). *Health, United States 2018 Chartbook*. 65.
- NCHS.** (2019, Ekim 29). *Health, United States, 2017*. /nchs/hus.htm
- NCHS.** (2020, Mart 31). *Data Finder—Health, United States—Products*. <https://www.cdc.gov/nchs/hus/contents2017.htm>
- OECD.** (2020). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators* | OECD iLibrary. Geliş tarihi 23 Kasım 2020, gönderen ../els-2019-5387-en/index.html
- Oronce, C. I. A., Scannell, C. A., Kawachi, I., & Tsugawa, Y.** (2020). Association Between State-Level Income Inequality and COVID-19 Cases and Mortality in the USA. *Journal of General Internal Medicine*, 35(9), 2791-2793. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05971-3>
- Patel, A.** (2020). Initial Public Health Response and Interim Clinical Guidance for the 2019 Novel Coronavirus Outbreak—United States, December 31, 2019–February 4, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6905e1>
- Redlener, I., Sachs, J. D., Hansen, S., & Hupert, N.** (2020). Avoidable-COVID-19-Deaths-US-NCDP. Erişim Tarihi: 28 Ekim 2020 <https://ncdp.columbia.edu/custom-content/uploads/2020/10/Avoidable-COVID-19-Deaths-US-NCDP.pdf>

- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., & Barnes, A. J.** (2013). *United States of America Health system review (Health Systems in Transition)*. WHO Regional Office for Europe.
- Sachs, J. D., Karim, S. A., Aknin, L., Allen, J., Brosbøl, K., Barron, G. C., Daszak, P., Espinosa, M. F., Gaspar, V., Gavi, A., Haines, A., Hotez, P., Koundouri, P., Bascuñán, F. L., Lee, J.-K., Pate, M., Polman, P., Reddy, S., Serageldin, I., ... Bartels, J. G. E.** (2020). *Lancet COVID-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly*. *The Lancet*, 396(10257), 1102-1124. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31927-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31927-9)
- Schuchat, A.** (2020). *Public Health Response to the Initiation and Spread of Pandemic COVID-19 in the United States, February 24–April 21, 2020*. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6918e2>
- Smith, A. A., Akerson, J., Danahey, J., Dinh, T. N. M., & Porter, P. S.** (2020). *COVID-19 drive-through testing survey: Measuring the burden on healthcare workers*. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*. <https://doi.org/10.1002/emp2.12286>
- Tanne J H.** (2021a). *Covid-19: Biden launches national plan based on “science and public health alone”* *BMJ* 2021; 372 :n210 doi:10.1136/bmj.n21
- Tanne J H.** (2021b). *Covid-19: Biden aims for 70% of Americans to have at least one vaccination by 4 July* *BMJ* 2021; 373 :n1155
- The COVID Tracking Project.** (2020). *COVID-19 is affecting Black, Indigenous, Latinx, and other people of color the most*. Erişim tarihi 16 Kasım 2020, <https://covidtracking.com/race>
- Tollefson, J., Maxmen, A., Remmel, A., Subbaraman, N., & Witze, A.** (2021). *Biden pursues giant boost for science spending*. *Nature*, 592(7855), 498-499.
- Vaughan A.** (2020). *A new covid-19 approach*. *New scientist* (1971), 248(3308), 7. [https://doi.org/10.1016/S0262-4079\(20\)31983-7](https://doi.org/10.1016/S0262-4079(20)31983-7)
- Washington Post.** (2020). *Hundreds of health care workers lost their lives battling the coronavirus. Now a series of ‘what ifs’ haunt their friends and colleagues*. *Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/graphics/2020/health/healthcare-workers-death-coronavirus/>
- White House.** (2020). *Opening Up America Again*. *The White House*. <https://www.whitehouse.gov/openingamerica/>
- Williams, D. R., & Cooper, L. A.** (2020). *COVID-19 and Health Equity—A New Kind of “Herd Immunity”*. *JAMA*, 323(24), 2478. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8051>
- Yancy, C. W.** (2020). *COVID-19 and African Americans*. *JAMA*, 323(19), 1891. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6548>