

# FRANSA SAĞLIK SİSTEMİ VE PANDEMİ YANITI

Meral TÜRK\*

**Öz:** Fransa'da COVID-19 salgınının başlangıcından 2021 Nisan ayının sonuna dek COVID-19'a bağlı 430 binden fazla hastaneye yatış, 103 bin'den fazla ölüm yaşandı. COVID-19 krizi, son yıllarda dönüşüm içinde olan Fransa sağlık sistemini hazırlıksız yakaladı. Salgının başında, personel ve finansman açısından zorluk yaşayan hastaneler, maske ve testlerin yetersizliği, birinci basamağın hemen harekete geçirilmemesi salgınla baş etmeyi zorlaştırdı. Virüsün dolaşımını engellemeye yönelik uygulanan kapanmalar sağlık hizmetine erişimin ve sürekliliğinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koydu. Fransa'da da, derinleşen sosyal eşitsizlikler temelinde, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplar, çalışmayı sürdürmek zorunda kalan emekçiler salgından daha fazla etkilendi ve COVID-19'a bağlı mortalite bu bölgelerde daha yüksek oldu.

**Anahtar sözcükler:** Fransa, pandemi, birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sistemi

## France Health System and Pandemi Response

**Abstract:** In France, from the beginning of the COVID-19 epidemic to the end of April 2021, there were more than 430 000 hospitalizations and more than 103 000 deaths due to COVID-19. The COVID-19 crisis has caught the French health system unprepared, which has been in transformation in recent years. At the beginning of the epidemic, hospitals experiencing difficulties in terms of personnel and finances, the inadequacy of masks and tests, the failure to activate the primary level immediately made it difficult to cope with the epidemic. The closures applied to prevent the circulation of the virus revealed how important it is to access and maintain healthcare services. In France, on the basis of deepening social inequalities, it is seen that socioeconomically disadvantaged groups and workers who have to continue working are more affected by the epidemic and mortality due to COVID-19 is higher in these regions.

**Key words:** France, pandemic, primary care, health system

## 1. Fransa Sağlık Sistemi

Nüfusu 66 865 000 olan Fransa'nın sağlık göstergelerine bakıldığında, 65 yaş üstü popülasyonun oranı %19.3, toplam doğurganlık hızı 1.9'dur; doğumda beklenen yaşam süresi ise 82,6 yıldır. Fransa'da aşırı kilolu ya da obez sınıftaki 15 yaş üstü kişi oranı % 49.9, sigara kullanımı oranı %25.4, diyabet prevalansı % 4.8'dir. Alkol tüketimi açısından Litvanya, Avusturya'dan sonra en fazla tüketen üçüncü ülke olan Fransa'da 15 yaş üstü kullanım kişi başı 11,7 litredir (CE, 2019).

2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Fransa sağlık sistemini performans açısından en iyi sağlık sistemi seçmiştir. Aynı dönemde Commonwealth Fund 11'li sıralamada Fransa sağlık sistemini 9. sıraya yerleştirmiş, OECD ise sistemin güçlü ve zayıf yanlarını değerlendiren bir çalışma yapmıştır. Bu değerlendirmeye göre güçlü yanlar; beklenen yaşam süresi, toplumun kapsayıcılığı ve hizmete erişimdir. Koruyucu hizmetlerin yetersizliği, hastane merkezli olması, ilaç tüketiminin çok olması ve kentlerdeki hizmetin yetersizliği zayıf yönler olarak değerlendirilmiştir (Gourguechon, 2020). COVID-19

salgınına dek, Fransa, sağlık sisteminin dünyanın en iyilerinden biri olduğu düşüncesini taşımaya devam etmiştir. Mayıs 2019'da yapılan Odexa araştırması, son iki yıl içinde hastaneye başvuranlarda memnuniyet düzeyinin %86, kamu için bu düzeyin %71, özel sektör için de %77 olduğunu ortaya koymuştur (Sicard, 2020).

Fransa sağlık sistemi, devletin geleneksel olarak başrolde olduğu, üç ana yapı üzerine kurulmuştur:

- Genel Sağlık Sigortası + tamamlayıcı sağlık sigortası
- Hizmet başı ödemeye dayalı serbest çalışma
- Araştırma, eğitim, yeni teknolojilerin uygulandığı kamuya ait Üniversite Hastaneleri (CHU). Sağlık hizmetlerinin organizasyonunu yerel düzeyde Bölgesel Sağlık Ajansları yapmaktadır (Cartier ve ark, 2012).

### 1.1. Sağlık hizmetlerinin finansmanı

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Sosyal Sigorta'nın bir kolu olarak kurulmuş olan Sağlık Sigorta Sistemi, bölgesel yetkilendirmeler olsa da merkezileştirilmiş bir sigorta sistemidir ve ağırlıklı olarak vergilerden

\*Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (ORCID No: 0000-0002-1288-7097)

Geliş Tarihi / Received : 28.05.2021

Kabul Tarihi / Accepted : 06.07.2021

desteklenmektedir. 2000'li yıllarda genel sağlık kapasiteye ulaşılmış olan sistem, genel sağlık sigortası şekline dönüşmüştür. Sağlık harcamaları diğer ülkelerden yüksek olan Fransa'da 90'lı yılların ortalarından itibaren, devlet, kaynakların "verimli kullanımını" hedefleyen bir dizi reform gerçekleştirmiş, daha çok sağlık sigortası tarafından finanse edilen harcamaların kontrolünü yapmaya yönelmiştir. Ulusal Sağlık Stratejisi (2018-2022) hedef olarak halk sağlığı ve sağlık sistemini iyileştirme ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltmayı koymuştur (CE, 2019).

Sağlık harcamalarına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'dan (GSYH) ayrılan pay 1950'de %2,5'ten 2009'da %9,2'ye yükselmiştir (Gourguechon, 2020). Sağlık harcamaları ağırlıklı olarak kamu fonları tarafından karşılanırsa da tamamlayıcı özel hastalık sigortası önemli bir yer tutmaktadır; bu nedenle katkı payı ödemeleri kişi başına 210 Avro/yıl olarak OECD ülkelerinin en düşüğü olup AB ülke ortalamalarının da altındadır (Insee, 2020).

OECD 2018 verilerine göre, Fransa'yı sağlık harcamaları/GSYH oranı üzerinden diğer ülkelerle karşılaştırdığımızda; Fransa %11.1, Almanya %11.0; Büyük Britanya %9.9; İspanya %9.1; İtalya %9.0 şeklindedir. Yatak sayısı açısından ise 1.000 kişiye Almanya'da 8,0; Fransa'da 6,5; İtalya'da 3; İspanya'da 2,5; Büyük Britanya'da 2,3 yatak düşmektedir. Fransa ve Almanya'nın diğer ülkelerden farklı olarak sağlık sistemleri içinde hastane hizmetlerinin önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. İlaç tüketiminde ise, kişi başı ilaç harcaması dolar bazında Fransa'da 502,0 \$, İspanya'da 403,8 \$, İtalya'da 527,7 \$, Büyük Britanya'da 403,8 \$, Almanya'da 596,6 \$'dır. Türkiye ve Şili'de kişi başı 200-230 € iken İsveç'te 484,9 \$ ve Norveç'te 501,5 \$ olarak Fransa'ya yakındır. Antibiyotik tüketiminde ise Fransa'da oldukça yüksek bir tüketim vardır (1.000 kişiye 30,3 g); Almanya ve Büyük Britanya'dan yüksektir. Sağlık personeli açısından 10.000 kişiye 34 hekim, 80 hemşire, 7 diş hekimi düşmektedir; hekim açığı olması, hemşire ve diğer sağlık personeli oranının daha yüksek olmasını açıklamaktadır (Sicard, 2020).

Sağlık hizmetine erişim yeterli olsa da, dış sağlığı gibi hizmetlerin tam karşılanmaması, bazı kırsal ve ulaşılamayan bölgelerdeki hekim yetersizliği memnuniyetsizlik yaratmaktadır. Hizmetin yetersiz olduğu bölgelerde sorunun çözümüne yönelik multidisipliner sağlık merkezleri oluşturularak bu merkezlerde çalışacak eczacı ve hemşirelerin (ileri hemşirelik) yetkinliklerini artırma yoluna gidilmiştir (Gourguechon, 2020).

Hastaneler açısından, Fransa'da hastane sayısı 3.044 olup %60'ı kamu, %20'si özel sektör, %15'i kâr amacı gütmeyen özel ve %5'i diğer olacak şekilde dağılmaktadır. Özel sektörün hastaneleri kamuya göre daha küçüktür, kamunun ortalama hastane başına 147 yatağı vardır. Almanya'ya göre hastane sayısı daha fazladır fakat çok sayıda küçük hastane olması, donanım ve yönetim giderlerinin getirdiği dezavantajları taşımaktadır. Kamu hastaneleri ise finansman açısından oldukça kötü durumda olmasına karşın bir türlü ele alınmamaktadır. Kamu hastanelerinin, 2016 yılında 529 milyon Avro olan açığı, 2017'de 850 milyon, 2018'de 650 milyon iken 2019'da 900 milyon Avro'ya yükselmiştir. Sosyal Sigorta'nın 2020 Finansman Yasası konusunda, Fransa Hastane Federasyonu'nun başkanı Valletoux, "hastanelerin yavaş ölümüne doğru gidildiğini" açıklamıştır. Hükümetin bu büyük borcun üçte birini ödemeyi üstlenmesi çok hafif bir rahatlama sağlamıştır. Kamunun küçük hastaneleri kapatılmaya kalkıldığında, yakınındaki hastaneyi kaybetmek istemeyen toplumun tepkisi ile karşılaşılmaktadır (Sicard, 2020).

Görüldüğü gibi, 1980'lerden sonra ekonomik krizler, büyümede yavaşlama, ardı ardına gelen harcama kontrol planları sistemi tehdit eder hale gelmiştir. Kontamine kan skandalı<sup>1</sup> (1983-2003), 2003'teki sıcak dalgası<sup>2</sup>, enfekte büyüme hormonu olayı<sup>3</sup> gibi önemli halk sağlığı sorunları yaşanırken, özellikle 2008 krizi sonrası sağlıkta kamu harcamaları azaltılmıştır. 1979-99 arası hekim sayısında düşüş, sağlık hizmetlerinin organizasyonunun bölgeselleşmesi, hastane hizmetlerinde sürekli azalma, daha sonra birinci basamağa (BB) da yansıyan hastane hizmetlerinin ücretlendirilmesinde yeni uygulamalar (performans ve kalite kriterlerine dayanan) ve 2018'de ileri hemşirelik uygulamalarının devreye sokulması şeklinde değişim gösteren sağlık sistemi giderek daha kırılma eğilimindedir (Cartier ve ark, 2012). Daha çok tedavi hizmetlerine ve akut patolojilerin çözümüne yönelik sağlık sistemi, koruyucu hizmetler, kronik hastalıklar ve engellilere yönelik hizmetler açısından gerilemiştir. 90'lı yıllardan sonra bu şekilde boşlukları oluşmaya başlayan ve kırılma eğilimindedir Fransa sağlık sisteminin bu gidişatını H1N1 grip salgını da gün yüzüne çıkartmıştır. Sağlık çalışanları da 1980'lerden itibaren sağlık sistemindeki değişimlerin mesleki bağımsızlıklarını tehdit ettiğini ifade etmişlerdir; 2010 yılında yayımlanan Cumhuriyet'in Arabulucu Raporu da sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının kötüye gittiğini ortaya koymuştur. İş yükünün yarattığı stres, sorumlulukları ile olanakları arasında giderek artan uçurum tükenmişliğe yol açmıştır. Sağlık insan gücü planlaması konusunda

alınan kararlar nedeniyle 1970'lerde tıp fakültesi kontenjanları toplamda 8.500 iken 1990'larda 3.500'e düşürülmüştür. O nedenle bazı branşlardaki ve bölgelerdeki eksiklikler 2020'ye dek daha da tırmanmış, bu süreçte Fransa nüfusu da artmış ve yaşlanmıştır. Hastanelerde 35 saat çalışma uygulamasının yürürlüğe konması hemşire sayısında azalmaya yol açmış, personel eksikliği yönetilemez hale gelmiştir. Özellikle üniversite hastaneleri, 2009'da 9.800, 2010'da 10.000 kişilik kadroyu azaltmış ve yıldan yıla personel azalması devam etmiştir (**Gourguechon, 2020**). Mayıs 2019'da kamu hastanelerinin özellikle acil servis çalışanları greve gitmiş ve taleplerine kulak verilmediği için de 1.000 servis şefi istifa ederek protestolarını sürdürmüştür (**Sicard, 2020**). 2019 yılında 1.000 kişiye düşen hekim sayısı 3.2 iken hemşire sayısı 10.5'dir. (**CE, 2019**).

### 1.2. Birinci basamak hizmetleri (BBH)

OECD 2019 raporu, BB hizmet kapsayıcılığının %99.9'a ulaştığını, toplam sağlık harcamalarının %77.1'inin kamu harcamaları olduğunu belirtmiştir. Koruyucu hizmetlerin kapsayıcılığını gösteren 15 yaş üstü serviks kanseri tarama olasılığı %82, ihtiyacı olduğunda bir doktor görme olasılığı %89'dur. Özel hekimlik üzerinden yürütülen BBH son 40 yılda önemli değişiklikler geçirmiştir. 90'lı yılların başında genel pratisyenlik (GP) üniversite bağlantılı bir eğitim ile birlikte uzmanlık alanı olarak tanınmıştır. Bir aile hekimine gönüllü olarak kaydolma 2004 te başlatılmış ve temelde genel pratisyenleri kapsamıştır. BBH ilk olarak 2009 da Hastane, Hasta, Sağlık ve Bölgeler Yasası tarafından bölgeselleştirme mantığıyla tanımlanmıştır. GP'lerin ve birinci basamak çalışanlarının görevleri bu yasa da belirtilmiş fakat herhangi bir merkezi yönetim, bütçe, bakanlıkta bir müdürlük tanımlanmamıştır (**Kringos ve ark, 2015**). Sağlık sisteminin sorunlarının sadece "teknik" olduğu görüşüyle hareket ederek göreceli bir depolitizasyonla bakan bu yaklaşım koruyucu hizmetleri veren kamusal yapının bozulmasına yol açmış, söz konusu yasa ile bir süredir var olan kamu ve özeli bir tutma isteği doğrultusunda karmaşa oluşturarak kamu hastanesi kavramını da erozyona uğratmıştır (**Gourguechon, 2020**).

GPlerden hareketle hiyerarşik bir düzenlemeye giden Fransa BBH'nin orta vadede üç özelliği dikkat çekmektedir.

1. Sürekli azalmaya devam eden GP sayısı hizmete ve aile hekimine erişimi zorlaştırırken, hemşire ve ebe sayısında bir artış olmuştur.

2. Tek başından ziyade grup pratiği tercih edilmiş fakat bu uygulama giderek ekip hizmetinden tek disiplinli olmaya yönelmiştir.

3. Koordine hizmet veren çok disiplinli sağlık evleri (SE- yaklaşık 1.200 sağlık evi), sağlık merkezleri (SM, yaklaşık 350 merkez) ve bölgesel toplum sağlığı merkezleri (BTSM) kamu tarafından desteklenmiş ve söz konusu politikalarla hizmete erişimi ve ekip çalışmasını düzenlemeye yönelik yenilikçi ve deneysel ücretlendirme modelleri geliştirilmiştir.

Devlet ve Hastalık Sigortası zaman zaman genel pratisyenliği desteklese de bu destek birinci basamak yönelimli bir plan dahilinde olmamıştır. "Genel pratisyenlik" uzmanlığının başlatılması olumlu bir adım olmuş fakat kadro yetersizliği devletin yaklaşımındaki çelişkiyi ortaya koymuştur. İlk defa birinci basamak ikinci basamağın önüne geçmiş görünse de birinci basamak yasada "birincil bakım" olarak tanımlanmıştır. Fransa'daki birincil bakım hizmeti DSÖ'nün tanımındaki erişim ve süreklilik özelliklerini kapsamamaktadır. Bunun nedeni Fransa'da herkesin hizmete erişiminin, son yıllarda özellikle ekonomik nedenlerle hizmet almaktan vazgeçenler olsa da mümkün olduğunun varsayılması olabilir. Diğer neden de, süreklilik ve bütüncül yaklaşımın geçmişten günümüze Fransa'da her zaman ayrı tutulması olabilir (**Cartier ve ark, 2012**).

2005 yılında, aile hekimi seçme ve sevk zincirini takip etmeden ikinci basamağa başvuru durumunda ödemenin karşılanmaması gibi bir tür mali cezalandırma yürürlüğe konmuştur (**Arrêté du 3 février, 2005**). Seçilen aile hekimi de her zaman bir birinci basamak hekimi olmak durumunda değildir. Bu çelişki, Hastane, Hasta, Sağlık ve Bölgeler Yasası tarafından da netliğe kavuşturulmamıştır. Bu yasa birincil bakım ve bütüncül bakımın sürekliliğinden bahsetmiş fakat hangi sağlık çalışanlarının sorumluluğunda olduğunu tanımlamamıştır (**Loi n° 2009-879, 2009**). Genel pratisyenlik tanımı Fransa'da Avrupa'nın tanımından daha farklıdır. Bu farklılık genel pratisyenin aldığı eğitim ve sağlık sisteminin mevcut organizasyonunun uyumsuz olmasından kaynaklanmaktadır. Diğer yandan sağlık sistemi içinde farklı sağlık çalışanlarının birbirinin yerine geçmesi (aynı işi farklı bir meslek grubunun da yapabilmesi) ya da verilen bir hizmete başka bir meslek grubunun da ek bir bakım vermesi gibi düzenlemeler yapılmaktadır. Son yıllarda bu düzenlemeler Fransa'da sistemin işleyişinde yerini almakta ve sonuçlarının ileriki yıllarda etkisini göstereceği düşünülmektedir. Sevk zincirinin uygulanmasının

da herkesin bir aile hekimine kayıt olmasını ve hastanın tedavi sürecini aile hekiminin izleyebilmesini sağlayacağı ve performansa dayalı ödemeyi de kolaylaştıracağı varsayılmaktadır. Fakat hâlâ birinci basamak Fransa'da parçalı bir yapıda sürmekte, temelden değişiklikler yapılamamaktadır. Hâlâ sistem "hastane merkezli" ve başvuruların tercihine bırakılan şekilde işlemektedir (**Cartier ve ark, 2012**).

## 2. Fransa'da COVID-19 Pandemisi

Fransa'nın salgın tarihine baktığımızda İspanyol gripinin, 1918-19 arasında Fransa'da 150.000-250.000, Asya gripinin 1957'de 100.000, on yıl sonra Hong Kong gripinin 31.000 (basında hiç yer almamış ve ölüm sayısı ancak 2003 de yayımlanmış) ölüme neden olduğu görülür. COVID-19 salgını ise, Emmanuel Macron, Fransa'nın son yüzyılda yaşadığı en kötü sağlık krizi olarak tanımlamıştır (**Orsini, 2020**). En kötü sağlık krizi olarak tanımlanmasında, pandeminin Fransa sağlık sistemini "hazırlıksız" yakalaması etkili olmuştur. 35 yıldır Belleville'de (Paris) genel pratisyenlik yapmakta olan Patrick Silberstein'a göre "hazırlıksız" olmasının bir nedeni hükümetin (öncekiler gibi) böyle bir olası sorunla başa çıkmak için kullanılabilecek olanakları sağlamada sürekli "para duvarı"na çarpması ve bir türlü gerekli kararları alamamış olmasıdır. Araştırmacılar, virologlar, epidemiyologlar ve hastane yöneticileri bu "hazırlıksızlığı" kamu sağlığı ve araştırmaya ayrılan bütçenin son yıllarda göz göre göre azaltılmasına bağlamaktadır. Aynı "hazırlıksızlık", ilk COVID-19 vakası Wuhan'dan dönen Fransız vatandaşları içinde, Oise bölgesindeki 2.500 kişinin çalıştığı, Creil hava üssüne getirildiğinde de kendini göstermiştir. Paris'e 60 km uzaklıkta, her gün çok sayıda çalışanın trenlerle gidiş-dönüş yaptığı bir yer olan Creil, bu gidiş-dönüşleri durdurmamak için karantinaya alınmamıştır (**Silberstein, 2020**).

İzleyen bölümde Fransa'da pandeminin nasıl yaşandığı Gandre ve Or'un (**Gandre ve Or, 2021**) makalesinden özetlenmiştir.

### 2.1. Fransa'da pandemi günlüğü

Ocak 2020 sonunda, Wuhan orijinli ilk vakalar Fransa'da hastaneye yatırılmış ve tanı almışlardı. 24 Ocak 2020'de ilk olgular saptandıktan sonra acil kararları almak için aslında yeterli veri vardı ve olası epidemiyelle mücadele için maske, önlük, eldiven, dezenfektan stoklarını kontrol etmek, PCR testlerinin ve solunum cihazlarının siparişlerini vermek ve üretimlerini başlatmak gerekiyordu. Oysa el hijyeni ve solunum yolu korunma kuralları konusunda ancak Şubat 2020 ortalarında resmi olarak önerilerde

bulunuldu; vakalarda artış görülünce Şubat sonunda radyo ve televizyon kanallarından fiziksel mesafe, el hijyeni ve kendini izole etmenin önemi daha çok vurgulanmaya başlandı.

15 Mart tarihinde belediye seçimleri sandık başlarında antiseptikler ile fakat maskesiz gerçekleşti. Maske kullanımı konusunda hükümetin önerileri uzun süre net olmayan, zaman içinde değişen ve halkın kafasını karıştıran şekilde verildi. Hatta maskenin herkes tarafından kullanılmaması, sadece sağlık çalışanları ve diğer yüksek risk grubunda olanlara ayrılması gerektiği ilan edildi; bu duyurular hiçbir şekilde maske kütüğüne bağlanmadı. Vaka sayısının özellikle Fransa'nın doğusunda ve Ile de France'ta hızlı yükselmesi karşısında, hükümet tüm Fransa'da 17 Mart'ta çok sıkı bir kapanmaya gitti. Zorunlu olmayan bütün aktiviteler durduruldu. Bu katı önlemin amacı geçici olarak artırılmış olan yoğun bakım ünitelerinin dolmasını önlemektir. Hedef, kişisel koruyucu donanımlar (maske, önlük) ve testlerin yapılmasındaki (alet ve reaktifler) yetersizlik nedeniyle, toplumun hareketliliğini durdurarak virüs bulaşını engelleme stratejisini kullanmaktır. Fransa, Mart 2020 başında "sağlık rezervi"ni de (hekim, hemşire, hastabakıcı ve hastane dışı çalışanlar, psikolog, bölgesel sağlık ajanslarından profesyoneller...) harekete geçirdi ve geçici olarak sağlık personeli eksikliğini gidermeye çalıştı; kapanma döneminde bölgesel eğitim ve sağlık otoriteleri sağlık çalışanlarının çocuklarının bakımının sürdürülebilmesi için bir takım organizasyonlar yaptı (**OECD, 2020**).

25 Mart 2020 tarihine gelindiğinde dünyada pozitif vaka sayısı 416.916, ölüm 18.865 iken Fransa'da olgu sayısı 25.233, ölümler 1.331'e ulaşmıştı. Sistemik filyasyon yapılmadığı, açıklanan sayılara yaşlı bakım evlerindeki ölümlerin dahil edilmediği ortaya çıktığında bu sayıların tahminin altında olduğu anlaşıldı (**Chaouat, 2020**).

3 Nisan'da Tıp Akademisi'nin önerileri doğrultusunda herkesin maske takması gerektiği vurgulandığında, hükümet söylemini değiştirdi ve önerilerin maske yokluğundan etkilendiğini itiraf etti. Sağlık Bakanlığı düzenli olarak epidemiyolojik veriler ve alınan önlemler konusunda bilgilendirmeler yapmakta, yayılımı önlemek için yapılması gerekenleri web sitesinden (<https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>) duyurmaktaydı. Fransa Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü (Santé Publique France) haftalık bültenleri ile farklı bölgelerin durumlarına ilişkin ayrıntılı bilgileri, halka ve sağlık çalışanlarına korunma yollarını yayımlıyordu. 24 Nisan'dan itibaren herkesin kendi diktiği maskeleri kullanabileceği ve

eczanelerde de cerrahi maske dışında bez maskele-  
rin satılabileceği kararı çıktı. Maskelerin ilk kapan-  
madan sonra Ekonomi Bakanlığı tarafından karşı-  
lanmasına karar verildi ve Nisan sonunda haftada  
15 milyona çıkarılan üretim ve dışalım ile birlikte,  
4 Mayıs'tan sonra dağıtılacağını ve hükümet, mali-  
yetin %50'sini karşılayacağını bildirdi. Ulusal posta  
servisi 30 Nisan'dan itibaren bir maske sipariş hattı  
açtı ve tekstil fabrikaları maske imalatı için yeniden  
üretimine geçti. 11 Mayıs'tan sonra başbakan, her  
hafta 100 milyon cerrahi maske, 20 milyon yıkanabi-  
bilir bez maskenin kullanıma sunulacağını duyurdu.  
Cerrahi maskelerin satış fiyatları hükümet tarafın-  
dan belirlenirken bez maskelerin fiyatı serbest bira-  
kıldı. Eczaneler aynı zamanda riskli gruplara yönelik  
maske sürekliliğini sağlamak üzere Sağlık Sigorta-  
sı'ndan özel bir destek aldılar. İlaç stoklanmasını  
önlemek üzere parasetamol kişi başı, semptomsuz  
ise bir kutu, semptomu varsa iki kutu alınabilmesi  
şeklinde sınırlandırıldı. Parasetamolü Çin'de üreten  
çokuluslu ilaç şirketi Sanofi üretimin bir kısmını tek-  
rar ülkesine geri getirerek yeniden yapılanmayı bile  
düşündü ve bu durum küreselleşmenin temel ihtiya-  
çların üretimini kârı artırmak için başka ülkelere  
taşımalarının nasıl bir sorun yaratabileceğini gözler  
önüne serdi (**Silberstein, 2020**).

7 Mayıs'ta Başbakan 4 Mayıs'ta Senato tarafından  
reddedilmesine rağmen açılma takvimini açıkladı.  
11 Mayıs'ta bölgeler COVID-19 yeni olgu ve yatış sa-  
yılarına göre yeşil, kırmızı olarak gruplandırıldı. 11  
Mayıs'tan itibaren 100 km çevre sınırında kalmak  
koşuluyla serbest dolaşma izni verildi. Pozitif olgu-  
ların izole edilmesi kapanmaların sona erdirilmesin-  
de kullanılabilir bir geçiş stratejisiydi. O nedenle,  
semptomu olmasa da diğer ülkelerden Fransa'ya  
gelen herkes zorunlu karantinaya alınıyordu. Bu uy-  
gulama yasalara aykırı olduğu için 11 Mayıs'ta gö-  
nüllülük bazında karantinaya dönüştürüldü.

Yaşlı ve sağlık açısından risk grubunda olanlara  
evde kalmaları ve sosyalleşmelerini kısıtlamaları  
önerildi fakat ayrımcılık ve damgalanmaya yol aç-  
mamak için yasaklama getirilmedi. Cenaze tören-  
lerine 20 kişi ile sınırlı olacak şekilde 11 Mayıs'tan  
itibaren izin verildi. 10'dan fazla kişilik davetler ve  
5.000 kişinin üzerinde toplanma yasağı 30 Ekim'e  
kadar sürdü. Otel, restoran ve kafeler hariç işyerle-  
ri 11 Mayıs'tan sonra açıldı. 2 Haziran'dan itibaren  
restoran ve barlar masa aralarında bir metre mesafe  
olacak ve her masada on kişiyi geçmeyecek şekil-  
de açılma izni aldılar. Alışveriş merkezlerinin yerel  
olarak verilecek kararlar doğrultusunda açılabil-  
ceğine karar verildi. Kreş ve ilkokullar 11 Mayıs'tan

itibaren açıldılar fakat devam gönüllülüğe bırakıldı  
ve sınıflar 15 öğrenci ile sınırlı tutuldu. Orta öğretim  
için açılış tarihi 18 Mayıs'tı. 22 Haziran'da tüm okullar  
ve kreşler fiziksel mesafe kuralına uymak koşuluyla  
devam zorunluluğu olacak şekilde öğretime başla-  
dılar. Okullardaki önlemler yavaş yavaş yumuşama-  
ya başlarken üç pozitif olgu çıkarsa sınıfın kapatıl-  
ması koşulu benimsendi.

İş dünyasında mümkün olan herkesin evden çalış-  
ması, diğerlerinin de esnek çalışması önerildi. Risk  
grubunda olan çalışanların evden çalışmadığı ko-  
şullarda kısa çalışma ödeneğinden faydalanmaya  
devam edeceği bildirildi. Çalışanlar COVID-19'a  
yakalandığında meslek hastalığı olarak tanınması-  
nın kolaylaştırılacağı duyuruldu. Çalışma Bakanlığı  
tarafından işyerinde alınacak önlemler; kişi başı en  
az 4m<sup>2</sup> alan, pencerelerin günde en az üç kez açı-  
lıp ortamın havalandırılması, özellikle kapı kolları  
olmak üzere günde bir kez işyerinin dezenfekte  
edilmesi şeklinde açıklandı. Ulusal Sağlık Sigortası  
küçük işyerlerinin koruyucu ekipman harcamala-  
rının %50'sini karşılayacağını bildirdi. Toplu taşıma  
maske takma ve %60 kapasiteyle çalışma koşulu  
ile 11 Mayıs'ta başladı. 16 Haziran'a dek sadece iş-  
verenler tarafından çalıştırılanlar için belge alanlar iş  
çıkışı saatlerinde toplu taşımayı kullanabiliyordu. Önlemlerin  
uygulanmasını denetlemek üzere toplu taşımada  
yeni güvenlik görevlileri ve polisler görevlendirildi.  
Denetimlere rağmen, toplu taşımada iki koltuktan  
birinin boş olması, fiziksel mesafeye uyma koşulları-  
nın gerçekleştirilemediği de kabul edildi. İkinci dal-  
ga olasılığına karşı kapalı alanlarda maske kullanımı  
20 Temmuz'dan itibaren 11 yaş üstü için zorunlu  
hale getirildi. 27 Ağustos'ta Sağlık Bakanlığı ikinci  
dalga için 12.000 yatak, mevcut yoğun bakım ila-  
çları ile 29.000 hastanın tedavi edilebileceğini, gere-  
kirse Aralık ayında 4.000 yatak ilave edilebileceğini  
açıkladı. İkinci dalga sırasında kamu ve özel hastane  
işbirliği ile altı aydan daha uzun süre yoğun bakım  
desteği alınabiliyordu. İşyerlerinde COVID-19 görülme  
sıklığı artınca 1 Eylül'den itibaren ofis ve ortak bulu-  
nulan yerlerde de maske zorunlu oldu. Paris'te oldu-  
ğu gibi bazı şehirlerde pazaryeri gibi açık alanlarda  
da maske zorunluluğu getirildi, uymayanlara da 135  
Avro, 15 gün içinde tekrarlanırsa 1.500 Avroya varan  
cezalar belirlendi.

Henüz herhangi bir aşı yokken, aşı çalışmaları ta-  
mamlandığı anda strateji geliştirmek üzere bir aşı  
komitesi oluşturuldu. Diğer bilim kurumları ile birlikte  
24 Temmuz'da, ilk öneriler kimlerin öncelikli aşıla-  
nacağına (sağlık çalışanları, yaşlılar, kronik hastalar)  
ilişkin listeler hazırlanması ve aşının zorunlu tutul-  
maması şeklinde oldu.

17 Ekim'de olgulardaki hızlı artış nedeniyle 30 Ekim'de yeniden kapanmaya gidildi ve Aralık başına dek sürdü. Bu kapanmanın farkı kreş ve okulların (üniversiteler hariç) açık kalması ve sağlık evlerine başvuruların sürdürülebilmesiydi. Önceki kapanmada olduğu gibi sokağa çıkışı gerekçelendirecek belge gösterme zorunluluğu yine uygulandı. Tekrar açılma 24 Kasım'da barlar, restoranlar, spor merkezleri hariç dükkanların açılması, sokağa çıkmanın 3 saat süreyle ve 20 km mesafeyle sınırlandırılmış şekilde dönüşmesiyle başladı. 15 Aralık'ta sonlanan kapanma saat 20'den sabah 6'ya kadar sokağa çıkma yasağına dönüştü. Sadece Noel gecesi tüm yasaklar kaldırıldı. 7 Ocak'ta beklenen sinema, tiyatro, müze ve kayak merkezlerinin açılışı "epidemiolojik durumun" iyileşmemesi nedeniyle iptal edildi. Ocak 2021'e dek maske birim fiyatı 0.95 Avro olmasına rağmen sürekli kullanımın hane bütçesini zorlayacağı düşünülerek toplum sağlığı merkezlerinden ücretsiz maske dağıtımı kararı verilince 40 milyon maske düşük geliri 7 milyon kişiye dağıtıldı.

Bilim Kurulu, Şubat'ta yeniden üçüncü kapanma önermesine rağmen hükümet akşam 6'dan itibaren sokağa çıkma yasağı ile devam etmeyi tercih etti. Büyük alışveriş merkezleri Ocak sonunda kapatıldı, bir araya gelmeler 6 kişi ile sınırlandırıldı ve risk grubundakilerle bir araya gelinecekse 5 gün öncesinden izolasyon önerildi.

Varyant suşlar ortaya çıkmaya başlayınca fiziksel mesafe bir metreden iki metreye çıkarıldı. Bu önlemler olgu sayısının katlanmasının önüne geçemeyince 18 Mart'tan itibaren yeniden kapanmaya geçildi ve o dönemde yapılacak belediye seçimleri 28 Haziran'a ertelendi.

## 2.2.Aşılar

Fransa'ya ilk aşılar 2020'nin son haftası 500.000 doz Pfizer-Biontech şeklinde ulaşımıştır. Aşı ücretsiz olarak uygulamaya konmuş, fakat zorunlu tutulmamıştır. 23 Mayıs 2021 itibarıyla, toplumun %46.69'una tek doz aşı uygulanmış, %15'i aşılanmıştır (**Our World in Data, 2021**)

Fransa'da dört aşı uygulanmaktadır. Pfizer/BioNTech 21 Aralık 2020'den itibaren, Moderna 6 Ocak 2021'den itibaren, AstraZeneca 29 Ocak 2021'den itibaren, Janssen 11 Mart 2021'den itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Başlangıçta, yaşlı bakımevleri, bakımevlerinde çalışanlar, sağlık çalışanları, sosyal hizmet uzmanları, itfaiye, 50 yaş ve üzeri evde bakım hizmeti verenler, engelli merkezlerinde kalan engelliler, 75 yaş ve üzeri ile başlanmıştır. 18 Ocak 2021'den itibaren yaşa bakılmaksızın yüksek riskli kişiler de dahil edilmiştir.

19 Şubat 2021'den itibaren 50-64 yaş arası diyabet, obezite gibi riski olanlara aşı olma hakkı tanınmıştır. 2 Mart 2021'de 75 yaş üstündekilerin AstraZeneca aşısını aile hekimlerinde olabilecekleri açıklanmıştır. 15 Mart 2021'den beri, kronik hastalığı olan 50 yaş üzeri kişiler eczanede aşılanabilmektedir. 27 Mart 2021'den itibaren 70 yaş ve üzeri Moderna veya Pfizer-Biontech aşı randevusu alabilmektedir.

12 Nisan 2021, 55 yaş ve üzeri AstraZeneca ile istedikleri yerde aşı olabilmektedir. 16 Nisan 2021'de 60-69 yaş arası Pfizer ve Moderna aşısını aşı merkezinde yaptırabilmektedir.

1 Mayıs 2021; kronik hastalığı olan 18-49 yaş arası kişilerin aşı merkezlerinde Pfizer ve Moderna aşısı olabileceği açıklanmıştır.

10 Mayıs 2021; 50 yaş ve üzeri aşı merkezlerinde Pfizer ve Moderna olabileceklerdir.

12 Mayıs 2021'den itibaren reşit olan herkes Pfizer ve Moderna ile aşılanabilmektedir.

Gebelerin ikinci trimestrden itibaren aşı merkezinde aşılanabilecekleri bildirilmiştir.

Hastalığı geçirmiş olanlar sistematik olarak aşı programına alınmamıştır fakat hekimleri ile görüşükten sonra en az üç aylık bir dönemden sonra aşılanabilecekleri açıklanmıştır (**Direction de l'information légale et administrative, 2021**)

Aşı programı konusunda, diğer Avrupa ülkelerine göre programın çok yavaş ilerlediği konusunda eleştiriler gelmektedir. "Fransa, her gün toplumun %0,19'unu aşılarken, Büyük Britanya beş kat, Amerika Birleşik Devletleri ise 4 kat fazlasını aşılamaktadır; İsrail ise halkının %50'sini aşılamıştır; gecikmenin nedeni olarak, Fransa'nın aşı konusunda AB'ye çok fazla dayanması ve aşıları sunmada Avrupa'nın yetersiz kalması öne sürülmektedir (**Lisnard D, 2021**). Aşı teslimatları açısından AB'nin Haziran sonuna dek 180 milyon yerine 70 milyon doz alabileceği Ursula Von Der Leyen tarafından açıklanmıştır (**Bendhaou, 2021**).

Aşı merkezleri olarak yerelde çok büyük alanlar yerine daha merkezi yerler tercih edilmiştir. "Pasteur'ün ülkesi" Fransa'nın aşı üretimindeki yetersizliğinin araştırmaya yatırım yapmaması nedeniyle olduğu da gelen diğer eleştiriler arasındadır. 2011 ile 2018 arasında sağlık alanındaki araştırmaya verilen kamu kredileri 3,5 milyar Avro'dan 2,5 milyara düşürülürken, Almanya'da 5,4 milyardan 6 milyar Avro'ya yükseltilmiştir (**Geoffard, 2021**).

### 3. Pandemi Yönetiminin Yansımaları

Başlangıçta, korunma (el hijyeni, maske); daha yoğun test yapma (semptomatik olgulara ve pozitif olguların temaslarına); pozitif olguların izolasyonu şeklinde üç genel prensip üzerine oturan salgınla mücadele, yeni vakaların tanılarını koymak, GP den geçmeden doğrudan hastaneye yatırmak, acillerde testlerin yapılması, salgını kontrol altına almak amacıyla da temaslıları belirlemek ve izole etmek için bulaş zincirini kırmak üzere hastane sistemini ve bölgesel sağlık otoritelerini harekete geçirmek şeklinde yürütüldü. İkinci dalganın başında ise bu prensipler test yapma, uyarma ve korunma şeklinde sıralanmaya başladı.

Kapanma döneminde çok sayıda çalışan grubu için gelir ve iş kaybı nedeniyle alınan önlemlerden kaynaklanan sosyal açıkların artışı bir yana, ayaktan tedavi hizmetleri de çöktü. Sağlık kurumlarında verilmiş olan randevular askıya alındı ve acil işleyişi, kalp krizi vb. ağır acil durum söz konusu olduğunda bile COVID-19 ile sınırlandı. Risk grubu olan yaşlıların barındığı, korunma olanakları çoğunlukla yetersiz olan yaşlı bakım evleri pandemiden ve kapanmadan en çok etkilenen yerler oldu. 25 Ağustos 2020'de COVID-19'a bağlı 30.528 ölümün üçte biri yaşlı bakımevlerindendi. Birçok çalışma COVID-19'a bağlı ölümlerin dağılımının sosyal eşitsizlikleri yansıttığını göstermiştir. COVID-19 açısından olumsuz etkilenenler, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı, olumsuz yaşam koşullarına bağlı olarak ciddi hastalıkları (DM, kardiyovasküler hastalıklar, obezite vb.) daha sık yaşayan, oturdukları yerler itibarıyla, "fiziksel mesafeyi" yaşama geçirme şansı olmayan, ekonomik olarak kırılgan, bunun yanı sıra kontaminasyon riskine daha fazla maruz kalan, toplumsal yaşamda işlerini bırakarak yaşayabilmeleri mümkün olmayan gruplardı. Fransa'nın 2020 "Sosyal Portresi" araştırmasında Ulusal İstatistik ve Ekonomik Çalışmalar Enstitüsü (INSEE), sosyoekonomik açıdan zor durumda olan kişilerin COVID-19'a maruz kalma riskinin daha yüksek olduğunu, nüfusun yoğun olduğu yerlerde yaşadıklarını ortaya koymuş ve Fransa'nın en fakir bölgesi olan la Seine-Saint-Denis'nin, fazladan ölümlerin en fazla yaşandığı bölge olduğunu göstermiştir (**Republique Française, Vie Publique, 2020**)

Olguların hızla yükseldiği dönemlerde uygulanan iki aylık kapanma, hastanelerin kapasiteleri zorlanırsa da olumlu sonuç verdi, hizmet yükü bölgeler ve şehirlerarası hasta transferleri ile dağıtıldı, böylece virüsün dolaşımı yavaşlatıldı (**OECD, 2020**).

11 Mayıs'ta kapanmadan çıkışta, özellikle GP ve hemşireleri kapsayan, tarama ve temaslıların izlemi için COVID-19'a özel yerlerin (sağlık merkezi, çok disiplinli sağlık merkezleri, grup pratiği uygulayan merkezler gibi daha önceden de var olanlar), testlerin gerçekleştirileceği laboratuvarların belirlenmesi, aynı zamanda sağlık sigortalarının sorgulama ve temaslıların takibini yapması, "test yap, izle, izole et" stratejisine göre hanelerin analizini yapacak olan bölgesel sağlık ajanslarının kurulması şeklinde yeni bir hizmet organizasyonu gündeme geldi. Mart ayında olduğu gibi bu girişim de olumluydu ancak koordinasyonu yetersiz kaldı.

Pandemi sürecindeki gözetim ve izlem ise dört aşamada gerçekleşti:

1. Hastane ve birinci basamakta pozitif olgu temaslılarının sağlık çalışanları tarafından izlenmesi,
2. Eğitim almış Sağlık Sigortası ekipleri tarafından temaslı belirlenmesi ve telefon takipleri ile bilgilendirme ve önerilerde bulunulması,
3. Bölge Sağlık Ajansları tarafından salgının başından beri olası bulaş zincirlerinin ve yerel düzeyde olguların kümelendikleri yerlerin belirlenmesi işinin sürdürülmesi,
4. Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen yerel ve ulusal düzeyde izlem yapılması.

Hükümet, "StopCovid" mobil uygulaması ile temaslıları izlemeyi düşündü. Kullanıma açılmasından üç hafta sonra toplumun %3'ünden azı uygulamayı yüklemişti. Teknik sorunlar giderilerek yeni uygulamalar (Tous anti Covid) kullanıma sunuldu.

Kapanmalar sırasında, sağlık yöneticileri sağlık kurumlarına ve sağlık çalışanlarına COVID-19 hastalarının yönetimi ve aynı zamanda ikincil olarak ortaya çıkacağı öngörülen toplumun hizmete erişiminin ve hizmet sürekliliğinin kesintiye uğramasını engellemek için ayaktan tedavi hizmeti veren çok sayıda sağlık çalışanının teletıp uygulama ücretlerinin ödenmesinde kolaylık sağladı. Maske sorununu çözmek için hem Fransa ve hem dış ülkelerdeki fabrikalara sipariş verildi ve dağıtım önceliği sağlık çalışanlarına verildi.

11 Mayıs'ta açılmadan sonra testler sağlıkçılar, yaşlılar ve risk grubundakilere, ardından semptom gösterenlere ve temaslılara sistematik olarak uygulamaya başlandı. Haftada 150.000-250.000 olan test sayısı Temmuz ortasında 380 bin'e ulaştı. Hedef haftada 700.000 test olduğu için testler için araştırma ve veteriner laboratuvarlarının yanı sıra, özel labo-

ratuvarlar da yetkilendirildi; hedef bir milyon teste çıkarıldı. Laboratuvar teknisyenleri dışında hemşire, eczacılık, diş teknisyenliği ve ebelik öğrencileri, itfaiyeciler, ilkyardımcılar da test yapabilmeye başladılar. 25 Temmuz'dan itibaren de ücreti 73.59 Avro olan PCR testlerinin tamamı sağlık sigortası tarafından karşılanabilir kılındı. 25 Eylül'den itibaren yeni hızlı antijen testlerinin kullanılması desteklenmeye başlandı. 2021 Ocak başında, Ulusal Sağlık Otoritesi COVID-19 tükürük testini de olumlu karşıladı. Bu süreçte testlerin reaktifleri açısından Fransa, özellikle Amerika ve Çin başta olmak üzere, ulusal otonomi sınırlayacak kadar dışa bağımlı kaldı.

COVID-19 salgını baş gösterdiğinde, BB çalışanları, özellikle salgın kontrolü aşamasında, sağlık sisteminin diğer aktörleri gibi bilgilendirilip alarma geçirilmediler. Hastane sektöründen farklı olarak, kriz döneminde ayaktan tedavi sektörü için herhangi bir "beyaz" plan yoktu. 14 Ocak'tan 17 Mart tarihine dek, birinci basamak çalışanlarından istenen, testlere ulaşamayan, klinik bulguları, risk faktörleri (Çin seyahati) nedeniyle onları arayan veya başvuran hastaları belirlemeleri ve onları hastanelere bağlı acil başvuru merkezlerine yönlendirmeleri idi. Bu süreçte, BB çalışanları hem hastaları hem kendileri için koruyucu donanımlara ulaşamadılar fakat korunma önlemlerini (maske, antiseptik) tam olarak uygulamaya zorlandılar. Sağlık Delegatesi Angele Malatre Lansac, COVID-19'la baş etmede alınacak üç ders: sağlık verilerini kullanmayı bilmek ve yaygın tarama yapmak, temelde hastaneye dayanmayan bir sağlık hizmetine sahip olmak ve temel koruyucu donanım stoğuna hakim olmak şeklinde tanımlamış; Fransa'da BB'nin ilk triyajı yapma, hizmetin sürekliliğini sağlama ve hastanelerin dolmasını engellemede çok iyi bir koz iken aile hekimlerinin iyi bir şekilde yönlendirilemediklerini için iyi kullanılmadığını ifade etmiştir (Cruciatti, 2020).

Salgın aşamasına girildikten sonra, yatağa bağımlı hastalara evde müdahale eden hemşireler, kronik hastaları izleyen GPlar, gebeleri izleyen ebeler ve maskeleri dağıtma işini üstlenen eczacılar cephenin ilk sıralarında sürece dahil oldular. GP Fransa Sendika başkanı Dr Battistoni, "bölgesel düzeyde örgütlenmiş 50.000 GP olarak, ilk günden itibaren harekete geçtik ve mevsimsel grip deneyimimiz üzerinden katkıda bulunduğ" şeklinde açıklama yaptı (Boumediene, 2020). Diş hekimleri, fizyoterapistler, meslek odalarının önerilerini izleyerek, kontaminasyon riskinden dolayı çalışmalarına ara verdiler. 9 Mart tarihiyle hizmetlerin sürebilmesi için, hastalık sigortası teletıp uygulamalarının önce hekimler

sonra ebeler, hemşireler ve fizyoterapistler için yüz yüze muayenelerle eşdeğer geri ödemesini yaptı. Salgının başında, tanı testleri hastanede ve muayenehanelerde çalışan sağlık personeline ve hastaneye kaldırılan hastalara ayrılmıştı. Test kapasitesi giderek artırıldı ve kapanmadan çıkmayı sağlama yönünde etkili oldu. Test örnekleri GPlar tarafından alınmakta iken Temmuz'dan sonra eğitim verilen hemşireler, tıp öğrencileri, itfaiyeciler ve ilkyardımcılar tarafından da alınmaya başlandı. Testler ağırlıklı olarak özel tıbbi biyoloji laboratuvarlarında ve laboratuvarı olan sağlık kurumlarında gerçekleştirildi. Başlangıçta sadece reçete edilerek yapılan testler, Temmuz'dan itibaren semptomsuz bile olsa ihtiyaç hisseden herkese yapılmaya başlandı. Testler sağlık sigortası (54 Avro olan Coronavirus testinin %60'ı Sosyal Güvenlik, kalanı tamamlayıcı sağlık sigortası tarafından) tarafından karşılandı.

Sahada, yerel yönetim (belediyeler, belediyeler federasyonu ve bazen bölge) birinci basamak çalışanlarını kendi aralarında ve aynı zamanda çok sayıda kurumla (yerel yönetim, şirketler, birlikler, hastaneler...) işbirliği yapması için harekete geçirdi. Salgın koşulları, eczacıların ve hemşirelerin mesleki rol ve sorumluluklarının genişlemesine yol açtı. Bu sayede, hastaları yönlendirmek, aile hekimi olmayanların sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırmak ve koruyucu donanımların eksikliğini yönetmek için yeni COVID 19'a özgü muayene alanları yaratıldı. Bazı bölgesel ajanslar gereksinime göre geçici hizmet yerleri (spor salonları, nöbetleşe çalışan ve gönüllülerden yardım alan sağlıkçıların çalıştığı belediye lokalleri) veya çok disiplinli birinci basamak yapıları (çok disiplinli sağlık evleri, sağlık merkezleri) ya da COVID-19 şüpheli hastalarla, şüpheli olmayanları farklı yerlerde bekletebilecek büyüklüğe sahip GP muayenehaneleri gibi merkezlerin oluşumunu destekledi. Fransa'da COVID-19 epidemisi ile mücadele ederken birinci basamağın örgütlenmesinde yeni düzenlemeler, ücretlendirmede getirilen yenilikler, yeni mesleki rollerin tanımlanması gibi dönüşümler yaşandı. Fakat bütün bu düzenlemeler, sürdürülebilirlik açısından finansman ve yönetim sorunlarının çözümünü henüz üretememiş görünmektedir.

Bourgueil ve ark, Fransa'da ilk COVID-19 dalgasına birinci basamağın verdiği yanıtı farklı açılardan aşağıdaki şekilde değerlendirmişlerdir (Bourgueil ve ark, 2020).

#### Sahada;

1. Spontan organizasyon ve bölgesel düzeyde çok sayıda, eşit olmayan, önceki işbirliği, gelenekleriyle bağlantılı dayanışma (yerel sağlık sözleşmeleri, sağlık merkezleri ve evler, Bölgesel Profesyonel Sağlık Topluluğu, vb.),
2. Hükümet yerel hareketliliğe ayak uyduramayan, bürokratik algılanan bir yanıt verdi.



**İnsan gücü açısından;**

1. GP ve hemşireler vardı fakat bazen atıl kaldılar, bazı meslek grupları geri çekildi,
2. Bağımlı yaşlılar için olan bakımevlerinde yapısal ve personel açısından mevcut eksiklikler gün yüzüne çıktı.

**Donanım açısından;**

1. Ayaktan ve evde bakım hizmetlerinde, özellikle kapanmanın başında koruyucu donanım açısından ciddi eksiklik yaşandı,
2. Kapanma sırasında test kapasitesi zayıftı. Sonuçların verilme süresi gecikti. Sonraki dönemlerde testlere ulaşım arttı ve ücretsiz yapıldı.

**Sistem açısından;**

1. Sağlık sigortası ile devlet arasında sıkı işbirliği gerçekleşti,
2. BB krizin yönetiminde çok yer almadı,
3. Teletıp uygulamalarının erken ve kolay ödenmesi, günlük ödeneklerin ve testlerin %100 karşılanması olumluydu,
4. Şehirdeki morbiditenin yanı sıra, yerel uygulamalar ve çözümler hakkında bilgi eksikliği oldu. Zamanla biyolojik test verilerinin aktarılmasında iyileştirmeler gerçekleştirildi.

**Sürveyans açısından;**

1. Temel olarak hastane (yoğun bakım, ölümler, aciller) ve laboratuvar (testler) verilerine dayandı, BB'dan gelen klinik veri olmadı,
2. Filyasyon çalışmaları Sağlık Sigortası ve ilgili ekiplerin tarafından bilgisayar üzerinden gerçekleştirildi.

**Sonuç**

COVID-19 pandemisi sırasında Fransa'da da sosyal eşitsizlikler daha da derinleşmiş, yoksul sayısı artmış, COVID-19 mortalitesi sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerde daha yüksek bulunmuştur. Hazırlıksız yakalanan sağlık sisteminde, durumu oldukça kötüye giden hastaneler, personel ve donanım açısından ciddi zorluklar yaşadı. Fransa sağlık sisteminin bütününde olduğu gibi, birinci basamak sağlık hizmetleri de pandemi ile baş etmede zorlandı. Birinci basamak çalışanları salgın sürecinde koruyucu donanımların yokluğuna, organizasyondaki aksaklıklara, çelişkili mesajlara rağmen ihtiyaç olan yerlerde (hastane, yaşlı bakım evleri, gezici hizmetler) çalışmaya devam ettiler (**Federation des soins primaires, 2020**).

Bir büyüteç gibi, COVID-19 krizi dönüşüm sürecindeki Fransa sağlık sisteminin güçlü ve zayıf yönlerini gözler önüne sermiştir. Sistemin güçlü yönleri, sağlık çalışanları arasındaki hızlı koordinasyon ve bu koordinasyonun geliştirilmesi gerekliliğine olan inanç ile yerelde bu yönde çaba sarf edilmesi olarak tanımlanırken; zayıf yönleri, özel hekimliğin yaygın olarak sürmesi, sağlık çalışanlarının bilgi eksikliği, hizmet koordinasyonunda elektronik hizmetlerin yetersizliği, hizmet başı ödemenin hâlâ geniş yer tutması olarak sıralanmıştır (**Bontemps, 2020**).

Kapanmalar sağlık hizmetine erişimin ve sürekliliğinin ne kadar önemli olduğunu ve korunma ile tedavi hizmetlerinin bir arada sunulmasının gerekliliğini ortaya koymuştur. Süreç hem hastanelerde, hem BB'de yapılacak değişikliklerin ne kadar önemli olduğunu ve biran önce gerçekleştirilmesi gerektiğini göstermiştir.

**Dipnotlar:**

**1.** *Fransa'daki ilk sağlık krizi olarak bilinen kontamine kan skandalı 1991'de yüzlerce hastanın kan ve kan ürünleri transfüzyonu sırasında AIDS ve hepatit C ile enfekte olması şeklinde gerçekleşmiştir. Henüz HIV bulaşma yollarının tam bilinmediği sırada, aslında bir dayanışma anlamı taşıyan kan transfüzyonunda kan ürünlerinin endüstriyelleşmesinden, "adeta" bir ilaç gibi görülmeye başlamasından kaynaklanan çıkar çatışmalarının yol açtığı bir krizdir (**Chauveau, 2011**).*

*1985'te, yeterli bir Amerikan testi olmasına rağmen kan ürünlerinin sistematik olarak taranması hükümet tarafından ertelendi; Pasteur grubu da o dönemde bir test hazırlığı içindeydi; fakat asıl nedenin Amerikan devi Abbott'un test pazarında rekabete girmesi ve müdahale etmesi olduğu düşünülmektedir (**Froguel ve Smadja, 1999**).*

**2.** *Fransa'da 2003 yılı Ağustos ayında, son 60 yılın en sıcak dönemi yaşanmış, pek çok bölgede 40 dereceyi aşan sıcaklıklar nedeniyle, çoğu evlerinde yalnız yaşayan yaşlılar olmak üzere yaklaşık 15.000 kişi hayatını kaybetmişti (**Herzberg, 2019**).*

**3.** *Prion ile kontamine olmuş büyüme hormonlarının üretimi, tedavi edilen çocuklarda birçok Creutzfeldt-Jakob vakasına neden olmuştur. 1985'ten önce büyüme hormonu ile tedavi edilmiş 119 çocukta Creutzfeldt-Jakob gelişmiştir. 1985'te hormonun elde edilmesine üre ile hormonun işleminden geçmesi eklenmiştir; bu işlemin prionların yok edilmesini sağladığı düşünülmektedir (**Futura Sciences, 2017**).*

**Kaynaklar**

- Arrêté du 3 février** (2005) portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. NOR:SANS0520354A. Paris, 2005. 16. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. NOR: SANX0400122L. Paris, 2004
- Bendhaou, F.** (2021) Crise Sanitaire: La France en Fiasco et Dissimulations, publié le 8.Avril. 2021, Erişim Tarihi 23.05.2021, <https://www.aa.com.tr/fr/monde/crise-sanitaire-la-france-entre-fiasco-et-dissimulations/2201888>
- Bontemps, A.** (2020) Accompagner la structuration des soins primaires après la Covid-19 : un nécessaire renversement du fonctionnement des institutions publiques de la santé , Regards, 2020/1 (N° 57), p. 225-241. DOI : 10.3917/regar.057.0225, Erişim Tarihi 16 Mayıs 2020, <https://www.cairn.info/revue-regards-2020-1-page-225.htm>
- Boumediene, A.** (2020) Coronavirus: Le système de santé français est-il prêt à gérer l'afflux de patients si l'épidémie s'emballe ?, 13/03/2020, Erişim Tarihi 16 Mayıs 2020 <https://www.20minutes.fr/sante/2739583-20200313-coronavirus-systeme-sante-francais-pret-gerer-afflux-patients-si-epidemie-emballe>
- Bourgueil, Y., Falcoff, H., Ramond-Roquin, A., Savigneau Get Bouchez, T.** (2020) La première vague de Covid-19 en France et les soins primaires, Rev Med Suisse 2020; 16: 2123-6
- Cartier, T., Mercier, A., de Pourville, N., Huas, C., Ruelle, Y., Zerbib, Y., Bourgueil, Y., Renard, V.** (2012) Constats sur l'organisation des soins primaires en France, la Revue Française de Médecine Générale, Volume 23 N° 101, exercer 2012;101:65-71
- Chaouat, G.** (2020) Une Epidemie Previsible, Un virus tres politique 1,2,3, ÉDITIONS SYLLEPSE 3e édition, 13 avril 2020 ISBN: 978-2-84950-851-0
- Chauveau, S.** (2011) L'Affaire du sang contaminé (1983-2003). Les Belles Lettres, pp.430, HAL Id: halshs-00581650, version 1
- Commission Européenne (CE)** (2019) State of Health in the EU · France · Profils de santé par pays 2019, Erişim tarihi: 14.04.2021 [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019\\_chp\\_fr\\_french.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_fr_french.pdf)
- Cruciatti, P.** (2020) La santé publique face au coronavirus : trois leçons à retenir par Angèle Malâtre-Lansac, 20 Mars 2020, Erişim Tarihi: 16 Mayıs 2020, <https://www.institutmontaigne.org/blog/la-sante-publique-face-au-coronavirus-trois-lecons-retenir>
- Direction de l'information légale et administrative** (Premier ministre) (2021), Vaccination contre le Covid-19 : quel calendrier ?, Erişim Tarihi 23.05.2021 <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14557>
- Federation des soins primaires** (2020) Epidémie de COVID-19 : les soins primaires sont au rendez vous, Erişim Tarihi 14 Mayıs 2020, <http://afdn.org/fileadmin/pdf/200506-communique-fsp-epidemie-de-covid-19-les-soins-primaires-sont-au-rendez-vous.pdf>
- Froguel, P., Smadja, C.** (1999) Sur Fond de Rivalité Franco-Américaine, Les Dessous de l'Affaire du Sang Contaminé, Le Monde Diplomatique, Février 1999, p 27, Erişim Tarihi 14.05.2021, <https://www.monde-diplomatique.fr/1999/02/FROGUEL/2747>
- Futura Sciences,** (2017) Le Scandale de l'hormone de croissance, Erişim Tarihi 14 Mayıs 2021 <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-scandale-hormone-croissance-1042/page/10/>
- Gandre, C., Or, Z.** (2021) Policy responses for France, Erişim Tarihi 22 Nisan 2021, <https://www.covid19healthsystem.org/counties/france/livinghit.aspx?Section=1.1%20Health%20communication&Type=Section>
- Geoffard, P.Y.** (2021) Vaccin: Comment Expliquer le Fiasco Français, publié le 2 Mars 2021, Erişim Tarihi 23.05.2021, [https://www.liberation.fr/idees-et-debats/opinions/vaccin-comment-expliquer-le-fiasco-francais-20210302\\_KRG2GX3L4FAHBELXJSZUEHXLVU](https://www.liberation.fr/idees-et-debats/opinions/vaccin-comment-expliquer-le-fiasco-francais-20210302_KRG2GX3L4FAHBELXJSZUEHXLVU)
- Gourguechon, G.**(2020) Construisons une Securite Sociale du XXI eme Siecle, Les Utopiques, Cahier de Reflexions, Pour une Protection Sociale de XXIeme Siecle, N° 12-HIVER2019-2020,

ISBN 978-2-84950-850-3

- Herzberg, N.** (2019) La canicule de 2003, un tournant démographique, Le Monde, Erişim Tarihi 14.05.2021 [https://www.lemonde.fr/planete/article/2019/06/27/la-canicule-de-2003-un-tournant-demographique\\_5482310\\_3244.html](https://www.lemonde.fr/planete/article/2019/06/27/la-canicule-de-2003-un-tournant-demographique_5482310_3244.html)
- Insee,** Dépenses de santé (2020), Erişim Tarihi 4 Nisan 2021, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277750?sommaire=4318291>
- Kringos, D.S., Boerma, W.G.W., Hutchinson, A., et al.,** (2015) Building primary care in a changing Europe: Case studies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; Observatory Studies Series, No. 40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459010/>
- Lisnard, D.** (2021) COVID-19: Il y a un fiasco de l'accès aux vaccins, 24 Mars 2021, Erişim Tarihi 23.05.2021, <https://www.europe1.fr/politique/covid-19-il-y-a-un-fiasco-de-lacces-aux-vaccins-estime-david-lisnard-4033567>
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet** (2009) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR:-SASX0822640L. Paris
- OECD** (2020) Tackling coronavirus (COVID19)-Browse OECD contributions: Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD, Erişim Tarihi 16 Mayıs 2020, <https://www.oecd.org/coronavirus/en/>
- Orsini, A.** (2020) Coronavirus : L'épidémie est-elle vraiment la « plus grave crise sanitaire » connue par la France depuis un siècle ?, 13/03/2020, Erişim Tarihi 16 Mayıs 2020, <https://www.20minutes.fr/societe/2739491-20200313-coronavirus-epidemie-vraiment-plus-grave-crise-sanitaire-con nue-france-depuis-siecle>
- Our World in Data,** COVID-19 Data Explorer (2021), Erişim Tarihi 23.05.2021, [https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=latest&pickerSort=desc&pickerMetric=total\\_vaccinations\\_per\\_hundred&Metric=Vaccine+doses&Interval=Cumulative&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country](https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=latest&pickerSort=desc&pickerMetric=total_vaccinations_per_hundred&Metric=Vaccine+doses&Interval=Cumulative&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country)
- Republique Française, Vie Publique** (2020) Covid-19 et crise sanitaire : des inégalités sociales plus marquées, Publié le 10 décembre 202, Erişim Tarihi 24.05.2020, <https://www.vie-publique.fr/en-bref/277615-crise-sanitaire-et-inegalites-sociales-le-portrait-social-de-la-france>
- Sicard, C.** (2020) Le Systeme de Santé Français a lepreuve du Coronavirus, 2 Avril 2020, Erişim Tarihi 16 Mayıs 2020, <https://www.revuepolitique.fr/le-systeme-de-sante-francais-a-lepreuve-du-coronavirus/>
- Silberstein, P.** (2020) Le Jour d'après a Déjà Débuté, Un virus tres politique 1,2,3, Éditions Syllepse 3e édition, 13 avril 2020 ISBN: 978-2-84950-851-0