



SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA HEDEFİ ÜÇ'ÜN SAĞLIK KAPSAYICILIĞI İŞLEVİ

Health coverage function of sustainable development goal three

Şule PINARBAŞI¹ , Birgül PİYAL¹ 

Özet

Yirmi birinci yüzyılda dünyanın, kaynakları ve topluma sunduğu hizmetler zamanla çeşitlenmekte ancak toplumdaki bireylerin hepsi bu kaynak ve hizmetlerden adil bir şekilde yararlanamamaktadır. Geçmişten bugüne hayatın her alanında var olan eşitsizliklerin, olumsuz sonuçları olduğu bilinmektedir. Sağlık hizmet sunumundan yararlanma konusundaki eşitsizlikler de başta savunmasız gruplar olmak üzere toplumun tamamının sağlık düzeyini olumsuz etkilemektedir. Sağlık alanında var olan eşitsizlikleri azaltmak ve bir kişiyi bile arkada bırakmadan sağlık hizmet sunumunu tüm topluma ulaştırmak, daha sağlıklı ve sürdürülebilir bir dünya hedefine erişimin anahtarıdır. "Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri" 2015 yılında sağlık başta olmak üzere tüm temel alanlardaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak amacıyla oluşturulmuştur. Bu hedeflerden üçüncüsü doğrultusunda da "Evrensel Sağlık Kapsayıcılığına" erişilmesi amaçlanmaktadır. Evrensel sağlık kapsayıcılığına erişimde sağlık hizmet sunumunda kilit konumda olan sağlık sistemlerine büyük görev düşmektedir. Sağlık sistemleri temel sağlık hizmetlerini herkese ulaştıracak şekilde yapılmalı ve hizmetten yararlanırken bireyleri mali risklerden korumalıdır. Bu çalışmada; Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kapsamında yer alan üç numaralı hedef doğrultusunda "Evrensel Sağlık Kapsayıcılığına Erişim" ve bu doğrultuda sağlık sistemlerinin işlevinin ele alınması amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık kapsayıcılığı, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, sağlık sistemleri, hakkaniyet.

Abstract

In the twenty-first century, the resources of the world and the services it provides to the society have diversified over time, but not all individuals in the society can benefit from these resources and services fairly. It is known that inequalities that exist in all areas of life from the past to the present have negative consequences. Inequalities in accessing from health service delivery negatively affect the health level of the whole society, especially vulnerable groups. Reducing inequalities in health and delivering health services to the entire society without leaving a single person behind are the keys to achieving the goal of a more healthy and sustainable world. "Sustainable Development Goals" were adopted in 2015 with the aim of eliminating inequalities in all basic areas, especially health. In the direction of the third of these goals, it is aimed to achieve "Universal Health Coverage". Health systems, which have a key role in the delivery of health services, have a major role in accessing universal health coverage. Health systems should be structured to provide primary health care to everyone and protect individuals from financial risks while benefiting from the service. In this study; In direction of the goal number three within the scope of the Sustainable Development Goals, it is aimed to include the "Achieve to Universal Health Coverage" and the function of health systems in this direction.

Keywords: Health coverage, Sustainable Development Goals, health systems, equity.

1- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Arş. Gör. Dr. Şule PINARBAŞI

e-posta / e-mail: s.pinar0020@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 27.12.2021, **Kabul Tarihi / Accepted:** 03.02.2022

ORCID: Şule PINARBAŞI: 0000-0001-9363-7630, Birgül PİYAL: 0000-0003-4170-0444

Nasıl Atıf Yapırım / How to Cite: Pınarbaşı Ş, Piyal B. Sürdürülebilir kalkınma hedefi üç'ün sağlık kapsayıcılığı işlevi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2022;7(2):379-91.

Giriş

Küresel ve bölgesel ölçekte sağlık, eğitim hizmetlerine erişim, sosyodemografik (cinsiyet, eğitim, meslek) ve sosyokültürel (din, dil, ırk ve etnisite) açıdan birçok alanda farklı düzeylerde eşitsizlikler bulunmaktadır. Bununla birlikte eşit fırsatlar sunulmasına karşın bu fırsatların hakkaniyetle dağıtılmadığı durumlar da söz konusudur. Hemen hemen her alanda olmak üzere sağlık hizmeti konusunda da eşitlik ve hakkaniyetin sağlanması amacıyla farklı iş birlikleri içerisinde birden çok program yürütülmüş, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri de 2015 yılında bu amaçla hazırlanmıştır.

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi Üç (SKH3)

Günümüzde eşitsizliklerin giderilmesi, adaletin sağlanması ve sağlıklı bir toplum hedefine ulaşabilmek için birçok kamu ve kamu dışı örgüt, kuruluş oluşturulmuştur. Birleşmiş Milletler (BM) de sağlıklı bir dünyada daha fazla adalet, eşitlik, barış ilkeleriyle kurulmuş ve bugüne kadar bu amaçları gerçekleştirmeye yönelik birçok adım atmıştır (1). BM'ye üye ülkelerin imzasıyla 2000 yılında "Millennium Development Goals (MDG)- Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH)" başlığı altında daha sağlıklı, eşit ve kalkınmış bir dünya için 8 ana hedef belirlenmiştir (2). Aşırı yoksulluğun ve açlığın önlenmesi, temel eğitime küresel erişim, toplumsal cinsiyet eşitliği, anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi ve ölümlerin azaltılması, bulaşıcı hastalıkların azaltılması ve sürdürülebilir bir çevre sağlama hedeflerini içeren BKH'ye 2015 yılına gelindiğinde -tam anlamıyla olmasa da belirli ölçülerde erişildiği- bilinmektedir. Küresel ve ulusal çapta bu hedeflere yönelik birçok adımlar atılmış olup elde edilen kazanımlar dikkate değer, ancak yine de yetersizdir (3). BKH'den yola çıkarak BM 2015 yılından 2030 yılına kadar erişilmesi amaçlanan "Sustainable Development Goals (SDG)-Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH)" başlığı altında 17 yeni hedef belirlemiştir. Bu hedefler insanı fiziksel, biyolojik, sosyal ve psikolojik bir bütünlükle

ele almakta ve bir kişiyi bile arkada bırakmadan insanlığı sağlıklı, kalkınmış ve sürdürülebilir bir dünyaya taşımayı amaçlamaktadır (4).

Hem BKH hem de SKH programları oluşturulurken temel alınan ilkenin eşitlik ve hakkaniyet olduğu görülmektedir. Belirlenen 17 hedef ve bu hedeflerin alt hedefleri ile 2030 yılına gelindiğinde her alanda herkesin pay sahibi olması sağlanmaya çalışılmaktadır. Üç numaralı hedef ile sağlık hizmetlerindeki kapsayıcılığın artırılması ve her yaşta insanın yaşamını sağlık ve gönenc içerisinde sürdürmesi dile getirilmektedir. SKH 3' e ulaşmak için belirlenen hedefler ve bu hedeflerdeki gelişmenin izlendiği göstergeler aşağıda sıralanmaktadır (5);

→ SKH 3.1: Küresel ölçekte anne ölüm oranını 2030'a kadar 100.000 canlı doğumda 70'in altına indirmek

- 3.1.1: Anne ölüm oranı
- 3.1.2: Nitelikli sağlık personelinin katıldığı doğumların oranı

→ SKH 3.2: Bütün ülkelerde yenidoğan ölüm oranını her 1000 canlı doğumda 12 ve daha altına ve 5 yaş altı çocuk ölüm oranını da her 1000 canlı doğumda 25 ve daha altına düşürmek. Yenidoğan ve 5 yaş altı çocukların önlenebilir ölümlerinin 2030'a kadar sona erdirilmesi

- 3.2.1: 5 yaş altı ölüm hızı
- 3.2.2: Neonatal ölüm hızı

→ SKH 3.3: AIDS, tüberküloz, sıtma ve ihmal edilen tropikal hastalık epidemilerinin 2030'a kadar sona erdirilmesi ve hepatit, su yoluyla bulaşan hastalıklar ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi

- 3.3.1: Cinsiyete, yaşa ve önemli gruplara göre enfekte olmayan 1000 kişi başına yeni HIV enfeksiyonu sayısı
- 3.3.2: Her 1000 kişi başına tüberküloz insidansı
- 3.3.3: Her 1000 kişi başına sıtma insidansı
- 3.3.4: Her 100000 kişi başına Hepatit B insidansı
- 3.3.5: İhmal edilen tropikal hastalıklara

karşı müdahale gerekli kişi sayısı

→ SKH 3.4: Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümlerin, bu hastalıkların önlenmesi ve tedavisi yoluyla 2030'a kadar üçte bir oranında azaltılması ve akıl ve ruh sağlığının ve esenliğinin geliştirilmesi

• 3.4.1: Kardiyovasküler hastalık, kanser, diyabet ve kronik solunum yolu hastalığına atfedilen ölüm oranı

• 3.4.2: İntihar nedeniyle ölüm oranı

→ SKH 3.5: Madde bağımlılığının (Bağımlılık yapıcı madde kullanımı ve alkol bağımlılığını da kapsayan) önlenmesi ve tedavisinin güçlendirilmesi

• 3.5.1: Madde kullanımı için tedavi müdahalelerinin kapsamı (farmakolojik, psikososyal, rehabilitasyon ve tedavi sonrası bakım)

• 3.5.2: Bir takvim yılı içinde kişi başına (15 yaş ve üzeri kişiler) litre cinsinden saf alkol tüketimi olarak tanımlanan zararlı alkol kullanımı

→ SKH 3.6: Trafik kazalarından kaynaklanan küresel ölümlerin ve yaralanmaların sayısının 2020'ye kadar yarıya indirilmesi

• 3.6.1: Trafik kazalarına bağlı ölüm hızı

→ SKH 3.7: Cinsel sağlık ve aile planlamasını da kapsayan üreme sağlığı hizmetlerine ve bu konuda bilgi ve eğitime evrensel erişimin 2030'a kadar sağlanması ve üreme sağlığının ulusal stratejilere ve programlara entegre edilmesi

• 3.7.1: Aile planlaması gereksinimini modern kontraseptif yöntemlerle karşılayan üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınların oranı

• 3.7.2: 15-49 yaş grubundaki her 1000 kadın için adölesan (10-14 yaş, 15-19 yaş) doğum oranı

→ SKH 3.8: Finansal riskten korunmayı, nitelikli temel sağlık hizmetlerine erişimi ve herkesin güvenli, etkili, nitelikli ve uygun fiyatlı temel ilaçlara ve aşılarla erişimini de kapsayan evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşılması

• 3.8.1: *Temel sağlık hizmetlerinin*

kapsayıcılığı (genel ve en dezavantajlı nüfus arasında üreme, anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve hizmet kapasitesi ve erişimini içeren izleyici müdahalelere dayalı temel hizmetlerin ortalama kapsayıcılığı olarak tanımlanır)

• 3.8.2: *Toplam hane halkı geliri veya harcamalarının içerisinde sağlığa ayrılan payın büyük olduğu nüfusun oranı (5)*

→ SKH 3.9: Zararlı kimyasallardan ve hava, su ve toprak kirliliğinden kaynaklanan hastalıkların ve ölümlerin sayısının 2030'a kadar büyük ölçüde azaltılması

• 3.9.1: Ev ve ortam hava kirliliğine atfedilen ölüm oranı

• 3.9.2: Güvenli olmayan su, sanitasyon ve hijyen eksikliğine atfedilen ölüm oranı

• 3.9.3: Zehirlenmeye bağlı ölüm oranı

→ SKH 3.a: Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin bütün ülkelerde, uygun görüldüğü şekilde uygulanmasının güçlendirilmesi

• 3.a.1: 15 yaş ve üzeri kişilerde mevcut tütün kullanımının yaşa göre standardize edilmiş prevalansı

→ SKH 3.b: En çok, gelişmekte olan ülkeleri etkileyen bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar için aşılar ve ilaçlar geliştirilmesinin desteklenmesi, gelişmekte olan ülkelerin kamu sağlığının korunmasına yönelik esnekliklere ilişkin Fikir Mülkiyeti Haklarının Ticari Niteliklerine İlişkin Anlaşma hükümlerini tamamiyle uygulayabilme hakkını onaylayan Doha Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları (TRIPS) ve Kamu Sağlığına İlişkin Deklarasyona uygun olarak, uygun fiyatlı temel ilaçlar ve aşılarla erişimin sağlanması ve özellikle herkesin ilaçlara erişiminin sağlanması

• 3.b.1: Ülkelerin ulusal programlarına dahil edilen tüm aşıların kapsadığı nüfusun oranı

• 3.b.2: Tıbbi araştırma ve temel sağlık sektörlerine toplam net resmi kalkınma yardımı

• 3.b.3: Sürdürülebilir bir temelde mevcut ve uygun fiyatlı temel ilaçlara sahip sağlık tesislerinin oranı

→ SKH 3.c: Özellikle en az gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan küçük ada devletleri olmak üzere gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmeti finansmanının ve sağlık işgücü istihdamının, geliştirilmesinin, eğitilmesinin ve devamlılığının önemli ölçüde artırılması

• 3.c.1: Sağlık çalışanı yoğunluğu ve dağılımı

→ SKH 3.d: Başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere bütün ülkelerin ulusal ve küresel sağlık risklerine karşı erken uyarı, risk azaltma ve risk yönetimi kapasitelerinin güçlendirilmesi

• 3.d.1: Uluslararası Sağlık Tüzüğü kapasitesi ve sağlık acil durum hazırlığı

• 3.d.2: *Seçilmiş antimikrobiyal dirençli organizmalara bağlı kan dolaşımı enfeksiyonlarının yüzdesi*

SKH 3; BKH içerisindeki 4, 5 ve 6 numaralı hedefler ile benzer hedefleri taşımaktadır. Her ikisinde de anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi yer almaktadır (2). SKH 3 ile bir adım daha giderek hedefin kapsamı ve kapsayıcılığının arttığını söyleyebiliriz. Ancak BKH'nin 2000 yılında ortaya konduğunu ve 2030 yılı için hala bu sağlık sorunlarının güncelliğini koruyor olması düşündürücü olmakla birlikte, bu hedef göstergelerinin ve hedefe yönelik yapılan ulusal ve uluslararası programların çıktılarının iyi değerlendirilmesi gerektiğini bizlere göstermektedir.

Uluslararası örgüt ve kuruluşlar SKH'nin amacına ulaşması için çeşitli sektörlerde iş birlikleri kurmakta ve ekip çalışması yürütmektedirler. Bu örgütlerden biri olan Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) SKH 3' e ulaşmak için ortaya koyduğu 7 adımdan oluşan eylem planı ise şu şekildedir (6):

→ Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ile uygun fiyatlı, erişilebilir ve adil sağlık hizmetlerine erişim herkes için sağlanabilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlıkla ilgili diğer hedeflere ulaşmak için de anahtardır.

→ Sağlık için sürdürülebilir finansman, sağlığa kamunun ayırdığı pay artırılarak ve kişilerin sağlığa cepten harcadıkları pay azaltılarak gerçekleştirilebilir. Bu yöntemle hem kişilerin nitelikli sağlık hizmetlerinden yararlanması hem de sağlığa harcadıkları parayı barınma, beslenme, güvenlik gibi alanlara harcamaları sağlanabilir. Cepten ödemenin azaltılması özellikle düşük geliri ülkelerde önemli fark yaratacaktır.

→ Toplum ve sivil toplum katılımı ile geçmişteki deneyimlerden ve bakış açılarından yararlanılarak sağlıkla ilgili politikalarda ve müdahalelerde daha etkili olunabilir ve böylece kimsenin geride kalmaması sağlanabilir. Aynı zamanda toplum katılımını sağlamak için ihtiyaç duyulan destek de verilmelidir.

→ Sağlığın belirleyicilerini ele alarak yani sağlıkla birlikte sağlık dışı sektörleri de sağlık politikalarına dahil ederek herkes için elverişli ve adil bir ortam yaratmak amaçlanmalı ve kimse geride bırakılmamalıdır.

→ Kırılgan ve hassas ortamlarda ve salgın hastalıkların yönetiminde yenilikçi programlar yapılmalı. *Sağlık ve insani yardım hizmetlerinin kırılgan ve savunmasız ortamlarda bulunmasını sağlamak ve hastalık salgınlarına etkin bir şekilde yanıt vermek; çok sektörlü koordinasyon, uzun vadeli planlama ve finansman, bilgi paylaşımı ve sağlık sistemi yönetimi ve işgücü kapasitesinin güçlendirilmesini gerektirir. Bu ortamlarda sağlık hizmetlerini güçlendirmek için hızlandırıcı programlar ile eyleme ihtiyaç vardır.*

→ Araştırma ve Geliştirme, Yenilik ve Erişim: *Araştırma ve yenilik; sağlık ürünleri ve hizmetlerinin niteliğini ve verimliliğini artırmak için kritik öneme sahipken, sürdürülebilir ve adil erişim; sağlık müdahalelerinin en çok ihtiyaç duyanlara ulaşmasını sağlar.*

→ Kapsamlı ve nitelikli veriler sağlık ihtiyaçlarını anlamak, programlar ve müdahaleler geliştirmek için önemlidir. Dijital teknolojiler aracılığıyla da sağlık verilerinin toplanma ve kullanılma şekli geliştirilerek daha hızlı ve herkes tarafından erişilebilir hizmetler artırılabilir, sağlık hizmet sektörü güçlendirilebilir.

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi 3.8 (SKH3.8)

SKH 3'ün 13 alt hedefinden biri olan SKH 3.8; sağlığın bir hak olması vurgusuyla evrensel sağlık kapsayıcılığının yaygınlaştırılması, mali risklerden korunma ve herkesin temel sağlık hizmetlerine, temel ilaçlara ve aşılarla erişiminin sağlanmasını amaçlamaktadır. Bu hedefteki ilerleme ise temel sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı ve hane halkı gelirinden sağlığa ayrılan pay ile ölçülmektedir (5).

Hedef kapsamında 2015 yılından bugüne kadar ilerlemeler sağlanmış olsa da ortaya çıkan krizler, çatışmalar, COVID-19 salgını gibi olağanüstü durumlar elde edilen kazanımların bölgesel veya küresel çapta kaybedilmesine neden olmaktadır. BM'nin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 2021 raporunda hala ülkelerin yaklaşık %90'ında temel sağlık hizmetlerinden bir veya daha fazlasında aksama olduğu bilgisi yer almaktadır (7). Hedef için mevcut göstergelere baktığımızda;

→ Temel sağlık hizmetlerinden biri olan aşılanmanın kapsayıcılığında; programın kabul edildiği 2015 yılından 2019 yılına kadar önemli ilerlemeler kaydedilmiş olup COVID-19 salgınıyla birlikte elde edilen başarılar riske girmiştir. 19,7 milyon çocuk 2019 yılında temel aşılarla erişemezken 2020 yılında 23 milyon çocuğun temel aşıları kaçırdığı görülmektedir (8)(9).

→ Eşitsizliği azaltmak ve sağlık hizmetlerine adil ve eşit erişimi sağlamak için kilit rol oynayan evrensel sağlık kapsayıcılığı; herkesin gereksinim duyduğu zamanda ve yerde, maddi sıkıntı yaşamadan sağlık hizmetlerine erişimi anlamına gelmektedir. Bu hizmetler sağlığın geliştirilmesi ve özendirilmesi, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakımla ilgili temel sağlık hizmetlerini içermektedir. Bu hedef doğrultusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Ancak COVID-19 salgınıyla birlikte aksayan sağlık hizmetleri başta sağlık sistemleri kırılgan olan ülkeleri etkilemekle birlikte tüm dünyayı etkilemiştir. Genel ve dezavantajlı gruplar arasında temel sağlık hizmetlerine (üreme sağlığı, ana sağlığı, yeni doğan sağlığı, çocuk sağlığı, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar,

hizmet kapasitesi) erişimi değerlendirmek için kullanılan evrensel sağlık kapsayıcılığı hizmet indeksi en iyi değer olarak kabul edilen 100 üzerinden hesaplanır. Bu indeks eşitlikle ilgili bir gösterge olarak ele alınır. Ortalama Dünya puanı 2000 yılında 45 iken 2017 yılında 66'ya yükselerek bir ilerleme kaydedilmiştir (7)(10). Evrensel sağlık kapsayıcılığı hizmet indeksi yönünden ülkeler ve bölgeler arasında farklılıklar vardır. İndeksin en düşük olduğu bölgeler Sahra altı Afrika ve Okyanusya olup Sahra altı Afrika'da uç değerler arasındaki fark daha fazladır. Ancak 2000 yılından 2017 yılına kadar Sahra altı Afrika'da bu değer 23'ten 44'e çıkararak en fazla artış görülen bölge olmuştur (7)

→ SKH 3.8'deki ilerlemeyi ölçmek için kullanılan göstergelerden bir diğeri de toplam hane halkı gelirinden sağlığa ayrılan paydır. Pandemi öncesinde hane halkı gelirinin %10'dan daha fazlasını sağlığa harcayan kişi sayısının 927 milyon olduğu tahmin edilmektedir ve bu nüfus dünya nüfusunun %12,7'sini oluşturmaktadır (8). DSÖ bölgeleri içerisinde toplam gelirden sağlığa ayrılan payın %10'u aştığı nüfusun oranı değişmekle birlikte bölge içerisindeki ülkeler arasında da büyük farklar görülebilmektedir. Örneğin; Afrika bölgesinde iki uçta yer alan Gambiya ve Sierra Leone bu duruma örnek verilebilir. Gambiya'da gelirinin %10'dan fazlasını sağlığa ayıran nüfus %0-0,20 arasında değişirken Sierra Leone'de bu oran %0-50 arasında değişmektedir. Türkiye'de ise bu oran %0 ile %3,2 arasındadır (11).

→ Hane halkı gelirinin %25'ten fazlasını sağlığa harcayan nüfusun ise dünya nüfusunun %3'üne denk gelen 209 milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir (8). Burada da en fazla artış yaşayan ülke Sierra Leone olmuştur. Ülkenin en güncel verisi 2011 yılına aittir ve 2003-2011 arasında gelirinin %25'inde fazlasını sağlığa harcayan nüfusun oranı %0,64'ten %22,16'ya çıkmıştır (10).

→ Sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamaların payının azaltılması sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığının artırılmasıyla mümkün olacaktır. Bireylerin sağlığa cepten harcadıkları payın toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının artması bireyin ve ailenin beslenme, barınma, eğitim, güvenlik gibi

temel gereksinimlere ayırdığı payın azalması anlamına gelmektedir. Bu alanlardaki payın azalması aynı zamanda olumsuz sağlık çıktıları olarak sonuçlanacak ve bir döngü şeklinde sağlığa cepten harcanan payın artmasıyla sonuçlanacaktır (8). Toplam sağlık harcamaları içerisindeki cepten harcama payı en yüksek olan ülke 2014 yılında Yemen olmuştur ve cepten harcama oranı %76,4'tür (12). Ülkedeki çatışma ortamı nedeniyle tüm temel hizmetlerdeki aksama göz önüne alındığında bu şaşırtıcı olmamaktadır.

→ Her ülke kendi kültürel, sosyal ve politik yapısına göre kendi sağlık politika ve sistemleri aracılığıyla temel sağlık hizmetlerindeki kapsayıcılığı arttırmayı amaçlamaktadır. Türkiye'de de SKH 3.8 için Sağlık Bakanlığı yönetiminde Sosyal Güvenlik Kurumu sorumlu olarak görevlendirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla başlayan süreçte tüm toplumun sigorta kapsamına alınması ve bireysel mali riski azaltmaya yönelik Genel Sağlık Sigortası oluşturulmuştur. Geri ödeme kapsamında bulunmayan hizmetler için de tamamlayıcı sağlık sigortası gibi alternatifler oluşturulmuştur. Strateji ve Bütçe Başkanlığı'nın raporuna göre 2002-2016 yılları arasında sosyal güvenlik kapsamının %70'ten %86'ya çıktığı belirtilmektedir. Aynı zamanda aşı ve temel ilaçlara erişimde istenen başarıya ulaşamadığı yeni düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu da vurgulanmıştır (13).

→ Türkiye'deki sağlık harcamaları durumuna bakıldığında 2019 TÜİK hane halkı tüketim harcaması verilerine göre hane halkı gelirinden eğitim, eğlence ve kültürel aktiviteler ile birlikte en düşük payı sağlık harcamaları almakta olup toplam gelir içerisindeki payı %2,2'dir (14). Toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı ise 2019 TÜİK sağlık harcamaları istatistiklerine göre %4,7 olup hane halkı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı %16,7 olarak verilmiştir (15).

Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı (ESK)

Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı (ESK) DSÖ tarafından her bireyin ve toplumun gereksinim duydukları yer ve zamanda gereksindikleri sağlık hizmetlerine

maddi sıkıntı çekmeden erişebilmesi olarak tanımlanmaktadır (16). ESK 2015 yılında kalkınma hedefleri belirlenirken kabul edilmiştir ve başta SKH 3.8 olmak üzere diğer hedeflerle de ilişkilidir. Ancak bu kapsayıcılık kavramının daha eski belgelere ve toplantılara dayandığını söylemek yanlış olmayacaktır. Küresel ölçekte sağlıklı insan, sağlıklı çevre, sağlıklı dünya hedefine doğru atılmış adımlardan biri de Alma Ata Konferansı'dır. Bu konferansta sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ve herkesin temel sağlık hizmetlerinden yararlanması için uygun koşulların yaratılması gerektiği vurgulanmaktadır. Ülke içerisinde ve ülkeler arasında sağlıklı olma hakkından yararlanma ve sağlık düzeyleri yönünden bir eşitsizlik olduğunun üzerinde durulması ESK yolunda önemli adımlardan biridir (17). Alma Ata'dan günümüze kadar ESK hedefine yönelik birçok ilerleme olmuştur ancak 40 yıl sonra Astana'da gerçekleştirilmiş olan Temel Sağlık Hizmetleri Dünya Konferansı üzerinde özellikle durulmalıdır. Bu toplantıda ESK hedefinin gerçekleşmesinde en önemli ögenin Alma Ata'da olduğu gibi temel sağlık hizmetlerine erişim olduğu üzerinde durulmuş ve herkesin gereksinim duyduğunda maddi zorluğa düşmeden yüksek nitelikte sağlık hizmetine erişmesi gerektiği belirtilmiştir (18). Alma Ata üzerinden 40 yıl geçmesine rağmen temel sağlık hizmetlerine erişimin tekrar gündeme alınmış olması, bu başlığın önemini hala koruması sağlık sistemleri içerisinde temel sağlık hizmetlerine yeterince yer verilmediğini düşündürmektedir. ESK'nın, kalkınma hedeflerinin ve Astana Konferansı'nın, sağlığı sadece hizmet boyutuyla sınırlandırdığı ve sigorta kapsamının üzerinde çok durulmasının sağlığı özelleştirdiğine yönelik eleştirilerin bulunması da ortaya konulan amaçların yeterince açık olmadığını göstermektedir (19). Bu nedenle ESK'ya erişmek için sağlık hizmetlerinin tedavi odaklı değil birey odaklı değerlendirilmesi ve bireyin sağlıklı ve hasta olduğu dönemlerin bütünsel olarak ele alınması sağlanmalıdır (20).

Hizmet sunumunda yer alan sağlık sistemlerinin ESK hedefine ulaşmada önemli işlevi vardır ve hedefe yönelik olarak sağlık

sistemlerinin eşitlik ve hakkaniyet ilkelerini temel alıyor olması gerekmektedir. Ancak bu ilkeleri sadece temel almak ve benimsemek sonuç almak konusunda yeterli olmayacaktır. Kapsayıcılığın genişletilmesine yönelik politikalar oluşturulmalı ve uygulamaya geçirilmelidir (21). Sağlık sistemlerinin çalışma ilkesinin belirlenmesinde hükümetlerin büyük söz sahibi olduğu göz önüne alınırsa ESK hedefine erişmenin politik bir seçim olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır (22). Ancak hem politikalar yapılırken hem de uygulanırken yalnızca sağlık sistemleri üzerinden hareket etmek yeterli değildir. ESK'ya yaklaşımın multisektörel olması daha başarılı sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır. Aynı zamanda "sağlığın yalnızca sağlık hizmeti" olarak değil sosyal ve toplumsal boyutlarının olması da multisektörel yaklaşımın önemini göstermektedir (19).

Politika yapıcılar, ESK'nın temel unsurları olan; nüfus kapsamı, hizmet kapsamı ve maliyet kapsamını göz önüne almalıdır (23). Kapsayıcılık hedeflenirken finansal, coğrafi, sosyokültürel, toplumun sağlığa yaklaşımı gibi faktörler de dikkate alınmalıdır (24). Temel sağlık hizmetleri ön planda tutularak nüfus ve hizmet kapsamında, finansmanda kamu payı daha yüksek tutularak ise maliyet unsurunda kapsayıcılığın artırılması sağlanabilir. Kamu gelir kaynaklarıyla sosyal sağlık sigortasının oluşturulmasının cepten harcamaları azaltacağı ve bu sayede ESK hedeflerinden olan mali riskin azaltılacağı öngörülmektedir (25)(26). Vatandaşlar arasında daha çok vergi verenin daha çok ve nitelikli hizmetten yararlanma isteği olabilmektedir. Politikacılar ise kamu gelir kaynaklarından sağlığa ayrılacak payın artırılması söz konusu olduğunda "ESK'nın devlete ne kadar mali yük getireceğini" düşünebilmekte ya da "yalnızca kamu harcamalarının artmasıyla ESK'ya erişileceği" yanılığına düşebilmektedir. Ancak temelde kamu kaynaklarının ne kadar verimli kullanıldığı üzerinde durulması gerekir (27). Düşük-orta gelirli ülkelerde kamu kaynakları ile temel sağlık hizmetlerinin tamamına yatırım yapılması zorlayıcı ve gerçekleştirilmesi uzak bir olasılık olabilmektedir. Bu ülkelerde

önceliklerin belirlenmesi ESK'ya erişimde kamu kaynaklarının verimli kullanımı için uygun bir yöntem olabilir. Sağlık hizmetlerindeki önceliklendirmeye yönelik önemli hastalıklar olarak kabul edilen; sık görülen, sık öldüren ve sık yeti yitimine yol açan hastalıkların belirlenmesi ve sağlık hizmetlerinin buna göre planlanması kapsayıcılık açısından olumlu sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır (24). Aynı zamanda düşük-orta gelirli ülkelerdeki ulaşım, eğitim, altyapı hizmetleri konularındaki yetersizlikler de kapsayıcılığın önünde bir engel olup ESK politikaları oluşturulurken göz önünde bulundurulmalıdır.

ESK hedeflerinin gerçekleştirilmesinde küresel ölçekte daha çok yol kat edilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte HIV/AIDS konusunda olumlu sonuçların elde edilmiş olması ESK'ya ulaşmanın imkansız olmadığını göstermektedir (25). Düşük-orta gelirli, altyapı sorunu olan, sağlık sistemlerinin dayanıksız olduğu ve/veya temel sağlık bilgisine erişimin yetersiz olduğu ülkeler de içinde olmak üzere HIV tedavisi için kullanılan antiretroviral tedaviye (ART) erişim büyük ölçüde sağlanabilmiştir. HIV pozitif olanların %90'ının pozitif olduğunu öğrenmesi, tanı alanların %90'ının ART'ye erişiminin sağlanması ve tedavi alanların %90'ında viral baskılanmanın sağlanması yani, 90-90-90 hedefine ulaşılması durumunda kapsayıcılığın büyük ölçüde sağlandığı kabul edilmektedir. UNAIDS 2020 yılsonu verilerine göre HIV pozitif olanların %84 (67-98)'ü HIV durumunu öğrenmiş, HIV pozitif olanların %87'si (67-98) ART'ye erişebilmiş ve tedavi alanların %90'ında (70-98) viral baskılanma sağlanmıştır (28).

Salgın hastalıklar korunma, tanı, tedavi süreçlerinin birlikte yürütülmesiyle baş edilebilecek hastalıklardır. Eğer aşı gibi güçlü bir silah varsa bu savaşta enfeksiyöz etkene karşı elimiz güçlenmektedir. COVID-19 'un pandemi olarak nitelenmesinden sonra bugünkü teknolojik olanakların da etkisiyle hızlı bir şekilde aşı üretimi sağlanabilmiştir (29). Dünyayı etkisi altına almış böyle bir hastalık sorunu (pandemi) ile savaşta tüm dünyayı işin içine katmadan başarı sağlamak olanaklı değildir. Bu nedenle her ülkede belli oranda

nüfusun tam aşılanmış olması gerekmektedir. DSÖ de COVID-19 salgınında “herkes güvende olmadan hiç kimsenin güvende olmayacağı” vurgusuyla hareket etmektedir. Aşılama kapsayıcılığını genişletmek ve özellikle düşük-orta gelirli ülkelerde olmak üzere küresel olarak COVID-19 aşılara hakkaniyetli bir erişim sağlamak amacıyla COVAX oluşturulmuştur (30). COVAX aracılığıyla 144 ülkeye 693,5 milyon doz aşı gönderilmiş, tedarik edilmek üzere toplam 4,274 milyar doz aşı anlaşması yapılmıştır (31).

Güncel verilere bakıldığında aşılama eşit erişim ve hakkaniyeti sağlamaya yönelik COVAX gibi girişimlerin henüz yeterli olmadığı görülmektedir. COVID-19 aşılmasının başladığı günden bir yıl geçmesine karşın, 13 Aralık 2021 tarihli verilere göre dünya nüfusunun yalnızca %56’sı bir doz aşısını yaptırmıştır ve hala 3,6 milyar hiç aşı yaptırmamış nüfus bulunmaktadır (32)(33). Aynı zamanda aşıya hiç erişemeyen bu nüfusun büyük bir kısmı düşük-orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır ve aşılama konusunda en dezavantajlı bölge Afrika bölgesidir (32).

Yüksek gelirli ülkelerde nüfusun %64,94’ü 8 Aralık 2021 tarihinde en az bir doz aşılanmış olup bu oran düşük gelirli ülkelerde %8,35’tir (34). Aşılama var olan bu eşitsizlik nüfusunun büyük çoğunluğu tam aşılanmış olan ülkeleri güvende hissettirmemelidir. Yeterli bağışıklığı sağlayamadığımız bir ortamda virüs kendisini değiştirmeye devam edecek ve yeni varyantlarla birlikte salgını sonlandırma çabaları bitmeyecektir. Şu anda Omicron varyantı gündemimizde olup hızla yayılım göstermektedir ve aşılama bu adaletsizlikle devam ettiği sürece yeni varyantların ortaya çıkması kaçınılmazdır.

Sağlık Sistemlerinin Kapsayıcılık İşlevi

SKH 3 ve ESK hedeflerinin gerçekleştirilmesinde sağlık sistemleri önemli rol oynamaktadır ve işleyişlerinin bu doğrultuda planlanması gerekmektedir. Sağlık sistemleri, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; birincil amacı sağlığı geliştirmek, iyileştirmek ve sürdürmek olan kurumlar, kaynaklar ve insanlardır

şeklinde tanımlanmıştır (35). Dünya Sağlık 2000 Raporu’nda sağlık sistemlerinin; duyarlı, mali yönden adil ve mevcut kaynakları en verimli şekilde kullanarak sağlıkta eşitliği sağlama amacı olduğu vurgulanmaktadır (36). DSÖ de sağlık sistemlerinin; sağlık hizmeti, sağlık işgücü, sağlık bilgi sistemleri, tıbbi ürünler-aşılar-teknoloji, finansman, liderlik ve yönetim olmak üzere 6 temel yapıtaşını üzerinde durmakta ve “Herkes İçin Sağlık” kavramını temel alarak sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesini amaçlamaktadır (35)(37). Bu tanımlamaların ve özelliklerin tümü sağlık sistemlerinin kapsayıcılıktaki işlevi konusunda fikir vermektedir.

Sağlık sistemlerinin hizmet sunumu aracılığıyla kapsayıcılıkta büyük ve önemli bir işlevi olduğu kabul edilse de iki yıldır yaşamakta olduğumuz COVID-19 salgını bu işlevin iyi bir şekilde gerçekleşmediğini göstermektedir. Salgının başında COVID-19’un ırk, dil, din, cinsiyet, coğrafi sınırlar ayırt etmediği söylenmekteydi. Ancak bugüne gelindiğinde salgından en fazla yaşlılar, çocuklar, kadınlar yerinden edilmiş nüfus, yeti yitimi olanlar, göçmenler gibi savunmasız grupların etkilendiği görülmektedir (38). Bu grupların salgın öncesinde de dezavantajlı olarak tanımlanması var olan sağlık sunumunda yeterince yer bulamadıklarını göstermektedir. Aynı zamanda COVID-19 salgınının doğrudan sağlık üzerindeki etkileri yanında sağlıkla ilişkili sosyal risklerinden de en fazla etkilenen bu gruplar olmuştur. Gelir kaybı, yeterli ve nitelikli gıdaya erişimde eksiklik, su, sanitasyon ve hijyen olanaklarına erişimdeki sıkıntılar, temel sağlık hizmetlerine erişimdeki yetersizlikler savunmasız grupların sağlıklı yaşama haklarına engel olmuştur (39). Bulgular sağlık sistemlerinin üzerine düşen herkese eşit ve adaletle ulaşma ilkesini gerçekleştirmediğini göstermektedir. Bugünden itibaren sağlık sistemleri değişim göstermeli, insan merkezli hareket etmeye başlamalı ve sağlık kapsayıcılığını genişletmelidir (20).

Sağlık sistemlerinin önemi doğrultusunda DSÖ; sağlık sistemlerinin kapsayıcılığının artırılması, sağlık

sistemlerine her bir vatandaşın eşit erişimi, hakkaniyetli sağlık hizmeti gibi kavramları temel alarak hedefler belirlemiştir. Sonrasında Alma Ata Konferansı başta olmak üzere 1970'lerle başlayan süreçte birçok çalışma ve raporda "Herkes İçin Sağlık" hedefi vurgulanmış ve bu açıdan yapılacaklara yönelik stratejiler belirlenmiştir (17). Sevk zincirinin iyi işlediği bir sağlık sisteminde birinci basamak sağlık hizmetleri ilk başvuru noktası olması, bütüncül ve sürekli hizmet sağlaması dolayısıyla kapsayıcılığın artırılmasında kilit rol oynamaktadır (40). "İki Bin Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık" ve Avrupa Bölgesi için Health 21 başta olmak üzere birçok çalışmada da herkesin sağlık hizmetlerine eşit erişiminde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemine dikkat çekilmiştir. Yaşanılmakta olan salgının ağır sonuçları ve adım atmakta geç kalınması sonucunda sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılması gerektiği vurgulanmaktadır. DSÖ sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve gelecekte olabilecek halk sağlığını tehdit eden krizlere hazırlıklı olmak amacıyla güncel önerilerini ise aşağıdaki gibi sıralamaktadır (38);

→ *Hem pandemi hazırlığını hem de sağlık sistemlerini güçlendirmek için var olan durumdan yararlanın*

→ *Tehlikelerin tümü açısından acil durum risk yönetimi için gerekli olanlar da dahil olmak üzere temel halk sağlığı işlevlerine yatırım yapın*

→ *Güçlü bir birinci basamak yapılandırılması ve sağlık hizmeti temeli oluşturun*

→ *Toplumun tümünün katılımı için kurumsallaşmış mekanizmalara yatırım yapın*

→ *Araştırma, yenilik ve öğrenme için elverişli ortamlar yaratın ve özendirin*

→ *Sağlık sistemi temellerine ve tüm tehlikelere karşı acil durum risk yönetimine yerel ve küresel yatırımı artırın*

→ *Önceden var olan eşitsizlikleri ve COVID-19'un marjinalleştirilmiş ve savunmasız nüfuslar üzerindeki orantısız etkisini ele alın*

Temelde her ülke kendi kültürel, politik, sosyal ve ekonomik yaklaşımına uygun olan sağlık sistemini kullanıyor olsa da

toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, kalkındırmak ve geleceğe güvenle taşıyabilmek için sağlık sistemlerinin;

→ Sağlık kapsayıcılığını temel sağlık hizmetlerini herkese ulaştıracak şekilde genişletilmesi

→ Birinci basamağı güçlendirmesi

→ Sürdürülebilir kalkınma hedeflerini bütüncül olarak ele alıp ülke koşullarına uygun olarak yapısına katması

→ İnsan odaklı bir yaklaşım sürdürmesi

→ Kamu, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği içerisinde ve hakkaniyet temeliyle hareket etmesi gerekmektedir.

COVID-19 ve ESK

Evrensel sağlık kapsayıcılığına erişimde bugüne kadar birçok ilerleme elde edilmiş olsa da COVID-19 salgınıyla birlikte geriye gidiş söz konusudur. Sağlık kapsayıcılığının sağlanmasında sağlık sistemlerinin büyük bir rolü olduğu bilinmektedir ve her ülke kendi yapısına uygun finansman yöntemiyle topluma sağlık hizmet sunumunu gerçekleştirmektedir. Türkiye'de sağlık sisteminin sunduğu hizmetlerin finansmanı çalışanlardan alınan ve devlet tarafından karşılanan primlerle sağlanmaktadır (41). SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) Kasım 2021 verilerine göre; 4A+4B+4C kapsamındaki nüfus 73.205.046, GSS kapsamında tescil edilen nüfus 9.206.826 ve GSS primi devlet tarafından karşılanan nüfus 7.026.839 (GSS primi devlet tarafından karşılananların oranı %78 devlet ödemesi). SGK Mart 2020 verilerine göre 4A+4B+4C kapsamındaki nüfus 70.130.814, GSS kapsamında tescil edilen nüfus 11.702.149 ve GSS primi devlet tarafından karşılanan nüfus 9.315.247 (GSS primi devlet tarafından karşılananların oranı %79) (42).

Salgının yayılmasını azaltmaya yönelik alınan tedbirler ve ekonomik destek paketlerinin yetersiz kalması; dönüşümlü çalışma, uzaktan çalışma, kısa çalışma, ücretli/ücretsiz/idari izin uygulamalarını yaygınlaştırmıştır. Bunların sonucu olarak işten çıkarmalar ve işgücünden çekilmeler dolayısıyla istihdam ve gelir kaybı artmıştır (43). İşsizliğin artması, iş olanaklarının

azalmasının etkilerini azaltmaya yönelik kısa çalışma ödeneği, işten çıkarmaların yasaklanması, bankaların istihdamın devam etmesine yönelik kredi kullanımında sağladığı kolaylıklar yetersiz kalmıştır. Bu nedenle bireylerin sağlık güvenceleri tehdit altına girmektedir (44)(45).

Salgınla geçirilen on sekiz aylık dönemde (2020 Ocak-2021 Haziran) eşdeğer tam zamanlı istihdam kaybı %13,2 olarak hesaplanmıştır. Bu oran eşdeğer tam zamanlı istihdam kaybı %8,8 olan dünya ortalamasının çok üstündedir. Yoksulluk oranında 2009 yılından sonra azalış görülmekle birlikte salgının yarattığı koşullar neticesinde tekrar artış meydana gelmiştir (43). Yapılan sosyal harcama miktarında

görülen artışın 2020 yılına gelindiğinde yoksulluğu azaltması beklenirken COVID-19 salgınının neden olduğu gelir kaybından dolayı yoksulluğun arttığı görülmüştür (46).

Sağlığın sadece hizmet olarak ele alınması, ekonomik yönünün göz ardı edilmesi salgınla savaşa gölge düşürecektir. Yapılan çalışmalar göz önüne alındığında ülkemizde salgın sürecinde artan işsizlik ve buna bağlı olarak gelişen istihdam ve gelir kaybı toplumdaki bireylerin sağlık güvenceleri için bir tehdit oluşturmaktadır. Salgının getirmiş olduğu birçok sağlık sorununa ekonomik sorunlar da eklendiğinde ESK'dan gitgide uzaklaşmakta olduğumuz görülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Toplumu bir bütün olarak, her yönüyle ele almayı amaçlayan Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerindeki ilerlemenin; COVID-19 salgınıyla birlikte yavaşlayacağı, elde edilen kazanımların kaybedilme tehlikesi olduğu bilinen bir gerçektir. Salgın süresince ortaya çıkan vaka ve ölüm sayıları, sağlık sistemlerinin bu süreçte kapasitesinin zorlanması; ülkelerin var olan sağlık sistemlerini gözden geçirmesini ve ESK'nın sağlık sistemlerinin temelinde yer almasını sağlaması gerektirmektedir (47). Aynı zamanda salgın sürecinde yaşanmış olan gelir ve istihdam kayıpları kalkınma hedeflerinin temel yapıtaşlarından biri olan yoksulluğun kaldırılmasının önünde bir engel oluşturmaktadır. Bundan dolayı bireyler üç numaralı hedef kapsamında yer alan mali riskle karşı karşıya kalmadan sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını kullanamamaktadır (46).

Her olağanüstü durumda hatırlandığı gibi toplum içerisindeki bir kişinin bile arkada kalması toplumun kırılabilirliğini artırmakta, gelişmesine engel olmaktadır. Gelişmiş bir dünya hedefi de her bir bireyin sağlık kapsayıcılığının sağlanması ile olanaklıdır. Bu nedenle evrensel sağlık kapsayıcılığı ilkesi tüm bileşenleriyle benimsenmeli ve uygulanmalıdır. Evrensel sağlık kapsayıcılığının politik bir seçim olduğu ve uygulayıcıların politikacılar olduğu birçok kez vurgulanmıştır. "Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin", "Evrensel Sağlık Kapsayıcılığının" ve "sağlık sistemlerinin kapsayıcılığının artırılmasının" olumlu sonuçları; vatandaşlara, hükümetlere ve uluslararası yapılanmalara etkili bir şekilde anlatılmalı ve desteklenmesi sağlanmalıdır. Böylece "Herkes İçin Sağlık" hedefi daha erişilebilir olacaktır.

Kaynaklar

1. UN | Peace, dignity and equality on a healthy planet [Internet]. [cited 2021 Nov 29]. Available from: <https://www.un.org/en>
2. WHO. Millennium Development Goals (MDGs) [Internet] 2018. [cited 2021 Nov 28]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
3. UN. Millennium Development Goals Report 2015 | Latest Major Publications - United Nations Department of Economic and Social Affairs [Internet]. [cited 2021 Nov 29]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2015.html>
4. UN. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development | Department of Economic and Social Affairs [Internet]. [cited 2021 Nov 28]. Available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
5. UN. Goal 3 | Department of Economic and Social Affairs [Internet]. [cited 2021 Dec 2]. Available from: <https://sdgs.un.org/goals/goal3>
6. WHO. The Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All [Internet]. [cited 2021 Nov 28]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan>
7. UN. The Sustainable Development Goals Report 2021 [Internet]. United Nations. 2021. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2021/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2021.pdf>
8. UN. Progress towards the Sustainable Development Goals Report of the Secretary-General [Internet]. United Nations Economic and Social Council. 2021. Available from: <https://undocs.org/en/E/2021/58>
9. UNICEF. Vaccination and Immunization Statistics - UNICEF DATA [Internet]. 2021. [cited 2021 Dec 4]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/>
10. Goal 3: Good Health and Well-Being - SDG Tracker [Internet]. Our World in Data. [cited 2021 Dec 5]. Available from: <https://sdg-tracker.org/good-health>
11. WHO. Population with household expenditures on health greater than 10% of total household expenditure or income (SDG 3.8.2) (%) [Internet]. [cited 2021 Dec 5]. Available from: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/population-with-household-expenditures-on-health-greater-than-10-of-total-household-expenditure-or-income-\(sdg-3-8-2\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/population-with-household-expenditures-on-health-greater-than-10-of-total-household-expenditure-or-income-(sdg-3-8-2)-(-))
12. Share of Out-of-Pocket Expenditure on Healthcare, 2014 [Internet]. Our World in Data. [cited 2021 Dec 5]. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/share-of-out-of-pocket-expenditure-on-healthcare>
13. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Sürdürülebilir kalkınma amaçları değerlendirme raporu 2019 [Internet]. Ankara; 2019. Available from: <https://www.sbb.gov.tr/2019-yayinlari/>
14. TÜİK. Hane Halkı Tüketim Harcaması, 2019 [Internet]. [cited 2021 Dec 5]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Household-Consumption-Expenditures-2019-33593>
15. TÜİK. Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019 [Internet]. [cited 2021 Dec 5]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2019-33659>
16. WHO. Universal health coverage (UHC) [Internet]. [cited 2021 Dec 7]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
17. WHO. Declaration of Alma-Ata [Internet]. [cited 2021 Nov 21]. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
18. Temel Sağlık Hizmetleri Dünya

- Konferans: Astana Bildirisi - HASUDER [Internet]. [cited 2021 Dec 9]. Available from: <https://hasuder.org.tr/temel-saglik-hizmetleri-dunya-konferansi-astana-bildirisi/>
19. Kittelsen SK, Fukuda-Parr S, Storeng KT. Editorial: The political determinants of health inequities and universal health coverage. *Global Health* [Internet]. 2019;15:1-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-019-0514-6>
 20. Nomura S, Siesjö V, Tomson G, Mohr W, Fukuchi E, Shibuya K, et al. Contributions of information and communications technology to future health systems and universal health coverage: Application of Japan's experiences. *BMC*. 2020;18(73):1-9.
 21. Van Roode T, Pauly BM, Marcellus L, Strosher HW, Shahram S, Dang P, et al. Values are not enough: Qualitative study identifying critical elements for prioritization of health equity in health systems. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):1-13.
 22. Tangcharoensathien V, Mills A, Patcharanarumol W, Witthayapipopsakul W. Universal health coverage: Time to deliver on political promises. *Bull World Health Organ*. 2020;98(2):78-78A.
 23. Perehudoff K, Demchenko I, Alexandrov N V., Brutsaert D, Ackon A, Durán CE, et al. Essential medicines in universal health coverage: A scoping review of public health law interventions and how they are measured in five middle-income countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):1-26.
 24. Cerf ME. Sustainable Development Goal Integration, Interdependence, and Implementation: the Environment–Economic–Health Nexus and Universal Health Coverage. *Glob Challenges*. 2019;3(9):1-6.
 25. Mukherjee JS, Mugunga JC, Shah A, Leta A, Birru E, Oswald C, et al. A practical approach to universal health coverage. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2019;7(4):e410–1. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30035-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30035-X)
 26. Jowett M, Cylus J, Brunal MP, Flores G. Spending targets for health: no magic number. *Health Systems Governance & Financing*, WHO. Geneva; 2016.
 27. Barber SL, O'dougherty S, Torres LV, Tsilaajav T, Ong P. Other considerations than: How much will universal health coverage cost? *Bull World Health Organ*. 2020;98(2):95-9.
 28. UNAIDS. UNAIDS data 2021. 2021. Available from: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_un_aids_data
 29. WHO. Vaccine equity [Internet]. [cited 2021 Dec 14]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/vaccine-equity>
 30. WHO. COVAX Working for global equitable access to COVID-19 vaccines [Internet]. [cited 2021 Dec 13]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>
 31. UNICEF. COVID-19 Vaccine Market Dashboard | UNICEF Supply Division [Internet]. [cited 2021 Dec 14]. Available from: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>
 32. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Statistics and Research - Our World in Data [Internet]. [cited 2021 Dec 14]. Available from: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
 33. GAVI. We've had COVID-19 vaccines for one year. How can we make better use of them? | Gavi, the Vaccine Alliance [Internet]. [cited 2021 Dec 14]. Available from: <https://www.gavi.org/vaccineswork/weve-had-covid-19-vaccines-one-year-how-can-we-make-better-use-them>
 34. UNDP. Global Dashboard for Vaccine Equity - UNDP Data Futures Platform [Internet]. [cited 2021 Dec 14]. Available from: <https://data.undp.org/vaccine-equity/>

35. WHO. *Everybody's business: strengthening health systems improve health outcomes:WHO's framework for action.* [Internet]. 2007 [cited 2021 Nov 14]. Available from: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
36. WHO. *The World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance* [Internet]. WHO,Geneva. 2000 [cited 2021 Nov 14]. Available from: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
37. WHO. *The World Health Report. Research for universal health coverage.* WHO,Geneva. 2013.
38. WHO. *WHO's 7 policy recommendations on building resilient health systems* [Internet]. [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://www.who.int/news/item/19-10-2021-who-s-7-policy-recommendations-on-building-resilient-health-systems>
39. Barron GC, Laryea-Adjei G, Vike-Freiberga V, Abubakar I, Dakkak H, Devakumar D, et al. *Safeguarding people living in vulnerable conditions in the COVID-19 era through universal health coverage and social protection.* *Lancet Public Heal.* 2021;2667(21):1-7.
40. Ünal B, Kılıç B. *Toplum Yönelimli Birinci Basamak Sağlık Hizmeti.* *Türkiye Klin.* 2021;20-6.
41. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. *Kurulu B, Tarihi K. Genel Sağlık Sigortası kapsamında gelir tespiti, tescil ve izleme sürecine ilişkin usul ve esaslar hakkında yönetmelik* [Internet]. [cited 2022 Feb 15]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20112512.pdf>
42. SGK. *Aylık İstatistik Bilgileri* [Internet]. [cited 2022 Feb 15]. Available from: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/krurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri
43. DİSK. *DİSK-AR Salgının bilançosu çıkardı: 3,6 milyon istihdam kaybı* [Internet]. 2021. Available from: www.arastirma.disk.org.tr
44. HASUDER. *Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Çalışma Grubu.* In: Okyay P, Üner S, editors. *Halk Sağlığı Bakışı Açısıyla COVID-19 Pandeminin İlk Yılı.* Ankara; 2021. p. 237-253.
45. Aydın K, Sönmüş A. *Türkiye'de ve G-20 ülkelerinde covid-19 sürecinde devletlerin politikaları.* *Al-Farabi Int J Soc Sci* [Internet]. 2021;6(1):90-5. Available from: <http://dergipark.gov.tr/farabi>
46. Özbay F. *Türkiye'de yoksulluk ile mücadelede sosyal bütçe anlayışı.* *Econharran Harran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg.* 2022;6(9):1-11.
47. Lal A, Erondur NA, Heymann DL, Gitahi G, Yates R. *Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage.* *Lancet* [Internet]. 2021;397:61-7. Available from: [doi:10.1016/S0140-6736\(20\)32228-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32228-5).