

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE TÜRKİYE'DE İZLENEN SAĞLIK POLİTİKALARI

Prof. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR, Ankara Üniversitesi

Bize kendinizden bahseder misiniz?

Ankara Üniversitesi (AÜ) Siyasal Bilgiler Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü'nden 1994 yılında lisans, 1999 yılında yüksek lisans, 2007 yılında doktora derecesi aldım. Doktora öğrenimim sırasında London School of Economics'in Sosyal Politika (LSE Health) bölümünde misafir araştırmacı olarak görev yaptım. 1988-2001 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı'nda değişik görevlerde bulundum. 2000 yılında Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Teşkilatı'nın Kosova Misyonu'nda Sağlık Müfettişi olarak görev yaptım. Sosyal politika, sosyal güvenlik, sağlık politikası, sağlığın ekonomi politikası ve sağlık finansmanı konularında akademik çalışmalar yürütmekteyim. Yirmi yıldır görev yaptığım AÜ. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümünde halen öğretim üyesi olarak çalışmaktayım.

Korona virüs 2020'de Dünya'nın farklı bölgelerinde görülmeye başlandı. Fakat biz Türkiye'de etkilerini mart ayında görmeye başladık. Siz virüsün etkilerini ne zaman hissetmeye başladınız, virüsü ilk duyduğunuzda sizi endişelendirdi mi?

Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye'de ilk Covid-19 vakasının 11 Mart 2020 tarihinde tespit edildiği açıklandı. Bu tarih ilginç bir biçimde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Covid-19'u dünya çapında bir salgın (pandemi) olarak ilan ettiği tarih. Bu çakışma Türkiye'de Covid-19 nedeniyle ilk ölümün birkaç gün gibi çok kısa bir süre içerisinde açıklanması (17 Mart) ile birlikte düşünüldüğünde, salgının Türkiye'ye de sıçramış olduğu bilgisinin kamuoyu ile paylaşılmamış olabileceği kuşkusunu doğurdu. Öte yandan sahadaki gözlemler salgının daha erken bir şekilde ulaşmış olabileceğini doğruluyor. Bu gözlemlerden ilki 11 Mart'tan önce Türkiye'de ağır bir biçimde seyreden H1N1 (domuz gribi) salgınının, benzer belirtiler veren hastalıklar olmaları nedeniyle Covid-19 ile birlikte seyretmiş olma olasılığıdır. İkincisi ise yoğun bakım uzmanlarının 11 Mart'tan önce

(özellikle Aralık ve Ocak ayları için) şiddetli solunum yetmezliğine bağlı ölümlerdeki dikkat çeken artışa ilişkin gözlemleridir. Bu gözlemlerin bugün kanıtlanması zor olmakla birlikte, Türkiye'de salgının 11 Mart öncesinde ortaya çıkmış olma ihtimalini artırdıkları söylenebilir.

Covid-19 salgınının Türkiye'de görülmeye başlandığının resmi olarak açıklanması herkes kadar beni de tedirgin etti elbet. Özellikle İspanya ve İtalya'daki görüntüler ve yüksek ölüm oranları çok kaygı verici idi. Şu an bu ülkelerdeki vaka sayısı epey gerilemiş olmasına rağmen ilk günlerde hastanelerde yatak bulanamaması, hastane yataklarının bahçelere kurulması, insanların sokakta ölmüş bir şekilde basına yansımaları çok endişe verici görüntüler idi.

Pandemi sürecinde kurumunuzda ya da kişisel olarak aldığınız görevler nelerdir?

Tüm akademisyenler gibi evden çalışmaya başladım. Standart işlerin arasına sağlık politikaları ile pandemi ilişkisi konusunda yazılar, röportajlar ve sunumlar eklendi. Özellikle farklı sağlık sistemlerinin ve politikalarının pandemiye verdiği farklı yanıtların nedenlerini anlamaya ve anlatmaya çaba gösterdim.

Sizce Türkiye'de COVID-19'un oluşturduğu tehdidi fark etmekte geç kalındı mı?

Bu soru ilk soru ile birlikte değerlendirilebilir. Türkiye tehdidi fark etmede gecikmiş olabilir mi sorusunun bence iki yanıtı var. Hem evet hem hayır denebilir. Bilim Kurulunu oluşturma konusunda epey erken harekete geçildi. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 10 Ocak 2020'de "Koronavirüs Bilim Kurulu" oluşturuldu. Ancak Sağlık Bakanlığı bünyesinde DSÖ'nün kılavuz belgeleri doğrultusunda 2019 yılında oluşturulan ve Covid-19'da da kolaylıkla uygulanabilecek "Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı" erken dönemde Covid-19 ile mücadeleye uyarlanamadı. Örneğin bu planda yer alan "pandemi yönetimi" basamakları ve işleyişi uygulanmadı. İl Pandemi Kurullarının kurulması Mart sonunu buldu.

Yine toplum katılımı sağlanamadı ve bilim kurulunun kararlarının izlenip değerlendirileceği bir mekanizma kurulamadı. [1]

Türkiye’de ilk vakanın görülmesinden bu yana 3 ay geçti, bu geçen süreçte alınan önlem ve izlenen sağlık politikalarının zayıf ve güçlü yanları sizce nelerdir? Bundan sonraki süreçle ilgili önerileriniz neler? Türkiye’de ilk vaka görüldüğünden bu yana geçen süreci ve mevcut durumu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Sizin de vurguladığınız gibi Türkiye’de ilk vakanın görülmesinden bu yana 3 ay geçti. 11 Haziran 2020 tarihi itibarıyla dünyada 7,6 milyona ulaşan toplam vaka sayısı Türkiye’de 174.023 olarak gerçekleşti. Dünyada 423 bini aşan toplam ölüm sayısı ise Türkiye’de 4.763’e ulaştı. Türkiye toplam vaka sayısı bakımından dünyada 11, toplam ölüm sayısında ise 17. konumuna geldi. [2]

Zayıf yanlar olarak da nitelendirilecek pandemi yönetiminde öne çıkan sorunların en önemlileri; test stratejisi sorunu, şeffaflık ve verilerin güvenilirliği sorunları ve “normale dönüşün” (yeniden açılmanın) bir anda olması olarak sıralanabilir.

Türkiye’nin test stratejisi bazı sorunları içermektedir. Bu sorunlar; nüfus başına test sayısının yetersiz kalması, uzun bir süre boyunca tek bir laboratuvarın yetkili kılınması, testin etkinliği ve test kriterlerinin sınırlı tutulmasıdır. Mayıs 2020 verilerine göre OECD ülkelerinde milyon kişi başına ortalama 27.7 test yapılırken, Türkiye’de sadece 13.2 test yapılmıştır. Test sayısı İzlanda’da milyon kişi başına 147.6, Lüksemburg’da 75.8’dir.[3]

3 ay geçmesine rağmen Türkiye’de hala sadece test sayısının yayımlanması, test yapılan kişi sayısı ve kişi özelliklerinin yayımlanmaması da ayrı bir sorundur. Test ile ilgili bir diğer sorun, testin (PCR) %30 düzeyinde yalancı negatiflik oranına sahip olmasıdır. Bu durum testin pozitif olan her üç vakadan sadece ikisini yakalayabilme gibi sınırlı bir kapasiteye sahip olduğu anlamına gelmektedir. Test kriterleri düne kadar çok sınırlı tutulmakta idi. Sadece ateş, öksürük ve nefes darlığı belirtilerini gösterenlere test yapılmakta idi. 1 Haziran 2020 tarihi itibarıyla Sağlık Bakanlığı ateş, öksürük, nefes darlığı dışında; boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından ikisine sahip olanlara da test uygulanmasına karar verdi.

Türkiye’de pandemi yönetiminin önemli sorunlarından bir diğeri şeffaflık ve verilerin güvenilirliğidir. Sağlık Bakanlığı klinik (ateş, nefes darlığı, öksürük vb),

radyolojik (bilgisayarlı tomografide viral zatürre) ve epidemiyolojik olarak Covid-19 tanısı konulup ilaç tedavisine başlanandan laboratuvar testi (PCR) pozitif çıkmış olanları Covid-19 vakası, bu vakalardan ölümleri de Covid-19 ölümleri olarak kabul ediyor. Klinik ve radyolojik olarak tanı alan ve bu nedenle ilaç tedavisine başlanandan PCR testi negatif olanları ise olası/kuşkulu vaka olarak nitelendiriyor. DSÖ’nün aksine bu kuşkulu vakalardan ölümü de Covid-19 nedeniyle ölüm olarak değerlendirmiyor. Dahası ister kesin ister olası hastalar olsun, ölüm durumunda düzenlenen resmi ölüm belgelerindeki ölüm nedenlerine Covid-19 yerine “bulaşıcı hastalık (doğal ölüm)” yazılıyor (Hamzaoglu, 2020). Ayrıca hastalara ilişkin epidemiyolojik verileri (yer, zaman, kişiye özel bilgiler) kamuoyu ile paylaşmıyor. Bu durumda ne yazık ki salgının bilimsel olarak doğru yönetilip yönetilemediğini analiz edebilmek mümkün olamıyor.

Bakanlığın başta TTB olmak üzere çeşitli (sağlık) meslek örgütlerini bilim kuruluna dahil etmemesi, konunun uzmanı olan halk sağlığı uzmanlarını ise oldukça gecikmeli bir şekilde dahil etmesi de sürecin yönetimini zayıflatan bir durumdur.

Bilim Kurulu’nun erken bir dönemde oluşturulmuş olması güçlü bir yan olarak değerlendirilebilmekle birlikte; işleyişi ve bileşimi ile ilgili eleştirilerin yanı sıra kurul önerilerinin kamuoyu ile paylaşılmaması, kurulun kararlarını bilimsel olarak değerlendirmeyi ve şeffaflığı olanaksız kılmaktadır.

Türkiye’de pandemi yönetiminin en güncel olan zayıf yanı ise “normale dönüşün” (yeniden açılmanın) bir anda olmasıdır. Türkiye daha ilk dalgayı atlatamamışken, 65 yaş üstü ile 18 yaş altını belli koşullarda evde tutmanın dışında, maske ve mesafe şartı ile başta alışveriş merkezleri olmak üzere ekonomik ve sosyal hayatı normale döndürme kararı almıştır. Bu karar alınırken DSÖ’nün normal hayata dönüş için belirlediği kriterler dikkate alınmamıştır. İlk açılanın AVM’ler olması, AVM’ler açılırken parkların kapalı olması, 5 Haziran 2020 Cuma günü hafta sonu için sokağa çıkma yasağının bir konup bir kaldırılması, halk sağlığından önce ekonominin (sermayenin) çarklarının döndürülmesinin öncelendiğini gösteriyor. Benzer bir örnek de turizm sektörünün olumsuz etkilenmemesi için milyonlarca gencin geleceğini belirleyecek olan LGS ve YKS sınavlarının öne çekilmesi.

Türkiye’de normale dönme adımları, üç hafta boyunca her gün yaklaşık 900 yeni vakanın görüldüğü, yani vaka sayısı düşüşünün direnç gösterdiği bir ortamda

atılıyor. Türkiye'nin dışında bulaşı azaltmadığı halde normalleşen tek bir Avrupa ülkesi var: Birleşik Krallık. Birleşik Krallık'ta da halen günlük 1.326 yeni vaka görülüyor. Fransa (293), İspanya (240), Almanya (214), İtalya (197) ve Yunanistan (0) gibi ülkelerin normale dönme çabaları ise azalan vaka sayıları ile ilişkili elbet. DSÖ'nün salgın başlayalı 6 ay geçmesine rağmen, 8 Haziran 2020 tarihinde bir günde 136 binden fazla vaka ile en çok vaka yaşanan gün olduğunu, önlemleri kaldırmak için uygun bir zaman olmadığını, hiçbir ülkenin ayağını frenden kaldırmaması gerektiğini belirtmesi de ayrıca anlamlı. Pandemi sürecinin bir diğer sorunu da sağlık çalışanlarını yeterince koruyamamış olmasıdır.

Covid-19 pandemi yönetim sürecinde Türkiye'nin en güçlü yanı hiç kuşkusuz kaosa ve kalabalığa alışkın sağlık personelinin büyük fedakarlıklarla çalışmış olmasıdır. Gerek sayıca yetersiz olmaları, gerekse Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen performans, sözleşmeli çalışma gibi biçimlerde çalışmaya başlamaları, sağlık personelinin çok yoğun ve olumsuz koşullarda çalışma konusunda deneyim kazanmalarına neden olmuştur. Bu piyasacı deneyim, personelin çözüm üretme becerisi geliştirmesine de yol açmıştır. Ayrıca koruyucu hekimlik hizmetlerinin yetersizliği, kar amacı ile sağlık sisteminin tedavi edici hekimliğe yönelik olarak kurulması, hastaneleri de kaosa ve kalabalığa karşı tecrübeli hale getirmiştir. Bir diğer güçlü yan, OECD ülkeleri ile kıyaslandığında hastane yatağı sayısının yetersiz olmasına rağmen, yoğun bakım yatağı sayısının fazlalığıdır. Yoğun bakım yatağının daha çok kazanç sağlaması, son yıllarda toplam yatakların dörtte birine sahip hale gelmiş olan özel sektörün yoğun bakım yatağı sayısını artırmıştır. 2018 yılında toplam 38.098 adet yoğun bakım yatağı sayısının % 41,9'u (15.970 adet), sadece erişkin yoğun bakım yatağı sayısı açısından bakıldığında ise % 55,4'ü (11.171 adet) özel sektörün elindedir.

Saha çalışmalarını (filyasyon-temaslı taraması) yürütecek geniş bir ekibin kurulması; tedaviye erken başlanması, tedavi protokollerinin hazırlanması, covid servislerinin açılması, yatan covid hastalarının diğer hastalardan tecridi, belli koşullara sahip hastanelerin pandemi hastanesi ilan edilmesi gibi hastanelere yönelik önlemler; özellikle hekim dışı sağlık personeli istihdamı artışına gidilerek insan gücündeki açığı kapatmaya yönelik adımlar; halkın sınırlı verilerle de olsa düzenli bilgilendirilmesi yönündeki iletişim çabaları; karantina uygulamaları gibi uygulamalar da güçlü yönler olarak sıralanabilir.

Pandemi süresince sağlık teknolojileri ve kullanımı yeterli miydi?

Covid-19'un radyolojik tanısı için bilgisayarlı tomografi (BT) kullanımı ön plana çıkmıştır. Görüntüleme hizmetlerinin özel sektör tarafından karlı bulunması, özel sektörün BT cihazı ve çekim sayılarını artırmıştır. 2017 yılında OECD ülkelerinde 1000 kişi başına 148 BT çekimi düşerken, Türkiye'de 207 çekim düşmektedir. Özel sektörün sahip olduğu cihaz sayısı Sağlık Bakanlığındaki sayıya yakalamıştır. 2018 yılında özel sektörde 529 BT cihazı varken, SB'nda 539 adet bulunmaktadır. Türkiye'de BT çekiminin son yıllarda yaygın bir şekilde tercih edilmesi, Covid-19 sürecinde avantaj sağlamıştır.

Ayrıca sağlıkta dönüşüm programı ile yürürlüğe giren sağlık bilgi sistemlerinin (e-nabız vb) de veri paylaşımı konusunda önemli katkıları olduğunu bizzat Sağlık Bakanı Fahrettin Koca ifade etmiştir.

Bu süreçte sağlık finansmanı yeterli ve sürdürülebilir miydi?

Sağlık harcamaları 2017 yılında küresel düzeyde 7,8 trilyon dolar ile dünya GSYH'sinin % 10'u düzeyinde ve kişi başına 1.080 dolar olarak gerçekleşmiştir. Kişi başı sağlık harcaması düşük gelirli ülkelerde yalnızca 41 dolar iken, yüksek gelirli ülkelerde 70 kattan daha fazla bir farkla 2.937 dolardır.

Türkiye uzun yıllardır sağlığa yeterince kaynak ayırmamakta, ayırdığı kaynağı da uygun kullanmayı yarisından çoğunu (%53) hastane harcamalarına, dörtte birinden fazlasını (%27) ilaç vb harcamaktadır. Covid-19 ile mücadele sürecinde önemi bir kez daha kanıtlanmış koruyucu sağlık hizmetlerinin aldığı pay ise ne yazık ki %4,4'tür. Türkiye 2018 yılında 128 milyar TL'lik sağlık harcaması ile OECD ülkeleri arasında en düşük sağlık harcaması yapan ülke konumundadır. 2018 yılı verilerine göre OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı % 8,8 iken, Türkiye'de bu oran % 4,2 ile yaklaşık yarisıdır. Kişi başı sağlık harcaması 2018 yılında OECD ülkelerinde satın alma gücü paritesine göre 3.994 dolar iken, Türkiye'de 1.227 dolar ile OECD ortalamasının yaklaşık dörtte biri oranındadır.

Sağlık Bakanlığı Türkiye'de ilk vaka duyurulduktan yaklaşık 3 hafta sonra, 4 Nisan 2020 günlü Resmi Gazetede yayınlanan ve sosyal güvenlik kurumu kapsamındaki sağlık hizmetlerini ve fiyatlarını belirleyen Sağlık Uygulama Tebliğinde değişiklik yapmıştır. Bu değişiklik ile pandemi bakım hizmeti, immün plazma tedarik ve uygulama ile pandemi yoğun bakım hizmetleri

geri ödeme kapsamına alınmıştır. Ancak pandemi yoğun bakım hizmetleri önce ve sonrasındaki serviste yatış sürecinde yapılan her türlü işlem/girişim/tetkik/tahlil için ilave ücret alınması yolu kapatılmamıştır. Bu süreçte bir yandan pandemi ile mücadele eden hasta ve yakınları diğer yandan oldukça yüksek ücretlere çıkabilen (özel hastaneler SGK'ya fatura edebildikleri tutarın %20 0'üne kadarını da hastadan talep etme hakkına sahiptir) özel hastane ilave ücretleri ile baş etmek durumunda kalmışlardır.

Size en çok yöneltilen sorulardan biri de muhtemelen "Pandemi ne zaman bitecek?" sorusudur. Bu konu için öngörülü olmak zor olabilir fakat bundan bir kaç ay sonra ülkemizi nasıl görüyorsunuz?

Pandeminin bitmesi ilaç ve aşı çalışmalarına bağlı. Etkene bağlı özel bir ilacın geliştirilmesi ile ilgili somut bir adım yok. Virütik enfeksiyonlarda etkene özel ilaç geliştirilmesi de çok kolay değil ne yazık ki. Aşı çalışmalarının da henüz başında olduğu, aşı için en az bir yıllık bir sürece ihtiyaç bulunduğu belirtiliyor. Aşının kalıcı bir bağışıklık oluşturup oluşturmayacağı da henüz belli değil. Hollanda'da yapılmış yeni bir çalışma hastalığı geçirenlerdeki bağışıklığın 6 ay ile sınırlı olduğunu gösteriyor. Öte yandan aşının geliştirildiği durumda bile aşya erişimin sorun olacağı çok açık. Kısa sürede ihtiyacı karşılayacak düzeyde üretilmesi mümkün olamayabileceği gibi yoksulların aşya erişimi de ayrı bir sorun olarak gündemde olacaktır. Bu nedenle aşının kamusal sağlık güvencesi kapsamında ücretsiz olarak tüm bireylere sağlanması önemli bir kamusal hedef ve öncelik olarak belirlenmelidir.

Herhangi bir salgın için aşı olmaması durumunda, toplum bağışıklığı sağlandığında hastalığın ortadan kalkacağı varsayılır. Bu hastalık için ülke ve dünya nüfusunun %50 – 67'sinin hastalığı geçirmiş olmasının toplum bağışıklığını sağlayacağı öngörülmektedir. Ancak bu durumda bile bağışıklığın ancak kalıcı olması şartıyla toplum bağışıklığı sağlanıp bu hastalığı bitirme ihtimalinden söz edilebilir.

Bazı enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının dünyada son yıllarda pandemiye neden olan hastalıkların yaklaşık iki yıllık bir süreçten sonra sönümlendiğine vurgu yaptığını da belirtmekte yarar var.

Bu süreçte insanlar, halk ve çevre sağlığı konusunda yeterince bilgi sahibi oldu mu, yapılan bilgilendirmeler yeterli miydi?

Halk ve çevre sağlığı bilincinin kazanılması için güçlü

temel sağlık hizmetlerine sahip olmak gerekir. Güçlü bir temel sağlık hizmetleri sistemi bireylerin sağlığını korumakla yetinmeyip daha da geliştirdiği gibi, birçok vakayı daha belirti vermeden tespit edip tedavi etme olanağını da sunar. Neoliberal sağlık politikaları toplumsal karakteri nedeniyle sermaye birikimine konu edilemeyen koruyucu hekimlik yaklaşımından ve temel sağlık hizmetlerinin öneminden o kadar uzaklaştı ki, birçok ülke, özellikle en çok vakaya sahip ilk iki ülke konumundaki ABD ve Brezilya gibi ülkeler salgını başlangıçta ciddiye bile almadı. Bu ciddiyetsizlikte, temel sağlık hizmetleri sunumunun 1980'li yıllardan itibaren yarı piyasalaştırılmış bir yapıya bürünmüş olmasının etkisi yadsınmaz.

COVID-19 için izlenen sağlık politikalarını ve sürecini hangi kaynaklardan takip ettiniz?

Uluslararası veriler bakımından DSÖ ve OECD'yi takip ettiğimi söyleyebilirim. Her ne kadar bazı açıklamaları çelişkili bulunsa da DSÖ ilk günden itibaren ülke ve bölge düzeyinde vaka sayıları ile ülkeler bazında alınan önlemleri içeren bilgilendirmelerin yanı sıra, teknik olarak yol gösterecek dokümanlar hazırlayıp dünyayı bilgilendirdi. Bu nedenle ilk yararlandığım kaynak genellikle DSÖ oldu. İkinci olarak OECD kaynaklarını kullandığımı söyleyebilirim. OECD sağlık sistemlerinin kısıtlı olanaklarının nasıl artırılabilirliği konusunda önerilerde de bulundu. Ulusal veriler ve değerlendirmeler için ise Sağlık Bakanlığı ile Türk Tabipleri Birliği yayınları ve bilgilendirmelerinden yararlandığımı söyleyebilirim. Ayrıca halk sağlığı, enfeksiyon hastalıkları, kardiyoloji gibi uzmanlık alanlarının akademisyenlerinin çalışmaları da sıklıkla başvurduğum kaynaklar arasında yer aldı.

Avrupa ve Amerika'da bu kadar şiddetli bir pandemi krizi yaşanmasının temel sebebi sizce ne olabilir? Türkiye'nin de benzer duruma düşmemesi açısından ileride ne tür politikalar izlenebilir?

Avrupa'da vaka ve ölüm sayısı bakımından pandemiye en ağır yaşayan ülkeler İngiltere, İspanya ve İtalya. Pandemiye dünya şampiyonu ise salgını başlangıçta ciddiye bile almayan ve önlem almakta geciken ABD. Bu ülkelerde pandeminin adeta bir insanlık krizine dönüşmesinin birkaç nedeni var. İlki sağlık sistemleri ve sağlık politikaları ile ilişkili.

Akademik çalışmalar ABD'nin uzun yıllar boyunca yeterince finanse edilemeyen halk sağlığı alt yapısı, parçalı tıbbi bakım sistemi ve özellikle de yetersiz sağlık

güvencesinin salgını ağırlaştırdığına vurgu yapmaktadır. ABD yeterli sayıda yoğun bakım yatağına sahip olmasına rağmen, bu yatakların bölgesel dağılımı ve pandemi öncesinde bile 27.5 milyondan fazla kişinin herhangi bir sağlık güvencesinin olmaması özellikle yoksul bölgelerde dramatik sonuçlara yol açmıştır.

İspanya ve İtalya'nın da pandemiye başlangıçta ciddiye almadığı ve önlem almakta geciktiği söylenebilir. İngiltere başlangıçta toplum (sürü) bağışıklığı stratejini benimseyerek ağır bir bedel ödedi. İngiltere test yapmakta ve hastanelere koruyucu ekipman temin etmekte de gecikti. İspanya'da hastaların hastane koridorlarında yattığı, İtalya'da cenazeleri taşımak için ordudan yararlandığı görüldü. Pandemiye özel bu durumların dışında, 1948 yılında neredeyse sosyalist bir sağlık sistemi kurmakla eleştirilen İngiltere'nin 1979 yılından sonra Thatcher yönetiminde sağlık sistemini özelleştirip piyasalaştırması pandemi ile mücadeleyi zayıflatan bir durum oldu. İspanya ve İtalya'nın ise 2008 krizinden en çok etkilenen Avrupa ülkelerinden olmaları, krizin sağlık harcamalarını da geriletirerek sağlık sistemlerine yeterince kaynak ayıramamaları ve bu nedenle sağlık alt yapısının kırılgan bir hale gelmiş olması ile ilişkili olduğu da açıktır.

Türkiye de dahil olmak üzere gerek ABD gerekse Avrupa ülkelerinin en büyük sorunu, temel sağlık hizmetleri yaklaşımından uzaklaşmalarıdır. Son otuz yıllık dönemde sağlık sistemleri büyük oranda piyasalaştırılıp özelleştirilmiştir. Bu eğilime öyle ya da böyle hemen bütün ülkeler kapılmıştır. Bu durum hastalık riskini kolektif bir risk olmaktan uzaklaştırmış, bireysel sorumluluğu ön plana çıkarmış, bu nedenle de sağlıkta eşitsizlikleri artırmıştır. Bu nedenle vakaların yer, zaman ve kişi özelliklerinin açıklandığı ülkelerde salgından en çok yoksulların etkilendiğinin gözlenmesi şaşırtıcı değildir. Temel sağlık hizmetlerinin genellikle nüfusun tümüne ve mümkün olduğunca ücretsiz olarak sunulması bu eşitsizlikleri belli ölçülerde de olsa azaltmaktadır. Temel sağlık hizmetleri hastalıkları önlemeyi, hatta mevcut sağlık durumunu iyileştirmeyi/geliştirmeyi (sağlıklı yaşam tarzları vb ile) hedeflemektedir. Ancak OECD verilerine göre, toplam sağlık harcamalarının yalnızca sekizde biri temel sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır. Üstelik bu pay azalma eğiliminde olup, 2013-2017 döneminde reel düzeyde %2,1 oranında gerilemiştir. Pandemi öncesine ait veriler, güçlü temel sağlık hizmetlerinin OECD ülkelerinde 3 milyon erken ölümü önleyebileceğini göstermektedir. Güçlü temel sağlık hizmetleri, OECD ülkelerinde yetişkinlerin üçte birinde

görülen iki veya daha fazla kronik hastalığın neden olduğu her üç ölümden birinin de engellenmesini mümkün kılabilirdi.

Bildiğiniz üzere Covid-19 ölümlülüğünde ileri yaş bir risk faktörü olarak tanımlandı. Bu nedenle Avrupa'daki yüksek ölüm oranlarında yaşlı nüfus oranının yüksekliğinin de önemli bir yeri olduğu söylenebilir. Avrupa'daki yaşlı nüfus oranı ortalama %20, hatta birçok ülkede 65 yaş üstü nüfus %20'leri de aşıyor. Türkiye'de ise bu oran sadece %8,8.

Verilerin güvenilirliği sorununu bir kenara bırakacak olursak, Türkiye'nin pandemi yönetimi ABD ve bazı Avrupa ülkelerine kıyasla daha başarılı olarak nitelendirilebilir. Bu başarıda genel sağlık sigortası sistemi ile yaygınlaşan kamu güvencesinin, hala önemli bir kısmı kamuya ait olan hastanelerin ve olağanüstü bir çaba ile çalışan sağlık personelinin payı büyüktür. Elbette bu süreçten dersler de çıkarmak gerekir. Öncelikle Türkiye koruyucu hekimlik hizmetlerini ve birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmelidir. 21. yüzyılın salgınlar yılı olacağı dikkate alınarak, birinci basamağı pandemilere hazır hale getirmek de gerekir. Tedavi edici hekimliğe dayalı ve sağlıkta dönüşüm programı ile ete kemiğe bürünen piyasacı yaklaşım terk edilmeli, kamulaştırmaya gidilmelidir. Herkes için eşit, ulaşılabilir, nitelikli ve ücretsiz bir sağlık sistemi hedeflenmelidir.

KAYNAKLAR

- 1.(Pala,2020;<https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/rapor-sunum.pdf>)
- 2.(<https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>)
- 3.<http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/testing-for-covid-19-a-way-to-lift-confinement-restrictions-89756248/#figure-d1e1240>.