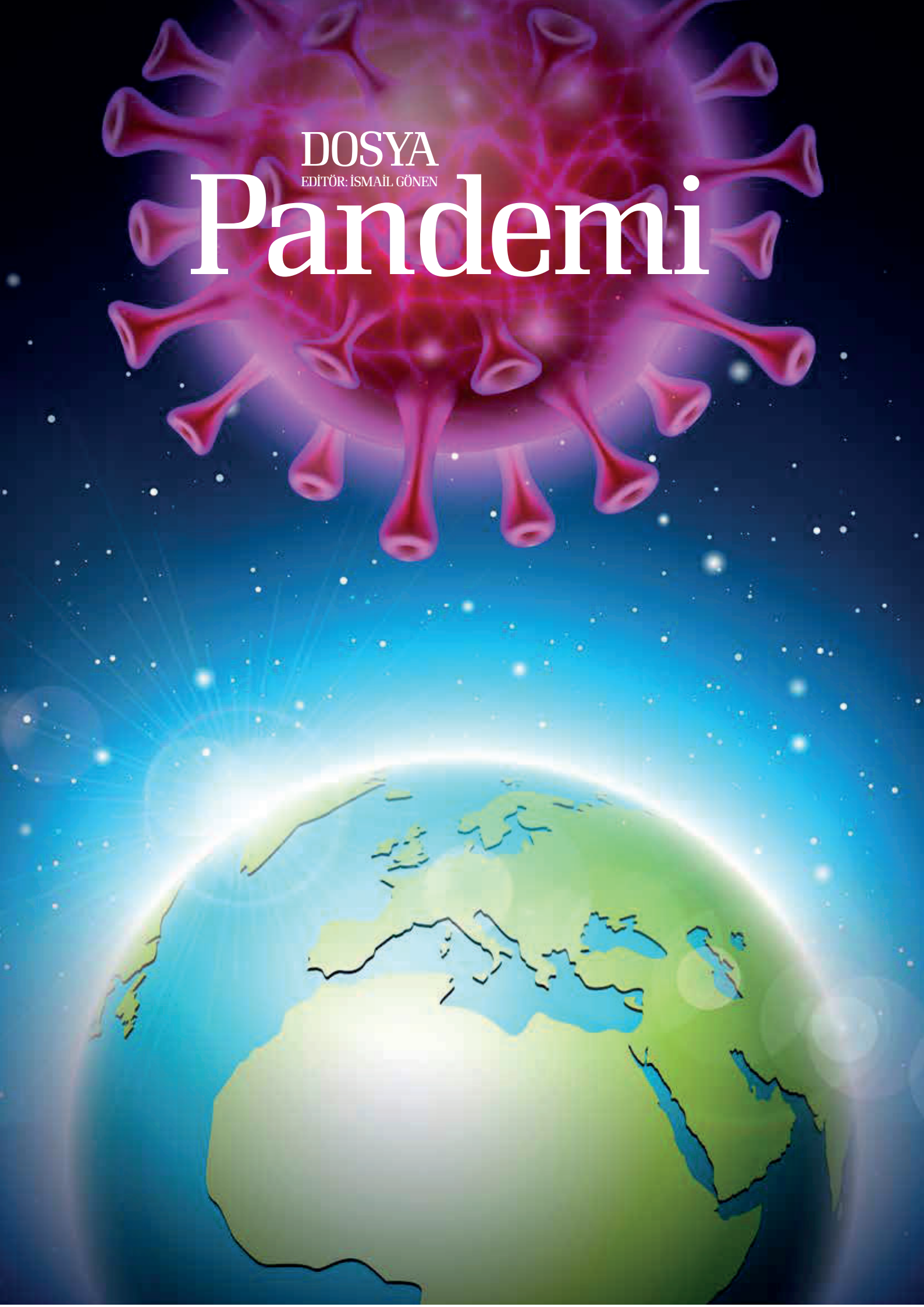


DOSYA

EDİTÖR: İSMAİL GÖNEN

Pandemi



Covid-19 pandemisinde hastaneler neden öncelik kazandı?

Onur Hamzaoglu*



“

11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak nitelenen salgın, bugün itibariyle 213 ülkede yaşanıyor. Salgınla mücadele, Küba ve Kerela hariç ülkelerin tümünde hastanelerde yürütülmeye çalışılıyor.

”

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Bölge Ofisleri, ABD ve Avrupa Hastalık Kontrol Merkezi ile ABD ve Avrupa'daki bazı üniversitelerin COVID-19 hastalığıyla ilgili olarak ülkeler bazında elde edilmiş bilgileri günlük olarak paylaştıkları web sayfaları ve Nature, Science, Lancet, NEJM, BMJ ve JAMA gibi uluslararası tıp dergilerinde yayımlanan makalelerden elde ettiğimiz bilgilere göre, 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ tarafından pandemi olarak nitelenen salgın, bugün itibariyle 213 ülkede yaşanıyor. Ve ülkelerin neredeyse tümünde (Küba ve Kerela** hariç), hazırlıklar dâhil

olmak üzere, salgınla mücadele hastanelerde yürütülmeye çalışılıyor. Az sayıda ülkede olağan sağlık hizmetlerinin aksamaması için salgın hastaneleri tanımlanmış olsa da çoğunda hastanelerin tümü (özel hastanelerin değişik boyutlarda itirazına rağmen) COVID-19 hastalığı belirtileri olan hastaların başvurduğu, ilk aşamada klinik ve radyolojik tanı ve semptomatik tedavilerinin, devamında da laboratuvar tanılamasının gerçekleştirildiği birimlere dönüştürüldü. COVID-19 hastalığının, dünya genelinde, 100 hastadan yaklaşık 20'sinde hastane tedavisi gerektiği, yaklaşık 30'unda

asemptomatik, geri kalan olgularda da genellikle hafif hatta çok hafif belirtilerle seyrettiği biliniyor. Olguların yüzde 5 kadarında ise yoğun bakım gereksinimi ortaya çıkıyor. Bu hastaların büyük bir çoğunluğu da yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar.

Bugün için doğru kabul edilen bilgilere göre, COVID-19 hastalarının çok büyük bölümünün hastanelere gelmeden, hafif ya da herhangi bir belirti göstermeden hastalığı geçirdiği görülüyor. Başka bir ifadeyle, neredeyse beş hastadan yalnızca birisi hastanelere başvuruyor. Diğerleri, yaşam ve çalışma alanlarında günlük yaşantı içinde infekte oluyor, hastalanıyor, bulaştırıyor ve iyileşiyor.

* Prof. Dr., Halk Sağlığı ve Epidemiyoloji Uzmanı



İnfekte olanların da büyük çoğunluğu bu durumu yaşıyor. Hastaneye başvuranlar dışındaki hastalar tespit edilebilse ve gerekli ayırma (izolasyon) işlemi olması gereken gibi yapılabilse, COVID-19'lu hastalara ve bunun dışında olağan sağlık hizmeti gereksinimi olanlar ev ziyaretleri yoluyla sistematik olarak izlenebilse, evde sağlık hizmetleri (ebelerin gebe ve bebek izlemi, hemşirelerin kronik hasta bakımı vb.) yapılabilse salgının yayılma hızında dramatik bir azalma görülme olasılığı oldukça yüksek. Peki, söz konusu bu gerçekliğe karşın ülkelerin neredeyse tümü salgını hastanelerde karşıyor ve onunla mücadelesini neden hastanelerde sürdürüyor? Yanıtımız kısa ve net. Çünkü ülkelerde yaşam ve çalışma alanlarında yapılanmış, salgınla mücadele için uygun birinci basamak sağlık örgütlenmesi ve hizmet sunumu bulunmuyor. Başka bir ifadeyle bu tercihe mahkûmlar. Şimdi ikinci sorumuzu da paylaşalım. Peki neden?

Seksenli yılların ortalarında, farklı ekonomik gelişmişlik düzeyine sahip ve farklı sağlık sistemine sahip kapitalist ülkelerdeki hükümetler yaygın bir biçimde, sağlık hizmetlerinde maliyetin karşılanamayacak boyuta ulaştığı ve önlem alınmazsa var olan durumun daha da derinleşerek "sağlık krizi" yaratacağı saptamasında bulunmaya başladı. Ve neredeyse eş zamanlı olarak, Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF), sorunun çözümü için, genel hatları dikkate alındığında, tek bir "sağlık reformu programı"(SRP) önerdi. DB ve IMF finans kurumu olmalarının avantajını da kullanarak, ülkelerin borçlarının yapılandırılmasını ve diğer alanlarda sundukları kredi sağlama hizmetlerini sağlık alanında bu programın uygulanması koşuluna da bağlayarak programın uygulandığı ülkeleri olabildiğince yaygınlaştırdılar. Öyle ki 2007 yılına kadar yeni kapitalistleşmekte olan (eski sosyalist) ülkeler de dâhil olmak üzere, dünyada neredeyse SRP'yi uygulamayı kabul etmeyen kapitalist ülke kalmadı.

Kapitalizmin neoliberal düzenlemesini sağlayan "Yapısal Uyum Politikaları"nın sağlık alanındaki uygulaması olan bu programla, sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkilerine dolayısıyla, toplumsal değil, kişisel/bireysel ilişkilere dayalı bir hizmet sunum alanına dönüşmesi sağlandı.

Sağlık hizmetleri sunumu, sermaye için yeni bir birikim alanına dönüştürüldü ve toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği alan olmaktan çıkartıldı. Yalnızca bu hedefleri göz önüne alındığında bile SRP'yi, günümüzdeki pandemiye çağrıştıran yaygınlığına karşın, (etkenin-SRP'nin) doğrudan DB tarafından, söz konusu hedefler kapsamında üretilmiş olması, emekçi sınıflara, yoksullara, ezilenlere karşı kullanılan Biyolojik Silah olarak tanımlamamızı gerekli kılıyor. Öyle ki kullanımı da yıkıcı etkisi de henüz devam ediyor.

SRP uygulamaları kapsamında özellikle sağlık hizmetlerine olan talebi kontrol altına alabilmek ve bedelini ödeyenlerin hizmete ulaşabilmelerini sağlayan finansman modelini uygulamaya koyabilmek için birinci basamak sağlık hizmetleri emek gücünden hizmetin içeriğine, hizmetin içeriğinden örgütlenme modeline kadar yeniden düzenlendi. Ülkemizde ilk adımı 1987 yılında atılan SRP, AKP hükümetleriyle ad değiştirmesine karşın,

“

Kapitalizmin neoliberal düzenlemesini sağlayan "Yapısal Uyum Politikaları"-nın sağlık alanındaki uygulaması olan bu programla, sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkilerine dolayısıyla, toplumsal değil, kişisel/bireysel ilişkilere dayalı bir hizmet sunum alanına dönüşmesi sağlandı.

”



“

Virüsün insanlara geçmesini ve zoonoza neden olmasını sağlayan ise, doğanın talanı, ülkeler ve sınıflar arasında eşitsizliklerin uçuruma dönüşmesi, iklim krizi, çalışma düzeninin emekçiler adına bozulması, sağlık sisteminin krizi vb. olarak sıralayabileceğimiz ara nedenler.

”

hızlıca uygulamaya kondu. Ve sağlık sistemi, DB'nin özel katkı ve desteğiyle 2011 yılı sonu itibarıyla SRP'nin hedeflerini A'dan Z'ye hayata geçirecek biçimde değiştirilmiş oldu. Dolayısıyla, Türkiye'de de sağlık sistemi SRP kapsamında düzenlendiği için iddia edildiği gibi, COVID-19 pandemisinde diğer ülkelerden farklı bir sonuç yaratabilme ayrıcalığına sahip değil. Eğer bir farklılık saptanır ve bunun nedeni aranacak olursa bunu daha çok sağlık emek-gücü ve tedavi protokolleri ile doğrudan pandemi için alınan "önlemler" üzerinden sorgulamak uygun olacaktır.

Ülkemizde pandemiyle ilgili düzenlemeler yapılırken, aile sağlığı merkez (ASM) ve birimlerinin (ASB) kişisel koruyucu ekipman planlamasının dışında tutulması, söz konusu birimlerde kamusal hizmet sunuluyor olmasına karşın, bu birimlerin Sağlık Bakanlığı tarafından işletme kabul edilmesinden kaynaklanıyor. Yoğun bakım ve acil servislerden sonra işçi sağlığı birimleriyle birlikte, pandemiyle ilgili

en büyük risk ve tehlikeye sahip olan ASB ve ASM'lerin, dolayısıyla, burada görev yapan meslektaşlarımızın ve sağlık emekçilerinin görmezden gelinerek "kaderlerine terk edilmesi" tümüyle yukarıda ana hatlarıyla belirttiğimiz sürecin bir sonucudur. Yoksa, Sağlık Bakanı ve/veya yöneticilerin herhangi bir hatası ya da unutkanlığına bağlı değildir.

Yaşam alanlarında birinci basamak sağlık hizmetlerinin bölge ve nüfus tabanlı örgütlenmemiş olması, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsam dışında tutulması, hizmetin genel olarak başvurulara sunuluyor olması vb. özellikleri nedeniyle dünya genelinde hemen hiçbir ülke, ana gereksinimlerin başında geliyor olmasına karşın, pandemiyle mücadelede öncelikli rolü birinci basamak sağlık hizmetleri üzerinden planlayamadı. Hastanelere yönelmek zorunda kaldı. Güney Kore, Almanya gibi bazı ülkelerde birinci basamak sağlık örgütlenmesi kapsamında yapılması gerekenler sağlık sistemi dışındaki uygulamalarla gerçekleştirilmeye çalışılıyor. Birçok ülkede hastaların ve ölümlerin görülmesinden ancak 3-4 ay sonra söz konusu birimler değişik biçimlerde tahkim edilerek devreye sokulmaya çalışıldı. Bu süre zarfında hem hizmeti sunanlar hem de hizmeti kullanması gerekenler engellenebilecek birçok sorun yaşadılar. Hastalandılar hatta yaşamlarını kaybettiler.

Salgının etkeni SARS-CoV-2. Ancak, daha önce Malayan Pandolinlerinde (ara konakçı) bulunan ve hastalık yapan bu virüsün insanlara geçmesini ve zoonoza neden olmasını sağlayan ise, doğanın talanı, ülkeler ve sınıflar arasında eşitsizliklerin uçuruma dönüşmesi, iklim krizi, çalışma düzeninin emekçiler adına bozulması, sağlık sisteminin krizi vb. alt başlıklar olarak sıralayabileceğimiz ara nedenler. Söz konusu ara nedenleri ortaya çıkartan temel neden de diğer bir deyişle, insanın insan, hayvanın hayvan, bitkinin bitki vb. gibi yaşamasına engel olan da neoliberal kapitalizm. Ve devam ettiği sürece yaşamın krizi de devam edecek. Yirmibirinci yüzyılın ilk on yılı içinde başlayan pandemiler daha sık periyodlarla ve daha da şiddetli olarak devam edebilecek.

Ancak çözümü var. Umudumuz da...

