



Avrupa'da sağlının piyasalaşması ve pandemi

Necati Çıtak*

“ Eldeki verilerle pandeminin yeni sorunlar yaratmadığı, sağlının piyasalaştığı Avrupa dahil tüm ülkelerde sağlık sistemlerinin uzun süredir karşı karşıya olduğu birçok zorluğu şiddetle su yüzüne çıkardığı söylenebilir. ”

Pandemi başladığında, birçok ülke tam ve/veya kısmi kapanmalara giderken, dünyadaki sağlık harcamalarının neredeyse %90'ının gerçekleştiği merkez kapitalist ülkeler bile, önceden

yürütülen birçok koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ara vermek zorunda kalmıştı. Hizmetlerdeki bu aksamaya aslen COVID-19 pandemisiyle ilgili tıbbi mücadele ve müdahalenin, ülkelerin hemen hepsinde, hastanelerde ve semptomatik tedavide

yönelik olarak başlatılmasının sebep olduğu düşünülse de neden sadece bu değildi. Tek nedenin bu olduğunu düşünmek, daha fazla kâr etme üzerine kurulmuş olan kapitalist üretim modeli ve koruyucu olmak yerine sermayenin gereksinimi doğrultusunda

* Dr. Sağlık Politikaları Komisyonu Üyesi

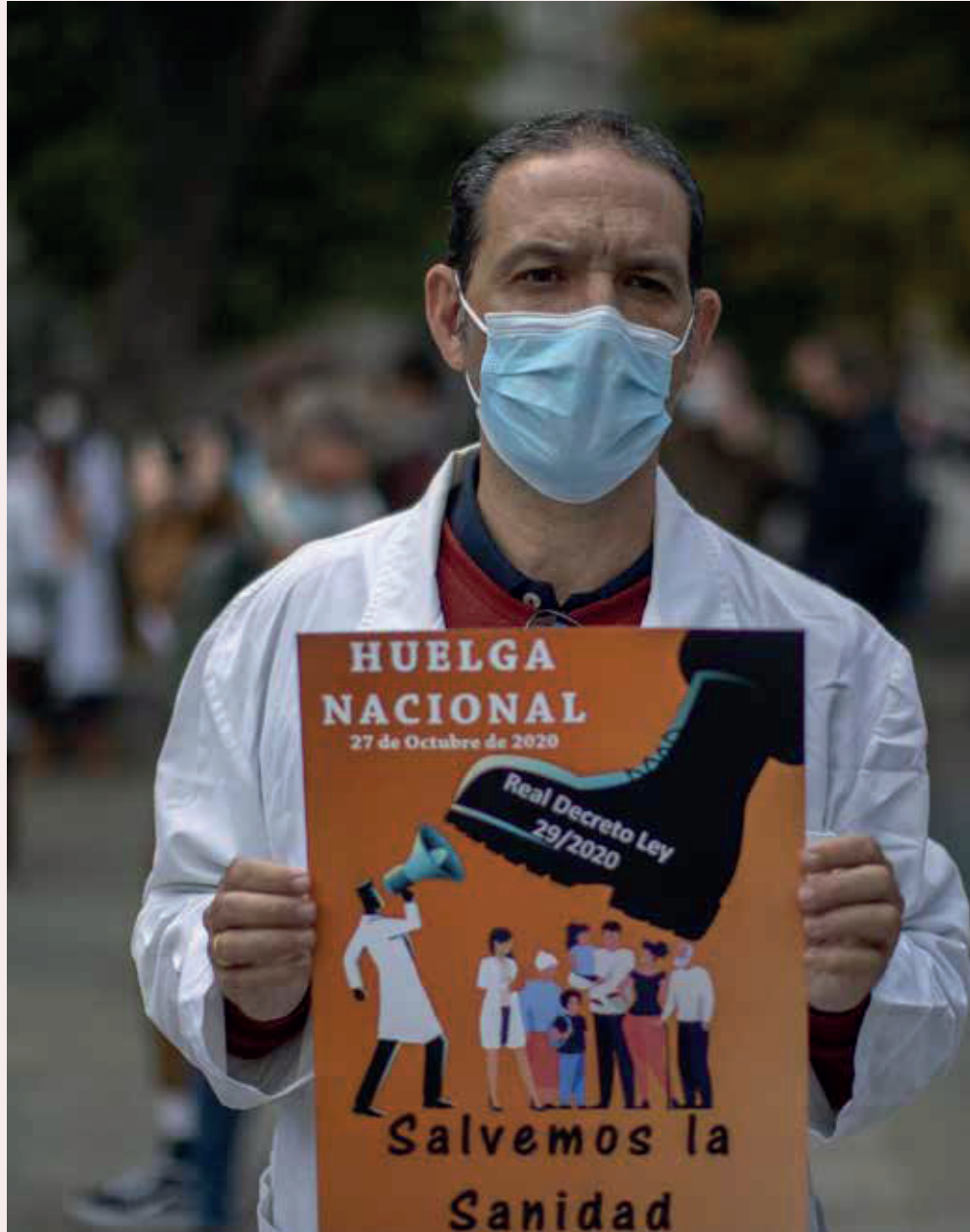


örgütlenmiş olan sağlık sistemlerinin bozukluğunun üzerini örtecektir.

Yaklaşık 80 yıl önce refah devleti ve sosyal güvenlik ağı uygulamalarının, komünizm tehdidine karşı, bir tür sosyopolitik aşı olarak kullanıldığı Avrupa'da, son 30 yılda hem birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem de sosyal güvenlik sistemlerinin sağlıkta dönüşüm /reform adıyla yerle bir edilmesi sonrasında denk gelen COVID-19 krizi, kapitalist sağlık sistemlerinin berbatlığını gözler önüne sermiştir. Gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYİH) %11'ine kadar sağlık harcaması yapılan Avrupa ülkelerinde kanser tanıları gecikmiş, ameliyatlarda aksamalar olmuş; lohusalık çağı ölümlerde artış, çocukluk çağı aşılamlarında belirgin aksaklıklar yaşanmıştır. Akıl ve ruh sağlığı hastalıkları ile alkol ve uyuşturucu madde kullanımı artmış, önlenilebilir bir başka hastalık olan tüberkülozda 10 yıl geriye gidilmiştir. Bu verilerle pandeminin yeni sorunlar yaratmadığı, sağlığın piyasalaştığı Avrupa dâhil tüm ülkelerde sağlık sistemlerinin uzun süredir karşı karşıya olduğu birçok zorluğu şiddetle su yüzüne çıkardığı söylenebilir.

Avrupa'da birçok ülkenin sağlık sistemi Beveridge veya Bismark tipindedir. Her ikisinin de, belirli bir dereceye kadar, eşitlik, dayanışma ve evrensellik değerlerine dayandığı belirtilmekte, Beveridge tipi sistemlerin evrensellik ve eşitlik değerlerine dayandığını, Bismarck tipi sistemlerin çoğulluk, özgürlük ve dayanışma ile desteklendiği iddia edilmektedir. Ancak özellikle 1990'lardan itibaren uygulanan politikalar ile birlikte bu "belirli" derecenin daha da azaldığını söyleyebiliriz. Daha önceden de eşitlikçi olmayan ama egemenler tarafından eşitlikçi gibi lanse edilen Avrupa sağlık sistemleri daha da eşitsiz hale gelmiştir. Pandemi öncesi Avrupa Birliği'ne (AB) üye ülkelerin çoğunluğunda neredeyse her iki kişiden birinin kendi kendine algılanan sağlık durumunu olumlu olarak değerlendirmemesi bu eşitsizliğin sonuçlarındandır.

Avrupa'daki sağlık sistemleri bir takım çeşitlilikler içerirken neredeyse hepsinde uygulanan politikalar sağlığın



piyasalaşmasının önünü açmıştır. Sağlıkta özel sektörün payının mevcut %35'den 2040 yılına kadar yaklaşık %60'a çıkabileceği tahmin edilmektedir. Avrupa Komisyonu'nun son yıllardaki politikalarının "Ulusal sağlık sistemleri tarafından verilen hizmetlerin, artık ekonomik bir faaliyet olarak değerlendiriliyor olması" da sağlığın piyasalaştığının kanıtıdır.

Son yıllarda benimsenen maliyet sınırlama baskıları, verimlilik adı altında koruyucu hizmetlerden vazgeçilmesi ve kemer sıkma önlemleri, sağlık hizmetleri için mevcut kaynakların niteliği ve niceliği üzerinde önemli bir etkiye sebep olmuştur. AB'ye üye ülkelerin son 15 yılda nüfus artış hızı %3,5 olurken bu süreçte bin kişi ba-

şına düşen hekim sayısı sadece %0,8, bin kişi başına düşen hemşire sayısı %1,5 artmış; yüz bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı %23,2 azalmıştır. Özel sektörün hastane yatağı sayısı aynı dönemlerde bazı Avrupa ülkelerinde %59'a varan oranlarda artış göstermiştir. Son 17 yılda AB'ye üye her üç ülkeden birinde (%35) ekonomik (çok pahalı), coğrafi (uzak) veya bekleme listesi gibi engeller nedeniyle kamu tarafından karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyaçları olduğunu bildiren nüfusun yüzdesi de artmıştır.

Pandeminin en çok vurduğu İtalya'da bin kişi başına düşen yatak sayısı son 35 yılda %62 oranında düşürülmüştür. 1990'da hastane yataklarının neredeyse tamamı devletin elinde iken

“

Oysa pandemik krizin bir defa daha gösterdiği gibi, birinci basamak ve topluma yönelik sağlık hizmetlerinin iyi olduğu bölgeler, her türlü sağlık krizinden daha az etkilenecektir.

”

2015'de her üç yataktan ikisi devletin elindedir. Geçmiş yılları inceleyen bir çalışmada kardiyak muayene olan her dört kişiden biri; kadın doğum ve jinekolojik muayene olan her iki kadından birinin özel sektöre gittiği belirtilmiştir.

İtalya'nın en zengin bölgesi olarak kabul edilen Lombardiya, pandemiden önce yıllık cirosu 7,8 milyar Euro olan dünyanın "en verimli" ikinci sağlık sistemine sahip olarak tanımlanmakta iken İtalya'da pandeminin merkez üssü oldu ve tüm dünya bölgenin adını öğrendi. Lombardiya'da 2008 yılında özelleştirmelerin patladığı bilinmekteydi. 2010-2020 yılları arasında, özel tesisler tarafından alınan kamu fonlarının payı, %30'dan %50'ye

yükselmiş; Nisan 2020'de yayınlanan bir raporda pandemide bölgenin durumu "özel ve kamu kliniklerinin vergi mükelleflerinin parası için rekabet eden yerler haline gelmesi" şeklinde tanımlamıştır. Bilim insanları da Lombardiya'nın sağlık sisteminin "önleme yerine kâr" hedeflediğini ve "sağlığı bir metaya" dönüştürdüğünü belirtmiştir. Yapılan kamu incelemesinin sonucunda yazılan şu beyan da aslında her şeyi açıklamaktadır; "Bir pandemi için hazırlanmak, gerekli olmaması umuduyla para harcamayı içerir. Bu, ancak kâr güdüsünden kurtulmuş kamu sektörünün başarabileceği bir şeydir."

Pandeminin vurduğu bir diğer ülkede, İspanya'da da durum farklı değildir. İspanya'nın GSYİH'sı son 10 yılda %8,6 büyüse de, kamunun sağlık harcamaları %11,2 azalmıştır. Madrid'de COVID-19 krizinin vurmasından hemen önce yapılan yakın tarihli bir araştırma, özel sağlık hemşirelerinin iş yükünün kamu sağlık hemşirelerinden daha yüksek olduğunu (günde ortalama beş hasta daha fazla), maaşlarının ise %20-25 daha az olduğunu göstermiştir. Özel hastanede çalışan hemşirelerin %82'si, personel sayısının kaliteli iş yapmak için yetersiz olduğunu düşünmektedir. Öte yandan İspanya'da sağlık için harcanan her 10 Euro'dan ikisinin özel şirketlere gittiği belirtilmektedir. 2012 yılında İspanyol Hükümetinin aldığı karar ile sağlık çalışanı sayısında %6 oranında azalmaya gidilmiştir.

Avrupa'da koruyucu sağlık harcamaları 2017'de cari sağlık harcamalarının ortalama %2,7'sini (genel bütçenin %0,1) oluştururken, yıllar geçtikçe bu oran azalmıştır. Bunun temel nedeni koruyucu hizmetlerin toplum üzerindeki faydalarının, genellikle çok uzun sürede ortaya çıkması nedeniyle yönetenlerin kendilerini seçmenlere pazarlamak için daha az çekici bulması ve tabii kapitalizmin kendisidir. Oysa pandemik krizin bir defa daha gösterdiği gibi, birinci basamak ve topluma yönelik sağlık hizmetlerinin iyi olduğu bölgeler, her türlü sağlık krizinden daha az etkilenecektir. Daha sağlam temel sağlık sistemlerine sahip olan İskandinavya, İspanya'nın

Katalan bölgesi ve İtalya'nın Veneto bölgesi gibi alanlar, kolaylıkla şüpheli vaka takibi yaparak, evde yatan hastalara etkili bakım sağlayarak, uzaktan izleme biçimleri düzenleyerek hastaları evde takip edebildiler.

Sağlığı piyasalaştıran reformlar, hastalar ve sağlık çalışanları arasında eşitsizliği teşvik eden ve sağlık hizmeti sunumunun kamusal olması gerekliliği doğasını aşındıran "pazarlar" yaratılmasına yardımcı olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) ne kadar zengin ya da fakir olduğuna ya da sağlık sistemini nasıl organize ettiğine bakmaksızın, her ülkenin nüfusunun sağlığını iyileştirmek, vatandaşların meşru beklentilerine cevap vermek ve kötü sağlık maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamak şeklinde üç hedefe odaklanan bir sağlık sistemine sahip olmasını belirtmesi de bu politikaların sonucudur.

Avrupa 2015 yılında, sağlık hizmetlerine erişim ve kalite endeksi açısından dünyanın zirvesinde kabul edilmesine rağmen, neoliberal politikalara ikincil olarak zayıflatılmış sağlık sistemlerinin yaşadığı pandemi, tüm toplumu geri dönüşü olmayan sonuçlarla çöküşün eşiğine getirmiştir. Yıllardır sermayenin ihtiyaçları doğrultusunda örgütlenen, her seferinde toplumsallığı değil bireyselliği öne çıkaran Avrupa kapitalist sağlık sistemleri, pandemi döneminde sınıfta kalmıştır. Sosyalist örgütlenmeye giden Küba ve Vietnam gibi ülkelerde emekçi sınıflar salgından çok iyi korunmuşlardır. Dünyada bin kişi başına düşen sağlık emekçisi sayısında lider olan Küba'da hastanelerdeki sağlık emekçilerinin örgütsel dağılımında bir sıkıntı yaşanmamıştır. Vietnam sağlık sisteminin örgütlenme modeli ile üçüncül temaslıları bile birinci basamak sağlık kurumlarında teste tabi tutabilmiş ve geliştirdikleri karantina evleri ile yayılımı son 14 ayın altısında sifıra indirmiştir. Resmi verilere göre Vietnam'da son dört aydır COVID-19 nedeni ölüm gerçekleşmemiştir. Salgınla mücadele ediyormuş gibi yapan kapitalizm ise tüm emekçileri diğer önlenebilir hastalıklar ile mücadelede de yalnız bırakmıştır. Sermaye için her seferinde sınırsız kaynaklar sunarken emekçiler

için, sağlık konusunda da, kaynaklarımız sınırlı ömrünün arkasına sığınmış ve hem COVID-19 hem de başka hastalıklar nedeniyle emekçilerin daha çok hastalanıp daha çok ölmesine göz yummuştur.

Avrupa'da uygulanan politikalar egemenler tarafından sağlık giderlerinin artmasına bağlanmaktadır. Oysa amaçlanan sermayenin daha fazla sömürsüdür. 2013 yılında yayınlanan bir çalışmaya göre on üç Avrupa ülkesinde gelir dağılım eşitsizliğinin artışı ile sağlık harcamalarında kamunun payının azalması korelasyon göstermiş; solun güçlü olduğu ülkelerde ise kamu payında artma olmuştur. Avrupa'da hastalar birçok sağlık hizmeti için katkı payı vermektedir. Birinci basamak, hastane başvurusu, laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri veya reçete edilen ilaçlardan herhangi biri için katkı payının ödenmediği Avrupa ülkesi yoktur. Tüm Avrupa'da reçete edilen ilaçlar için katkı payı alınmaktadır. Sağlık için harcanan her beş dolardan biri direk cepten yapılan harcamalar şeklinde olmuştur. Almanya'da on yıllık sürede cepten harcamalarda %87'lik bir artış olmuştur. En son yapılan bir analize göre cepten sağlık harcamalarındaki %10'luk bir artışın COVID-19 vakalarında %4,3'lük ve COVID-19 ile ilişkili ölüm oranındaki %4,9'luk bir artışla ilişkili olduğunu ortaya konmuştur. Bu oran Almanya gibi pandemi dönemini iyi atlattığı söylenen bir ülkede bile, COVID-19 ile ilişkili ölüm oranındaki %42'lik artışın neoliberal politikalar nedeniyle olduğunu düşündürmektedir.

Cepten harcamalar artık en önemli sağlık finansman payı olarak kabul edilirken, bu harcamaların artması ve kamunun sağlığın finansmanından çekilmeye başlaması, özel sigortacılık oranlarında artışı beraberinde getirmiştir. Cepten yapılan harcamaların hem artışının nedeni hem de sonucu olarak Avrupa'da sağlık sistemlerinde son 30 yıldır özel hastane ve de özel sağlık sigortası olan kişi sayısı ve oranında artış olmuştur. DSÖ'nün verilerine göre Fransa ve İsviçre'de özel sağlık sigortası oranı %50'lere ulaşmıştır. Fransa'da, özel sağlık sigortası son on yılda yüksek bir kapsama alanına

sahip olmuştur ve sağlık harcamalarının %13,7'sini oluşturmaktadır. Son 20 yılda, özel sigorta şirketlerinin pazar payı %47 oranında artmıştır. Maliyeti sınırlamak için tüm Avrupa ülkelerinde teminat paketleri daraltılmış ve maliyeti paylaşmak için katkı payları artırılmıştır. Sonuçta kamunun üzerindeki sağlık "yükünden" kurtulmak için özel sağlık sektörüne destek verilmiştir.

Reel sosyalizm yaşanan ülkelerde de aynı yıllarda özel sektör açısından bir patlama gerçekleşmiştir. 1992'de Çek Cumhuriyetinde özel hastane yataklarının payı %0,3 iken bu oran 2008'de %28,7'ye yükselmiştir. Polonya'da özel hastane yatak sayısı aynı yıllar arasında 47 kat artış göstermiştir. Benzer artışlar özel sağlık sektöründe çalışan hekim oranlarında da görülmüştür. Çek Cumhuriyeti'nde 2000'lerin başında özel çalışan hekim oranı %95'a, Slovakya'da %98'e yükselmiştir. İsviçre'de 2000'lerin başında her beş sağlık emekçisinden biri özel sektörde çalışmaya başlamıştır.

Her beş kişiden birinin özel sağlık sigortasına sahip olduğu Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmaya göre daha uzun hastane bekleme süreleri daha yüksek özel sağlık sigortası prevalansı ile ilişkilidir. Spesifik olarak, 10 haftalık medyan yatan hasta bekleme sürelerindeki artış, %2-8 puan daha yüksek özel sağlık sigortası prevalansına denk gelmektedir. Bu nedenle kamu kaynaklarının kısılması ve kamuda verimlilik adı altında yeterli değil yetebildiği kadar sağlık çalışanı istihdam edilmesi nedeniyle oluşan uzun bekleme sürelerinin sağlığı piyasalaştırdığı söylenebilir. Öte yandan aynı çalışmada daha yüksek özel sağlık sigortası kapsamı ile özel sağlık hizmeti arzı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Özel sektör hasta yataklarının sayısının bin kişi başına bir artması, yaklaşık %23-29 puan daha yüksek özel sağlık sigortası prevalansı ile ilişkili bulunmuştur. Önümüzdeki 20 yılda özel sektörün yatak sayısının en az iki katına çıkacağı düşünüldüğünde özel sağlık sigortası oranının en az %60'lara ulaşacağı tahmin edilebilir. Buna ikincil olarak bir tür mülkiyet devri olarak kabul edilen özelleştirme-

lerin daha da artacağı ve sermayenin sağlık alanını tek başına yürütmek isteyeceği, kamunun tamamen bu piyasadan çekileceği açıktır.

Sağlık hizmetlerinden kamunun çekilmesi ile birlikte hekim ücretlerinin ödenmesi için finansmanda değişiklikler olacaktır. Günümüzde Avrupa'da birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan hekimlerin çoğunlukla kişi başına veya verdikleri hizmet karşılığında ödeme aldıkları görülmektedir. Sadece dört Avrupa ülkesinde (Portekiz, İsveç, Slovenya ve Finlandiya) hekimler verdikleri hizmete ve başvuran kişi sayısına bakılmaksızın maaş almaktadır. Sadece üç Avrupa ülkesinde birinci basamak, poliklinik ve hastanede çalışan hekimler verdikleri hizmete ve başvuran kişi sayısına bakılmaksızın maaş almaktadır. Diğer ülkelerde ise sıklıkla verdikleri hizmete göre ödeme almaktadırlar.

Sonuç olarak post-Fordist üretim rejimleriyle yükselen 40 yıllık neoliberalizm, kamuyu halk sağlığı krizleriyle yüzleşmeye tamamen açık ve hazırlıksız bırakmıştır. Kapitalizmin 2008 krizi sonrasında "uygar" Avrupa'da kamu; verimlilik, desantralizasyon gibi içi dolu olmayan ifadeler ile maliyetlerin yüksekliğini belirterek finansmandan çekilmeye başlamış, küçülmeye gitmiş ve alanı sermayeye bırakmıştır. Piyasalaşma ve kamunun sağlık kaynaklarını azaltması eşitsizlikleri artıracaktır. Eşitsizliklerin artmasının burjuvazinin sınıfsal çıkarlarıyla uyumlu olduğu açıktır. Sağlık emekçileri ya piyasalaşma ile birlikte gelen kaderlerine razı olacak ve burjuvazinin çıkarlarını "sadaqatle" gözetecek ya da örgütlenerek, emeği, etik değerleri koruyarak iyi hekimlik ve iyi insanlık için burjuvaziye karşı gelecektir.



Kaynakçayı görmek için
QR kodu telefonunuza okutun