

2020 Koronavirüs Pandemisinde Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Neoliberalizm : İtalya Örneği

Zelha ALTINKAYA*

Özet

Neoliberal akımların başlamasıyla, malların, sermayenin serbest dolaşımına, teknolojik gelişmeleriyle küreselleşme süreci başlamış oldu. Tüm dünyada, kırk yılı aşkın bir süredir hüküm süren neoliberal akımlar, dünyadaki birkaç ülke dışında tüm ülkeleri, küresel düzeyde artan rekabet karşısında şirketlerin, üreticilerin aşırı karlar elde etmelerine yönelik politikalar izlemesine sebep olmuştur. Bu sürecin gerisinde 1970'li yıllarda, kamu iktisadi teşebbüslerin, devlet bütçelerinde büyük açıklara sebep olması nedeniyle, 1980'li yılların başından itibaren kamunun ekonomi içindeki ağırlığı azaltılmaya çalışılmıştır. Bu da ya kamu ait iktisadi teşebbüsleri özelleştirilmesi ya da bu eğitim, sağlık ve hatta güvenlik hizmetleri için hem bütçeleri içinde de hem gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payları azalmaya başlamıştır. Gerek özelleştirmeler gerekse, kamu hizmetlerinin gayri safi milli hasıla içindeki paylarının artırılmaması, refah devleti kavramı içinde uzun yıllardan itibaren çok tartışılan konulardan biridir. 2020 yılına kadar belirgin bir seviyede değişiklik olmamasına karşın, 15 Aralık 2019 tarihinde ilk olarak Çin'in Wuhan eyaletinde görülmeye başlanan, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, 12 Mart 2020'de yeni tip Corona virüsü Covid 19'un birden fazla ülkede görülmesi nedeniyle pandemi ilan edilmesiyle, sağlık politikaları ve sağlık harcamaları bütçeleri birden bütün dünyanın birinci öncelikli konusu haline gelmiştir. Bugüne kadar birer tehdit olarak sıralanan unsurlar gerçek yaşamda karşı karşıya kalınmıştır. Acil durum karşısında bütün ülkeler, doktor, hemşire, laboratuvar uzmanları, hastane çalışanlarının sayısı, özellikleri, hastane sarf malzemelerinin varlığı, erişebilirliği, hastane yatağı sayısı, yoğun bakım sayılarının, ilaç tedarikini, araştırma ve geliştirme politikalarının ne kadar önemli olduğunu bir kez daha ortaya koymuş oldu. Bu makalede, Çin'den sonra Corona Virüsü e bağlı solunum yetmezliği hastalığına yakalanan hasta sayısının ve en çok arttığı ülkenin İtalya olması nedeniyle, Avrupa Birliği'nin sağlık politikaları incelenecektir. Literatür taraması ve istatistikî analiz yöntemi kullanılarak Avrupa Birliği'nin sağlık politikaları, İtalya örneğinde incelenmiş olacaktır.

Anahtar Kelimeler : *sağlık harcamaları, refah devleti, neoliberalizm, Türkiye, İtalya, Avrupa Birliği, Korona-Virüsü, pandemi, maliye*

European Union Health Policies and Neoliberalism under Pandemic of Coronavirüs 2020

Under neoliberalism, the primary policy recommendation covers policies on the free movement of goods and capital. In addition to free movement of products and capital, technological developments contributed globalization process began in early 1980s. Neoliberalism have caused many countries to follow policies towards earning extra-ordinary profits in the face of increasing competition at the global level since 1980s. The share of the public owned enterprises in the economy has been reduced since early 1980s. The main reason behind this policy was that public economic enterprises caused huge deficits in the state budgets. This policy led to either privatization of state-owned economic enterprises or reducing public financing of education and health services in GDP. Both privatizations and the reducing the share of public services in the gross national product is one of the most controversial issues in the welfare state concerns for many years. There was no significant change

* Yalova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
E-posta: zelha.altinkaya@yalova.edu.tr
ORCID Number: 0000-0002-6964-7182

until the World Health Organization declared a pandemic of Covid-19. Corona Virüs Covid 19 first began to appear in Wuhan Province on December 16, 2019. As Covid 19 was seen in more than one country and considered as pandemic, health policies and health spending budgets have suddenly become the top priority of the whole world. The factors listed as threats until now on, have been faced in real life. All countries started to discuss their health policies measured by availability and accessibility of the number of doctors, nurses, laboratory specialists, the number of hospital employees, and hospital supplies, the number of beds, the number of intensive care units, the supply of medicines at the case of emergency. As well the research and development policies have become one of the focus point. In this article, the health policies of the European Union will be examined due to the number of patients suffering from Corona Virus-related respiratory failure after China and the country with the highest increase in Italy. The health policies of the European Union will be analyzed in the case of Italy by using the literature review and statistical analysis method.

Keywords: *health care expenditure, European Union, Italy, Turkey, Coronvirüs, pandemic, neoliberalism, welfare state*

Giriş

Neoliberal akımların başlamasıyla, malların, sermayenin serbest dolaşımına, teknolojik gelişmeleriyle küreselleşme süreci başlamış oldu. Tüm dünyada, kırk yılı aşkın bir süredir hüküm süren neoliberal akımlar, dünyadaki bir kaç ülke dışında tüm ülkeleri, küresel düzeyde artan rekabet karşısında şirketlerin, üreticilerin, aşırı karlar elde etmelerine yönelik politikalar izlemesine sebep olmuştur. Bu sürecin gerisinde 1970’li yıllarda, kamu iktisadi teşebbüslerin, devlet bütçelerinde büyük açıklara sebep olması nedeniyle, 1980’li yılların başından itibaren kamunun ekonomi içindeki ağırlığının azaltma politikaları yatmaktadır. Bu da ya kamuya ait iktisadi teşebbüslerin özelleştirilmesi yada bu eğitim, sağlık ve hatta güvenlik hizmetlerinin gerçekleşmesi için ayrılan bütçeleri azaltmıştır. Gerek özelleştirmeler, gerekse kamu hizmetlerinin gayri safi milli hasıla içindeki paylarının artırılmaması, refah devleti kavramı içinde uzun yıllar boyunca çok tartışılan konulardan biridir. 2020 yılına kadar belirgin bir seviyede değişiklik olmamasına karşın, 15 Aralık 2019 tarihinde ilk olarak Çin’in Wuhan eyaletinde görülmeye başlanan, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, 12 Mart 2020’de yeni tip Corona virüsü Covid 19’un birden fazla ülkede görülmesi nedeniyle pandemi ilan edilmesinden sonra, sağlık politikaları ve sağlık harcamaları bütçeleri birden bütün dünyanın birinci öncelikli konusu haline gelmiştir. Bugüne kadar sadece birer tehdit olarak sıralanan acil durum şartları, yaşamın bir gerçeği halini almıştır. Acil müdahale edilmesi gereken, bu pandemi karşısında bütün ülkelerin, son kırk yılda, doktorlarının, hemşire, laboratuvar uzmanları, hastane çalışanlarının sayısı ne kadar artırdıklarını, sağlık personelinin özellikleri, hastane sarf malzemelerinin varlığı, erişilebilirliği, hastane yatak sayısı, yoğun bakım sayılarının, ilaç tedarikini, araştırma ve geliştirmeye dayalı sağlık politikalarının ne kadar önemli olduğunu bir kez daha ortaya koymuş oldu. Bu makalede, Çin’den sonra Corona Virüs e bağlı solunum yetmezliği hastalığına yakalanan hasta sayısının ve en çok arttığı ülkenin İtalya olması nedeniyle, Avrupa Birliği’nin sağlık politikaları incelenecektir.

1 .Küreselleşme ve Sağlık Politikaları

1970’lerin sonları, 1980’lerin başından itibaren, ekonomi de “küreselleşme” olarak adlandırılan yeni bir duruma tanık olundu. Bu yeni durumda, yada süreçte,

sadece ticaret, yatırım ve finans piyasalarının, küreselleşmesi değil, aynı zamanda sağlık, eğitim, gibi politikaları da içine alacak şekilde gerek özel sektörün gerekse kamunun sorumluluğu olduğu ekonomik faaliyetler değişime uğradı. Uluslararası ekonomik aktörlerin daha etkin olması, küresel rekabetin hakim olması ile hükümetlerin uluslararası ekonomi ulusal politikayı şekillendirme gücü azaldı. Hükümetlerin önlerindeki, tek seçenek küreselleşme sürecine katılma ve hatta süreci kolaylaştırmak olmuştur. Aksi halde, yani bu küresel sistemin dışında kalma ihtimali, hem kendileri hem de devletleri için bir tehdit olarak algılanmıştır. Washington Uzlaşısı (1979) kapsamında, ABD hükümeti ile Uluslararası Para Fonu, 1980’li yılların başlarında pek çok gelişmekte olan ülkeyi, 1980’li yılların sonlarında, Rusya ve Güneydoğu Asya ve Latin Amerika ülkelerine ekonomilerini dışa açmaları, küresel ekonomiye entegre olmaları ve böylece ekonomilerini liberalleştirmeleriye yönlendirmiştir.

Küresel ekonomiye entegrasyon sürecinde, küreselleşmenin sunduğu refah düzeyinden faydalanmak için hükümetler tarafından, ticaret, yatırımlar ve finansal piyasalar için elverişli koşulların oluşturulması gereğini de ortaya koymuştur. Bu da sermaye yatırımları, ticaret üzerindeki vergilerin düşürülmesi anlamı taşımaktadır. Gelirlerin azalması, harcamaların da azalmasını beraberinde getirmiştir. Dünya Bankası ve IMF ’nin kamu açıklarının azaltılması için istediği politikalar, mali ve işgücü piyasalarının serbestleştirilmesi, kamu işletmelerinin ve programlarının özelleştirilmesinin yanında sosyal ve güvenlik sistemlerinin bile özelleştirilmesine yönelik olmuştur. Özelleştirmeye alternatif sağlık, eğitim, sosyal politikalarda harcamalarındaki azalmaya neden olmuştur.

Chomsky(2017), Krugman (2011), Prebisch(1985), Stiglitz (2017) gibi önde gelen iktisatçılar küreselleşmenin dünya genelinde eşitsizliklerin artmasına neden olduğunu iddia etmektedir. Bu eşitsizlikler, yalnızca ülkeler arasında değil, aynı zamanda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunda benzeri görülmemiş bir oranda artmaktadır. Bu durum, önceki yıllarda dünya genelinde meydana gelen sağlık harcamalarının azalmasının temel nedeni olup, dünyanın birçok bölgesinde durgunluğa ve hatta sağlık ve refah seviyelerinde düşüşe neden olmaktadır.

Küreselleşme, neoliberal akımları savunanlar için, zenginlik, gelirlerinde muazzam bir büyüme anlamına gelmektedir. Küreselleşmeyi eleştirenler, “izolasyonist”, “korumacı”, “yabancı düşmanı”, “milliyetçi ” olarak adlandırılıyordu. Başta, sağlık ve eğitim harcamaları olmak üzere, yaşam ve refah seviyesinde artışı savunan “refah devletini “ kurmaya yönelik politikaları savunmak çok ağır eleştirilere konu olmuştur. İtalyan ekonomist Navarro (1999) bu eşitsizliği 3 nedene bağlamaktadır.

(a) servet ve sermayeden elde edilen gelirden emekten elde edilene kıyasla benzeri görülmemiş bir büyüme,

(b) ücret dağılımında bir artışa yol açan ücretlerin artan kutuplaşması ve

(c) refah devleti ve kamu altyapısının hızla bozulması, özellikle az gelişmiş ülkelerde dikkat çekmektedir.

1980’li yıllarda iktidarda olan ve neoliberal akımların öncüleri olan Reagan(1981-1989) ve Thatcher (1979-1987) hükümetleri bile kendi dönemlerinde, para, sermaye, mal piyasalarını serbestleştirme girişimlerinde

bulunsa da sosyal politika bütçelerinin GSYİH hasıla içindeki paylarını azaltmamışlardır. Refah devleti argümanını destekleyen, İsveç, Almanya, gibi oldukça farklı siyasi partiler tarafından yönetilen ülkelerin hiçbirinin sosyal transferler ödemelerinin GSYİH içindeki payı değişmemiştir. Ancak, 2020 yılı itibarı ile değerlendirilme yapıldığında, ABD, İngiltere (Birleşik Krallık) ve Kanada gibi küresel gelenek içindeki ülkelerde kamu hizmetlerinde dolayısıyla sağlık hizmetlerinde çalışan kişi sayısı belirgin olarak düştüğü görülecektir (Greer ve diğerler,2016). Fransa, Almanya, İtalya, Belçika gibi ülkelerde de daha az olmasına rağmen düşüşler yaşanmıştır. Hollanda gibi sosyal demokrat geleneklere, İsveç, Norveç, Danimarka, Finlandiya ve Avusturya gibi güçlü işgücü etkinliğine sahip ülkelerde kamu harcamalarında bazı kesintiler olmasına rağmen, diğer ülkeler gibi kamu harcamaları azaltmamışlardır.

Hükümetler, sosyal transferlerin azaltılması politikasını tercih etmeleri durumunda, bu politikadan faydalanan kişiler, bunu hemen fark ederler. Ancak, sağlık hizmetlerinin kullanlarının, sağlık harcamalarındaki azalmayı fark etmesi zaman alacaktır (Navarro, 1999).

Nüfusun artması gibi demografik değişiklikler nedeniyle kamu hizmetlerine olan talebin artmasına rağmen, 1980'lerde ve 1990'larda gelişmiş kapitalist ülkelerde kullanıcı başına yapılan sosyal hizmet ve kamu harcama miktarlarının aynı oranda artmamıştır (Navarro, 1999).

Sağlık sektörü reformları, kısmen küreselleşmenin, insan haklarından biri olan sağlıklı olma hakkı, bu haklar üzerindeki olumsuz sonuçları nedeniyle, ölümcül olarak hastalık olarak değerlendirilmektedir (Schuftan, 2015) Son yirmi yıl içinde, iki farklı post-materyalist bakış açısı ortaya çıkmıştır: neo-materyalist bakış açısı ve psikososyal bakış açısı. Neo-materyalistler, sosyal faktörlerin insanların yaşadığı maddi koşullarda somut ama yine de ayrık ve gözlemlenebilir farklılıklara yol açtığını ve bu farklılıklar yoluyla sağlıkta sosyal degradeler yarattığını savunuyorlar. Örneğin, özellikle yoksulları hedef alan refah devleti rejimleri, zengin ve fakir arasında evrensel kapsamı olan geniş tabanlı refah programlarından daha büyük sağlık farklılıklarına yol açmaktadır. Öte yandan, psikososyal bir perspektif alan akademisyenler, farklı toplumsal ortamların, insanların psikososyal durumlarında ve genellikle doğrudan gözlenemeyen farklılıklara yol açtığını ve Hedeflenen refah rejimleri tarafından yaratılan sağlık eşitsizliklerinin psikososyal bir açıklaması, yoksulları damgalama eğiliminde olmaları, zenginlerin sosyal egemenliğine ve yoksullar için özerklik kalıplarına ve sonuç olarak bunlar yoluyla daha büyük eşitsizliklere yol açmalarıdır (Salvatore ve Bancicky, 2010).

Gelişmekte olan ülkeler için pek çok ekonomik yada finansal kriz üretse de, küreselleşme sonucunda tüm dünyada bir gelir artışına sebep olduğu algısı hakimdir. O nedenle, tüm ülkeler 2008-2009 ekonomik krizine kadar, dünyanın yeni bir krizle karşılaşabileceğine ihtimal vermemiştir. Oysa, sürdürülemez ekonomik büyüme ile ülkeler, topraklarının, nehirlerinin, denizlerinin, atmosferlerinin kirlendiğinin farkına varmış olsa bile bireysel olarak yaşanan

hastalıkları, kayıpları görmezlikten gelmişlerdir. Küreselleşmenin olumsuz etkileri, 2020 yılında, ortaya çıkan Koronavirüs salgınında bir kere daha ortaya çıkmıştır.

2. Avrupa Birliği Sağlık Politikaları

Avrupa Birliği (A.B.), 20. yüzyılın ortalarında kurulmaya başlanmasına rağmen, 21. yüzyılın başında, bir siyasi birlikten çok, ekonomik ve parasal birlik olarak değerlendirilmektedir. Avrupa Birliğinin kuruluş anlaşmalarında, adalet, eşitlik, sosyal koruma prensipleri öncelik almıştır. AB sağlık politikası da, tüm AB vatandaşlarının, sağlığın korunmasına ve iyileştirilmesine, modern ve verimli sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlamaya ve birden fazla AB ülkesini içeren ciddi sağlık tehditlerini koordine etmeye odaklanmaktadır. Hastalığın önlenmesi ve müdahale AB'nin halk sağlığı odağında büyük rol oynamaktadır. Önleme aşılama, antimikrobiyal dirençle mücadele, kansere karşı eylemler ve sorumlu gıda etiketleme gibi birçok alana değinmektedir.

1957'de imzalanan Roma Antlaşmasından, Avrupa Tek Senedi nin kabul edildiği 1987 yılında kadar Avrupa Birliği (A.B.)'nin sosyal politikalarında çok önemli bir gelişme kaydedilmemiştir. Roma Anlaşması, oldukça, ılımlı ve ölçülü bir düzeyde, sadece 12. ve 248 maddelerinde sosyal politikaları tanımlamıştır. Üye Ülkeler arasında eğitim, istihdam, iş hukuku, çalışma şartları, toplu sözleşme, sosyal güvenlik konularında işbirliğini geliştirme ve koordine etme görevi AB Komisyonuna verilmiştir (Roma Antlaşması,1957). Ancak, ne gibi bir işbirliği süreci olması gerektiği tanımlanmamıştır.

Bu politika önceliklerini A.B.'deki en etkili kişilerden biri olan Komisyon Başkanı Jacques Delors, ekonomik uyumu güçlendirmenin ve AB'nin öncelikle bir ekonomik birlik yapmanın hatta önce "tek pazar yapma" projesini dengelemenin bir aracı olarak sosyal bir boyut geliştirmeyi amaçlamıştır. A.B. bütçesinin sınırlı olması, Komisyon'un kapsamını genişletmenin tek yolunun sanayi ve emeğin düzenlenmesi olması anlamına geliyordu. Komisyonun politika genişletme stratejisi, Genel Direktörlüğü tarafından yürütülmektedir.

A.B.'nin başarılı olduğu alanlardan biride Yapısal Fonlardır. Bu sayede sanayileşme politikaları ile işsizliğin olduğu alanlarda politika belirlemektir. 1970'lerdeki girişimler her ne kadar sağlık, güvenli ve sosyal güvenlik alanlarında gelişmeler kayda değer olsa da, asıl, A.B. istihdam ve sosyal politikalarında ilerlemeye sebep olmuştur. Avrupa Tek Senedi, sosyal politikalara yeni bir ivme kazandırmıştır. Dönemin Fransa Devlet Başkanı François Mitterrand (1981-1995), gerek kanun gerekse sosyal politikalarla, emeğin haklarının korunmasının kutsal bir görev olduğunu açıklar (Greer ve diğerleri, 2016) .

A.B. sosyal politikasını ilgilendiren kurallar, çoğunluğu, Avrupa Tek Pazarı içinde rekabetin bozulmasının önlenmesine yöneliktir. Emekçinin korunmasıyla ilgili endişelerden kaynaklanmıştır. Daha kapsamlı bir A.B. sosyal politikası oluşturma girişimleri yapıldığında, öncelikli olarak Üye Devletlerin yakınlaşması ve uyumlaştırması açısından sınırlı etkisi olan yasal olarak bağlayıcı olmayan anlaşmalar yapmıştır. A.B. istihdamı ve sosyal politikadaki bu tür

gelişmelerin gelişmekte olan bir Avrupa sosyal modelini temsil edip etmediği, yani Üye Devletlerin bölgesel düzeyde yetki / sorumluluk heyeti ile yakınsadığı bir A.B. sosyal politikasının varlığı tartışmalıdır. Bazı akademisyenler, A.B. içinde sosyal politikaya entegrasyonu teşvik etmek için kullanılan çeşitli yönetim araçlarına dikkat çekti ve ABD'nin karşılaştırmasıyla birleştğinde, A.B.'nin hem ülkeye özgü hem de nicel ve nitel bir refah devletini teşvik ettiği öne sürülebilir.

A.B. Üye Devletleri, Avrupa vatandaşlarına sağlık hizmetlerinin sağlanması konusunda temel sorumluluğa sahiptir. A.B. Konseyi ve A.B. Komisyonu, devletleri sağlık politikalarını güçlendirmeye yönelik politikalarını, dayanışma, eşitlik gibi evrensel ve ortak A.B. değerlerine dayalı ilkelerle yönetmeye çalışmışlardır. Sadece Avrupa Birliğine değil aynı zamanda küresel boyutta çözümler üretmek üzere Beyaz Kitabı yayınlamıştır (Beyaz Kitap, 2007). Beyaz Kitap, "Sağlık için birlikte: A.B. 2008-2013 için stratejik bir yaklaşım", Avrupa başlığı altında karşı karşıya olduğu zorlukları özetlemektedir. Avrupa'da daha çok sağlık için ilke ve hedefleri açıklamaktadır. Beyaz Kitabı özellikle üç konuya odaklanarak tartışmıştır:

- AB sağlık stratejisinin öncelikli temaları ve bunların ulusal sağlık politikası hedeflerinin geliştirilmesi ve uygulanmasına yansması.
- Öncelik belirleme, uygulama ve izlemedeki ilgili deneyimler ve bunların AB sağlık stratejisinin uygulama sürecinde olası kullanımları.
- Öncelikli eylemlerin tanımlanması ve uygulanması

Bu süreçte Komisyon, Konsey ve A.B.'nin büyük sağlık sorunlarıyla karşı karşıya olduğunu kabul etmiş, Üye Devletler arasındaki ve içindeki sağlık hizmetlerinin verilmesinde ve sağlık politikalarının oluşturulmasında karşılaşılan problemler olduğunda ifade etmiştir. Sağlık hizmetlerine erişim konusundaki eşitsizlikleri ve bu eşitsizliklerin giderilmesi konusu temel bir tema olarak ele almaya ihtiyaç vardır. Konsey, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık güvenliği de dahil olmak üzere sağlığın korunması, sınır ötesi sağlık ve hasta güvenliği gibi sağlık sistemlerindeki zorlukların ele alınması için kapsamlı bir A.B. sağlık stratejisi öngörmektedir. Stratejinin sosyal uyum, ekonomik verimlilik ve toplumsal refahın daha geniş bir gündemini desteklemesi gerektiğini vurgulamaktadır.

2008-2013 stratejisindeki temel ilkeler

Beyaz Kitap (2007) dört ana ilke ortaya koymuştur. Birincisi ortak sağlık değerleriyle ilgilidir. Komisyon, sağlık sistemlerine değer temelli bir yaklaşım tanımlamak için Üye Devletler ile birlikte çalışmaktadır. "Sağlığın iyileştirilmesi ile ilgili değerler sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılmasını içermelidir (Beyaz Kitap, 2007, AB Komisyonu) Pek çok Avrupalı önceki nesillerden daha uzun ve sağlıklı bir yaşam sürse de, küresel olarak üye ülkeler ve bölgeler arasında, sağlıkta büyük eşitsizlikler bulunmaktadır."

İkinci ilke, “sağlığın en büyük servet olmasıdır”. Sağlık, bireylerin ve toplumun refahı için önemlidir, ancak sağlıklı bir nüfus da ekonomik üretkenlik ve refah için bir ön koşuldur. Sağlık harcamaları bir maliyet olarak değil, bir yatırım olarak görülmelidir. Sağlık harcamaları ekonomik bir yük olarak görülebilir, ancak topluma yönelik gerçek maliyetler, sağlıkla bağlantılı doğrudan ve dolaylı maliyetlerin yanı sıra ilgili sağlık alanlarına yeterli yatırım eksikliğidir.

Üçüncü ilke, sağlığın, tüm politikalar arasında önceliği olmasıdır. Toplumun sağlığı sadece sağlık politikası için bir öncelik değildir, tüm diğer AB politikaları kilit bir rol oynamaktadır. Bölgesel ve çevre politikası, tütünün vergilendirmesi, ilaç ve gıda ürünlerinin düzenlenmesi, hayvan sağlığı, sağlık araştırma ve inovasyonu, sosyal güvenlik programlarının koordine edilmesi, kalkınma politikasında sağlık, iş sağlığı ve güvenliği ve radyasyondan korunmanın yanı sıra kurum ve hizmetlerin koordinasyonu ithalatın düzenlenmesinde de sağlık politikaları önemlidir. Komisyon, diğerlerinin yanı sıra, sivil toplum kuruluşları, endüstri, akademi ve medya ile stratejinin hedeflerini geliştirmek için ortaklıklar kurmak istemektedir.

Dördüncü ilke, AB'nin küresel sağlıktaki varlığını güçlendirmeye yöneliktir. Küreselleşmiş bir dünyada, ulusal veya AB çapında eylemleri küresel politikadan ayırmak zordur, çünkü küresel sağlık sorunları iç toplum sağlığı politikası üzerinde bir etkiye sahiptir ve bunun tersi de geçerlidir. AB'nin küresel sağlığa katkısı sağlık, kalkınma işbirliği, dış eylem, araştırma ve ticaret gibi politika alanlarının etkileşimini ve sağlık konularında uluslararası örgütlerle koordinasyonun güçlendirilmesini gerektirmektedir (Beyaz Kitap, 2007, AB Komisyonu)

31 Ocak 2020 tarihindeki resmi çıkışına kadar, Avrupa Birliği'nin dikkat çeken üyelerinden biri olmuş, liberalizmin ve neoliberalizmin beşiği, İngiltere'de 2008 finansal krizin arifesinde, gerçek kamu sağlık harcamalarında önemli ve sürekli bir artış dönemi yaşanmıştır. Dönemin başbakanı Blair, yeni seçim döneminde Blair de seçmenlerini “ Ulusal Sağlık Sistemini kurtarmak” için desteklemeye çağırmıştır. İşçi Partisi manifestoları, 1997, 2001 ve 2005 yıllarında, Ulusal Sağlık Sisteminde, ücretsiz ve ihtiyaca dayalı, ödeme kabiliyetine değil, büyük bir programın finanse edilmesi ihtiyacını vurgulayarak genel bir taahhüde vurgu yapmıştır. Sağlık yatırımı, modernizasyon ve reform. İngiltere'de sağlıkla ilgili gerçek kamu harcamaları Blair'in iktidardaki on yılı boyunca neredeyse iki katına çıkmıştır; 1997/98'de 64,4 milyar £ 'dan 2007/08'de 116,9 milyar £ ' a artmıştır (Vizard ve Obolenskaya, 2016). İşçi partisinin iktidardaki ilk iki dönemi boyunca kaynaklardaki önemli artış, personel bakımı, hizmetler ve sağlık hizmetleri faaliyetleri de dahil olmak üzere İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi girdilerinin ve çıktılarının önemli ölçüde genişlemesiyle sağlık hizmetlerinde büyük bir arz yönlü genişlemeyi finanse ettiği ifade edilmektedir. Bu dönemde İşçi Partisinin sağlık yatırıma yapılan önemli getiriler, sağlık hizmetleri kalitesi ve memnuniyetinin genel göstergelerine de yansımıştır. 1997 yılında halk, uzun bekleme listeleri, sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapılması ve özel sağlık sigortası talebinin artmasıyla Ulusal Sağlık Sisteminden oldukça memnun kalmamıştı. 2007/08 itibarıyla bekleme listesi uzunluğu ve bekleme süreleri

azalmış, özel sağlık sigortası kapsamındaki harcamalardaki artış azalmıştır. Ulusal Sağlık Sisteminden memnuniyet önemli ölçüde artmıştır. Sağlık hizmetlerinin modernizasyonu ve reformu konusunda, 1997'den sonra yeni bir denetim ve düzenleme çerçevesi oluşturulduğu söylenmiştir (Copeland, 2014) .

2008-2009 mali krizi, ticaret odaklı küreselleşmenin ilk dalgasında bir kırılma olarak değerlendirilmektedir. 2009 krizinin, ekonomik olanın tamamen aksine, sosyal ve kültürel bir süreç olarak görülen küreselleşmeden geriye dönülmesi için hiçbir neden yoktur. 2010 yılına kadar, küreselleşmenin potansiyel etkilerini anlamaya çalışırken, sanayileşmenin sağlık üzerindeki etkisi bir kenara bırakıldığında, sanayi devrimi ile başlayan gelişmeler, devletlerce uygulanan sağlık politikaları, sonuç olarak, toplumun neredeyse tüm üyeleri için daha uzun ve sağlıklı bir yaşam anlamı taşımaktadır. Ancak, 2010 Euro krizinden sonra, AB, maliye politikaları, Avrupa Birliği kurumlarının ve üye devletlerinin,

- gayri safi yurtiçi hasılanın % 3 'ünün altında ve
- borcunun % 60'ının altında kalması için

izlediği politikalar ve kısıtladığı bir sistemdir. Kamu harcamalarına odaklanarak, Avrupa Birliği'nin üye ülkelerinin sağlık sistemini, sağlık sistemleriyle ilgili kaygılara yönlendirilmeden veya haklı göstermeden şekillendirmeyi vaat etmektedir. Üye devletlerde bir dizi mali ve ekonomik politika hedefine uygunluğu sağlamaya yöneliktir. Sağlık sistemleri büyük, pahalı ve kamuya açık olduğu için öncelik sağlık politikalarının uygulanmasındadır. Avrupa Birliği'nin Lizbon sağlık politikası Antlaşması'nın 168. maddesi kapsamındaki gücü zayıf olduğundan ve üye devletler sağlık ve sağlık hizmetlerini etkileyen AB sağlık politikalarını geleneksel olarak pazar entegrasyonu, çevre koruma veya rekabet gibi diğer kaygılarla yönlendirilmektedir (Scot, 2016).

Mali kriz nedeniyle 2010 yılından bu yana Avrupa Birliği'nde yapılan önemli kurumsal değişikliklere odaklanmaktadır. 2008'de başlayan ve 2010 yılında Avro Bölgesi'nde egemen bir borç krizi olarak ortaya çıkan bu durum, siyasi ve ekonomik güç arasındaki ilişkiyi ifade ettiğimiz Avrupa Birliği'ndeki sağlık hizmetlerinin politik ekonomisinin bu geniş çapta değiştirildiğini iddia edilmektedir (Brand ve diğerleri, 2016)

Avrupa Birliği, genel yönetim yönetişimi” adına, sağlık hizmetlerinin yerine “sağlık sistemleri üzerinde yetki iddialarında yoğunlaşmıştır. Şu anda sağlık hizmetlerini içeren sistem, öncelikle sağlığı veya diğer hedefleri teşvik etmek yerine harcamaları kısıtlamak üzere tasarlandığı iddia edilmekte; sistemin sürdürülebilirliği sorgulanmaktadır. Bunlardan birincisi, kemer sıkma politikalarının büyük bir kısmı, Avrupa Birliği'nin talebi olmamasına rağmen, hükümetler tarafından yürürlüğe konmuştur. Zengin ülkelerde dahi borç miktarı artarken, kemer sıkma politikalarına neyin sebep olduğunu belirlemek zordur (Greer ve diğerleri, 2016). Greer, ve göre işsizlik gibi mekanizmalarla krizin kendisinin sağlık üzerindeki etkileri de gizlenmemelidir. Avrupa Birliği büyük ölçüde merkez sağ politikacılar tarafından yönetilmektedir. Kriz boyunca böyle olmuştur. Konsey' deki üye ülkelerin çoğunluğu, çok sayıda Avrupa Parlamentosu üyesi ve Komisyon üyeleri (üye devletler tarafından seçilen ve Parlamento

tarafından onaylanan) çoğunluğu neoliberal akımları tercih eden politikacılardan, neoliberal politikaların beklenmesi olağandır (Greer ve diğerleri, 2016).

Bununla birlikte, Avrupa'nın seçilmiş liderlerinin haleflerini seçerken de, aynı politika tercihleri hakim oldu, daha fazla ekonomik serbestleşme, daha fazla kısıtlanmış sosyal ve sağlık politikalarına oy vermiş oldular. Tercih ettikleri ekonomik ve sosyal politikalardan sapmaları, bunu tanımlamak, sağlık hizmetlerini izleme ve politika reçetesi ile gelecekteki üye ülkeler için Avrupa ve yerel düzeylerde yasal sonuçları belirlemek için otomatik mekanizmalarla kasten “zor” bir rejim inşa ettiler (Greer ve diğerleri, 2016). Avrupa Birliği, demokrasisini üye ülkelerini geleceğe bağladığı gerçeğinde gösterebilir, fakat aynı zamanda liderlerinin gelecekteki seçeneklerini de kısıtlamaktadır. Gelecekte, Avrupa Birliği, en iyi tasarruf ekonomisi olarak tanımlanan düşük borçlanma ve borç arayışında sağlık politikasında önemli bir rol oynayacaktır(Greer ve diğerleri, 2016).

Teorik olarak, bir para birliğinde mali veya ekonomik krizden kaçınmanın bir yolu, borçtan kaçınmaktır. Böylece teorik olarak şoklara karşı kırılganlıklarını azaltan benzer ölçek politikaları olan benzer ekonomilere sahip olmakla bunu öngörebilmektir. Sınırlı borcu olan ülkelerin, ilke olarak finansman krizine girme olasılığı daha düşüktür. 2008 krizinde istihdam ve refahı korumak için daha etkin tedbirlerle tercih edilmiştir. Yeniden dağıtılmadan parasal ve ekonomik birlik mantığı, üye devletler tarafından çok ihtiyatlı bir politika önerebilir. Avro Bölgesi bağlamında, bu, üye devlet borçlarını ve bunları oluşturabilecek politikaları izlemek ve sınırlamak için bir dizi kurumsal düzenleme anlamına gelir.

21. yüzyılın ilk on yılında, Avro Bölgesi, birçok çevre ekonomisinde bir olağanüstü ekonomik büyüme görüldü. Bunun en önemli sebebi, büyük ölçüde çevre ekonomilerindeki, Orta ve Doğu Avrupa ve Euro Bölgesinde faiz oranların oldukça düşmesidir. Bu, Almanya gibi biraz durgun ana ülkelerdeki bankaların, diğer ülkelerdeki spekülasyon gelişmelere kredi vermelerini sağladı. Buna karşılık, bu “sıcak para” ekonomileri sıkı politikalardan uzaklaştı. Bu ülkelerden biri de İspanya, inşaat sektöründeki aşırı büyüme, aynı zamanda, ülkenin sanayileşmesini de hızlandırdı. Benzer biçimde, Yunanistan'ın refah devleti anlayışı, refah yolunu sürdürmesine izin verdi. İrlanda ve İspanya gibi çevre devletlerin bütçeleri, bu yıllarda Avro Bölgesi'nin etkinleştirdiği açıklıktaki spekülasyon hareketlerin sebep olduğu hızlı artışlardan yararlandıkları için Almanya ya da Fransa'dan daha sağlıklı ve daha sade tecrübeye sahip oldu.

Avro bölgesindeki, Maastricht Antlaşması, Avro Bölgesi 'ne katılım için sınırlı kamu borçları ve borçlar gerektirdi. Avro Bölgesine girdikten sonra üye devletlerin bu sınırlara uymaya devam etmesini istenmektedir. Krizin de gösterdiği gibi, spekülasyon sermaye, yapısal zayıflıklara rağmen, İrlanda ve İspanya'nın Sosyal Güvenlik Politikalarına uyumlu olmasına neden oldu (Greer ve diğerleri,2016) .

Geniş çaplı hedefler, çoğunlukla hükümet açıklarını azaltmak, diğer bir deyişle bütçe kesintileri ve vergi artışları ile ilgilidir. Bu yıllarda, AB politika içerikleri önemli ve yönlendiricidir. Sağlık sektörünün ilaç, satın alma ve gayri resmi ödemeler gibi alanlarda önemli sahtekarlık olduğu ve bunun yanı sıra incelenen atık türleri olduğu göz önüne alındığında makul görülen sağlık

politikasına dikkat çekmektedir (Brand ve diğerleri, 2016). Sağlık ekonomistleri ve sağlık hizmetleri araştırmacıları tarafından, 2012’de yayımlanan Yunanistan İkinci Ekonomik Uyum Politikası, özellikle, ilk Ekonomik Uyum Politikası uygulama dönemleri boyunca sağlık sektöründe keşfedilen sorunların ölçeği nedeniyle, sağlık sektöründe reform yapmaya odaklanmaktadır. Yunanistan’ı örnek almak gerekirse, sağlık bakanlığında sağlık için sorumlulukların yoğunlaşması; bir e-reçete sisteminin kurulması (kısmen sahtekarlığı azaltmak için); hastanelerde çift girişli defter tutmanın tanıtımı; performanslar ve denetimler de dahil olmak üzere mali kaynaklar hakkında artan şeffaflık; ve jenerik ikamenin başlatılması gibi farmasötik harcamaların azaltılmasına yönelik çalışmalar, işgücü piyasasının serbestleştirilmesi gibi önlemler de sağlık sektörü çalışanlarının koşullarını etkileyecektir. Örneğin, tam zamanlı kamu sektörü çalışanlarını kabul etmek yerine kamu sektöründen ayrılan doktorlar için kamu sektörü personel sayısının azaltılmasının etkileri önemliydi.

2020 yılı Avrupa Birliği sağlık politikaları sağlık güvenliği, sağlık sisteminin geliştirilmesi, risk değerlendirmesi, afet yönetimi, bulaşıcı hastalıklar, sağlıklı toplumlara, sağlıklı yaşamın temel başlıkları oluşturmaktadır.

Son yüzyılda yüksek gelirli ülkelerde bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı azalmıştır. Ancak, son zamanlarda ortaya çıkan hastalık salgınları yeniden dikkat çekmiştir. Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi tarafından, 2018’de yapılan araştırmada, 2011 yılında önde gelen bulaşıcı hastalıkların AB’de 37 milyondan fazla hastalık vakasına ve 48.000 ölüme yol açtığı ifade edilmektedir. Başlıca üç enfeksiyon hastalığı, grip, tüberküloz ve HIV/AIDS olarak ifade edilmektedir. AB ve Komşu Ülkelerdeki 2014 HIV/ AIDS Eylem Planı, 2016 Komisyonunun HIV / AIDS ile Mücadele Tebliği’nin uygulanmasını desteklemek üzere tanıtıldı, 164’ün 2016 yılında süresi doldu ve yenilenmedi. Diğer iki hastalık için bir eylem planı mevcut değildir.2017’de Parlamento, Komisyon ve Üye Devletleri HIV / AIDS, tüberküloz (TB) ve viral hepatiti ele alan kapsamlı bir AB politika çerçevesi geliştirmeye çağıran bir Karar kabul etmiştir. Ayrıca AB’yi komşularla diyalogda güçlü bir rol oynamaya çağırılmaktadır. Doğu Avrupa ve Orta Asya’daki ülkeler. 2018’de Komisyon, AB ve komşu ülkelerin üç hastalığa tepkisini desteklemek için girişimlere genel bir bakış sağlayan bir personel çalışma belgesi yayınlamıştır.

Komisyon, 2017 yılında 181’e karşı oyla, Avrupa Tek Sağlık Eylem Planını kabul etmiştir. Eylemlerinin bir parçası olarak, Üye Devletler ve AB kurumlarının Antimikrobiyal Dayanıklılık gelişmelerini ve iyi uygulamalarını paylaşmaları için bir platform görevi görmek üzere bir A.B. Anti Mikrobiyolojik Dayanıklılık Tek Sağlık Ağı başlattı. Eylem planı, parlamentoyu 2018’de diğerlerinin yanı sıra A.B. Komisyon’u eylem planının orta vadeli ve eski bir değerlendirmesini yayınlamaya çağıran bir Karar kabul etmeye teşvik etti. Komisyon, yasama araçlarının kullanımı ve finansman da dahil olmak üzere Komisyonu “gelecekteki herhangi bir eylem planında daha iddialı” olmaya çağırdı. Avrupa Eylem Planının tam olarak uygulanması, bir sonraki Komisyonun temel halk sağlığı öncelikleri arasında vurgulanmaktadır. Komisyon, Sağlık için atanan Komisyon Üyelerine gönderilen görev Mektubunda yer almaktadır. Komisyon

ayrıca, antimikrobiyallerin kullanımı ve bunlara erişim konusunda küresel bir anlaşmanın savunulmasındaki rolünün önemine işaret etmiştir. Komisyon, 2022'ye kadar yürürlükte olan Avrupa Eylem Planının uygulanmasına ilişkin düzenli ilerleme raporları yayınlamaktadır (Anti mikrobiyal Dayanıklılık Eylem Planı (A.B. Komisyonu, 2019).

2018'de yapılan bir çalışmada, antibiyotiğe dirençli bakterilerle enfeksiyonlar nedeniyle AB ve Avrupa Ekonomik Alanında yılda 33.000 kişinin öldüğünü tahmin edilmektedir. 2019 Birleşmiş Milletler destekli bir rapora göre, tehdidi içerecek acil bir işlem yapılmazsa antimikrobiyal direnç, 2050 yılına kadar yılda 10 milyon küresel ölüme neden olabilir. Buna ek olarak, Dünya Bankası 2030'a kadar Anti Mikro-biyolojik dayanıklılığının 24 milyon insanı aşırı yoksulluğa itebileceğini ve küresel Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)'nin % 1.1-3.8'inin Anti Mikro-biyolojik Dayanıklılık' nedeniyle kaybedilebileceği tahmin edilmektedir (A.B. Komisyonu, 2019).

A.B. Sağlık İş Gücü Eylem Planı. AB Sağlık İşgücüne İlişkin 2012 Eylem Planının süresi 2020'de sona erecektir. 2017 stratejisinde, AB sağlık hizmetlerinde çalışan 18.6 milyon kişinin, A.B. emek gücünün %8.5'ine eşittir. Endüstri, 2008-2013 yılları arasında %13 büyümüş, yeni 2.3 milyon kişi istihdam edilmiştir. 2017 Perspektivinde, 2025 yılına kadar, 7.8% oranında bir büyüme öngörülmektedir (A. B. Komisyonu, 2019). Bu girişimlerde kapsanan konular arasında mesleki gelişim, etik sınır ötesi işe alım, işgücünün elde tutulması ve yüksek kalitede hasta bakımı sağlanması yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Personeli 'nin Uluslararası İşe Alımına İlişkin Uygulama Kuralları ile daha fazla uyum sağlanması da düşünülebilir. Sağlık profesyonellerinin sınır ötesi hareketlilikleri ele alınması gereken konulardan biriydi. Sağlık çalışanları da dahil olmak üzere profesyonellerin serbest dolaşımını destekleyen Mesleki Yeterlilikler Direktifi' nin uygulanmasına ilişkin bir sonraki Komisyon raporunun 2022 yılında verilmesi beklenmektedir (A.B. Parlamentosu, 2019). Ancak, 2020 Korona Virüs salgını nedeniyle öncelikle İtalya'nın diğer AB ülkelerinden istediği desteğe maalesef diğer AB ülkelerinin de benzer durumlarda olmaları nedeniyle cevap verememelerini sebep olmuştur. 2022 de konuşulması planlanan politika değişikliklerinin, bu olağanüstü günlerin yaşandığı döneme çekilme ihtimali olabilecektir.

Sağlıklı yaşamın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, daha etkili ve verimli bir sağlık sisteminin birinci adımınıdır. Önleme, hasta sağlığı, önleminin ve etkili ve verimli bir şekilde yüksek düzeyde zihinsel ve fiziksel esenliğe ulaşmanın anahtarıdır. Bunun iyi bilinen bir gerçek olmasına rağmen, sağlık bütçelerinin sadece küçük bir kısmı, siyasi ilgi ve paydaş katılımı önleme konusuna adanmıştır. 2030 yılında Birleşmiş Milletler'in Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi olan bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölüm oranını üçte bir oranında azaltmak hedef olarak belirlemiş olan Avrupa Komisyon, sağlığın önlenmesine ve sosyal belirleyicilerine daha proaktif bir şekilde odaklanmak için Üye Devletlerle yakın bir şekilde çalışmaktadır (Avrupa Birliği ,2019). Bununla birlikte, sağlık ve yoksulluk döngüsünün kırılması, diğer politika alanlarıyla çok sektörlü işbirliği gerektirecektir. Üye Devletleri desteklemek için çeşitli karşılıklı öğrenme

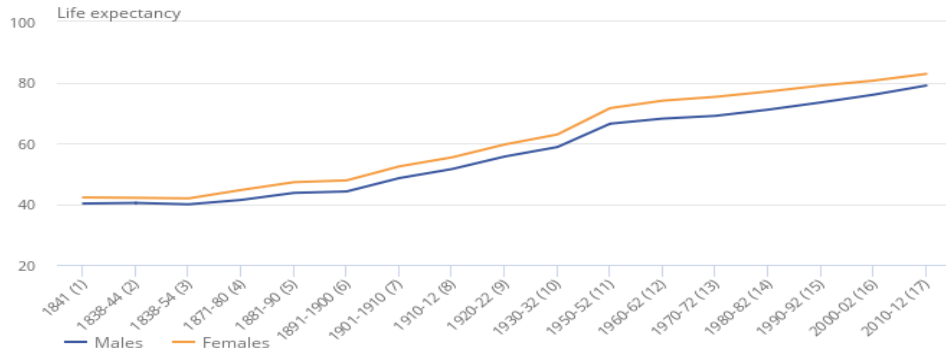
uygulamalarından düzenleme ve mevzuata kadar geniş bir yelpazede eylemler uygulanmaktadır. Artık bunları diğer ülkelerde ve ortamlarda aktarmak, pilotlaştırmak ve büyütmek için öğrenilen tecrübeleri ve iyi uygulamaları bir araya getirme ihtiyacı vardır.

Öte yandan, sanayi devriminden sonra insanın karşılaşılabileceği yaşamı ile ilgili riskleri ortadan kaldırmaya, hayatını kolaylaştırmaya, özellikle de ömrünün uzatmaya yönelik başta yapılan tüm bilimsel çalışmalara ek olarak, devletlerin, hükümetlerin, yerel yönetimlerin kanalizasyon sistemi kurmak, temiz su olanağı, gıda güvenliği, gibi konular dahil aldıkları pek çok kararlar ve yaptıkları tüm uygulamalar, tüm çabalar sonuç vermiştir. Tüm dünyada doğumda beklenen yaşam süresi artış göstermiştir.

Grafik 1: Avrupa'da Yaşam Süresi

Figure 1: Period expectation of life at birth (years), from English Life Tables (ELT) No.s 1 to 17

Based on data for England and Wales, 1841 to 2010-2012



Source: Office for National Statistics

Kaynak: İngiltere İstatistik Ofisi, Doğumda Beklenen Yaşam Süresi İstatistikleri, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/lifeexpectancies/articles/howhaslifeexpectancychangedovertime/2015-09-09>

70'lerde ve 80'lerde İngiltere'de yapılan bazı araştırmalar, işsizlik oranı arasında ölüm oranlarının ulusal ortalamaya göre% 20-25 daha yüksek olduğunu göstermiştir. Birçok analiz, sağlık durumu ve ölüm riskinin gelir, eğitim ve çalışma ortamının gerektirdiği uzmanlık düzeyi gibi sosyo-ekonomik faktörlerden de etkilendiğini göstermiştir. Toplumun bakış açısından ve her bir ülkenin benimsediği politikalara göre, göstergeler, krizin, işini kaybedenler ve nüfusun geri kalanı üzerindeki etkisine bağlı olarak bir nüfusa bağlı olarak genel olarak iyi durumda. dikkate alınması gereken bir dizi asimetri vardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ve birçok sanayileşmiş Ülkede genç nüfusla ilgili olarak, Artan Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH), fiziksel refah göstergesi ve okul performansı arasındaki bağlantı pozitifdir; ilişki, İspanya ve Asya ülkelerinde tamamen tersine

çevrilirken, Güney'deki fiziksel refah göstergeleri açısından olumsuzdur(Moramarco ve Ruggeri, 2016).

Dünya Bankası istatistiklerine göre nüfus büyüklüklerine göre ve gayrisafi yurtiçi hasılaya oranı ile karşılaştırıldığında Amerika Birleşik Devletleri, gayri safi yurtiçi hasıla içinde, sağlık hizmetlerine en çok harcamayı yapan ülke konumundadır. Üstelik sağlık harcamalarının büyük bir kısmının özel sektör tarafından yapıldığı ülke olarak geçmektedir. Gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki payı büyüktür. Ancak, bunun kamu eliyle yapılması en önemli konulardan biri olarak geçmektedir.

Tablo 1: Sağlık Harcamaları /Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Oranı (%)2000-2017 (2020)

Yıllar	ABD	Çin	İngiltere	İtalya	Yunanistan	Almanya	İspanya	Türkiye	A.B.	Dünya
2000	12.50	4.47	5.97	7.58	7.24	9.37	6.82	4.62	7.92	8.56
2001	13.17	4.21	6.33	7.77	7.99	9.83	6.78	4.92	8.11	8.96
2002	13.95	4.34	6.59	7.89	8.23	10.11	6.80	5.10	8.33	9.31
2003	14.45	4.38	6.85	7.86	8.20	10.33	7.53	5.06	8.57	9.46
2004	14.54	4.26	7.05	8.19	7.93	10.08	7.62	4.96	8.60	9.35
2005	14.54	4.14	7.19	8.36	9.00	10.22	7.68	4.94	8.72	9.29
2006	14.66	3.92	7.33	8.46	8.97	10.11	7.76	5.19	8.72	9.20
2007	14.90	3.66	7.43	8.16	9.06	9.97	7.84	5.28	8.65	9.04
2008	15.29	3.88	7.68	8.56	9.38	10.15	8.29	5.26	8.95	9.06
2009	16.34	4.32	8.53	8.98	9.47	11.13	8.99	5.53	9.73	9.82
2010	16.41	4.21	8.47	8.95	9.56	11.00	9.02	5.05	9.65	9.57
2011	16.37	4.33	8.42	8.83	9.10	10.72	9.09	4.69	9.62	9.45
2012	16.37	4.55	8.34	8.96	8.88	10.77	9.08	4.48	9.68	9.46
2013	16.33	4.71	9.77	8.95	8.41	10.93	9.03	4.40	9.97	9.51
2014	16.51	4.77	9.72	9.01	7.95	10.96	9.02	4.35	9.97	9.60
2015	16.82	4.89	9.79	8.99	8.19	11.08	9.12	4.14	9.92	9.89
2016	17.07	4.98	9.76	8.94	8.45	11.13	8.97	4.31	9.93	10.02
2017	17.06	5.15	9.63	8.84	8.04	11.24	8.87	4.21	9.87	9.89

Kaynak: Dünya Bankası Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>

İtalya, İspanya gibi ülkelerin GSYİH' da kamu sağlığı harcamalarının payı, Türkiye'nin iki katı kadar büyüklüğe sahiptir. Sağlık harcamalarının, GSYİH' ya oranına ilave olarak, bin kişiye düşen doktor sayısı, bin kişiye düşen hasta yatağı sayıları (bir başka ifade ile, hastanede tedavi edilecek kişi sayısı,) sağlık hizmetlerinin kapasitesini ölçmek adına, bir kriter oluşturmaktadır. Hasta kabulünde, derhal tedaviye cevap verebilir, hastane yataklarının kullanılabilir olması, gerekli personel desteğinin verilmesi önemli ölçütleri oluşturmaktadır. Gelen hastaların minimum bir gece konaklayacağı varsayımı yapılır. Bu sınıflamada ruh hastalıkları dahil olmak üzere her türlü hastane kapsam içinde değerlendirilir. Bunlar arasında: genel hastaneler, ruh sağlığı ve madde bağımlılığı hastaneleri ve diğer özel hastaneler dahil olmak üzere tüm hastanelerdeki yataklar,

yatağın dolu olup olmamasına bakılmaksızın sınıflamaya dahil edilir. Sunulan istatistiklere cerrahi masalar, kurtarma arabaları, acil sedyeleri, aynı gün bakım yatakları, sağlıklı bebekler için bebek karyoları, herhangi bir nedenle kapatılan koşullardaki yataklar, geçici veya bakım ve özel tesislerde yataklar dahil değildir. Tedavi edici bakım yatağı veya akut bakım yatağı, iyileştirici bakım için mevcut bir hastane yatağıdır; bunlar toplam hastane yataklarının bir alt grubunu oluşturur. Tedavi edici bakım yatağı veya akut bakım yatağı, iyileştirici bakım için mevcut bir hastane yatağıdır; bunlar toplam hastane yataklarının bir alt grubunu oluşturur.

Tablo 2 : Tiplerine Göre Hastane Yatakları

Hospital beds by type of care, 2017

	of which:					Psychiatric care beds	of which:					Psychiatric care beds
	Available hospital beds	Curative care beds	Rehabilitative care beds	Long-term care beds	Other beds		Available hospital beds	Curative care beds	Rehabilitative care beds	Long-term care beds	Other beds	
	(number of beds)						(number of beds per 100 000 inhabitants)					
EU-28	2 581 370	1 905 305				352 299	504.3	372.2				68.8
Belgium (*)	64 423	56 927	6 331	1 165		15 479	566.4	500.5	55.7	10.2		136.1
Bulgaria	52 744	43 646	6 581	2 517	0	4 105	745.4	616.8	93.0	35.6	0.0	58.0
Czechia	70 214	43 531	4 636	20 742	1 305	9 934	662.7	410.9	43.8	195.8	12.3	93.8
Denmark	15 037	14 621	168	248	0	2 694	260.8	253.6	2.9	4.3	0.0	46.7
Germany	661 448	497 182	164 266	0	0	106 176	800.2	601.5	198.7	0.0	0.0	128.5
Estonia	6 185	4 539	340	1 203	103	692	469.5	344.6	25.8	91.3	7.8	52.5
Ireland (*)	14 217	13 297	179	741	0	1 631	295.7	276.6	3.7	15.4	0.0	33.9
Greece	45 267	38 747	339	6 181	0	7 915	420.9	360.3	3.2	57.5	0.0	73.6
Spain	138 511	113 042	1 826	23 643	0	16 796	297.3	242.6	3.9	50.7	0.0	36.1
France	399 865	206 619	105 725	31 507	56 014	56 014	598.0	309.0	158.1	47.1	83.8	83.8
Croatia	22 878	14 475	4 251	4 152	0	3 883	554.0	350.5	102.9	100.5	0.0	94.0
Italy	192 548	158 891	25 131	8 526	0	5 562	318.1	262.5	41.5	14.1	0.0	9.2
Cyprus	2 922	2 922	0	0	0	182	340.0	340.0	0.0	0.0	0.0	21.2
Latvia (*)	10 812	6 407	753	1 222	2 430	2 430	556.7	329.9	38.8	62.9	125.1	125.1
Lithuania (*)	18 548	15 477	1 668	1 403	0	2 804	655.8	547.2	59.0	49.6	0.0	99.1
Luxembourg	2 780	2 251	529	0	0	451	466.2	377.5	88.7	0.0	0.0	75.6
Hungary	68 702	41 803	14 947	11 952	0	8 516	701.9	427.1	152.7	122.1	0.0	87.0
Malta	2 099	1 486	430	183	0	538	448.5	317.5	91.9	39.1	0.0	115.0
Netherlands	56 866	50 047	1 832	5 007	0	15 541	332.1	292.1	10.7	29.2	0.0	90.7
Austria	64 805	47 920	11 053	5 832	0	5 338	736.6	544.7	125.6	66.3	0.0	60.7
Poland	251 537	184 230	66 655	652		24 736	662.4	485.1	175.5	1.7		65.1
Portugal	34 953	33 447	546		960	6 559	339.3	324.7	5.3			9.3
Romania	134 998	102 899	12 587	19 512	0	16 688	689.2	525.3	64.3	99.6	0.0	85.2
Slovenia (*)	9 294	8 686	200	292	116	1 363	449.8	420.4	9.7	14.1	5.6	66.0
Slovakia	31 659	26 692	822	4 145	0	4 430	582.1	490.7	15.1	76.2	0.0	81.5
Finland	18 072	15 397	205	2 248	222	2 151	328.1	279.5	3.7	40.8	4.0	39.0
Sweden (*)	22 377	20 477		1 794	106	4 293	222.5	203.6		17.8	1.1	42.7
United Kingdom (*)	167 589	139 647				25 398	253.7	211.4				38.5
Iceland	1 052	862	58	132	0	130	306.4	251.0	16.9	38.4	0.0	37.9
Liechtenstein	91	91	0	0	0	0	239.7	239.7	0.0	0.0	0.0	0.0
Norway	18 996	16 885		0	2 111	5 657	360.0	320.0		0.0	40.0	107.2
Switzerland	38 283	30 057	7 132	1 075	0	7 848	452.7	355.6	84.4	12.7	0.0	92.9
Montenegro	2 403					307	386.1					49.3
North Macedonia	8 879	5 937	341	1 722	879	1 043	428.0	286.2	16.4	83.0	42.4	50.3
Serbia (*)	39 377	32 585	6 013	758	21	5 386	560.9	464.1	85.6	10.8	0.3	76.7
Turkey	225 863	223 386	2 477		0	4 019	281.2	278.2	3.1		0.0	5.0

Note: the total number of available hospital beds is equal to the sum of all categories except for psychiatric beds; psychiatric beds are included in each of the other categories.

(*) Curative care beds include all beds for psychiatric care; psychiatric care beds are excluded from rehabilitative care beds, long-term care beds and other beds.

(*) Other than psychiatric care beds, excludes beds in the private health sector.

(*) Other beds: psychiatric care beds.

(*) All long-term care beds in psychiatric hospitals are included in curative care beds.

(*) Excludes beds in the private health sector.

Source: Eurostat (online data code: hlth_rs_beds)

eurostat

Kaynak: Eurostat, Hastane Yatakları Tipleri, 2020 itibarıyla

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Hospital_beds_by_type_of_care,_2017_Health2019.png)

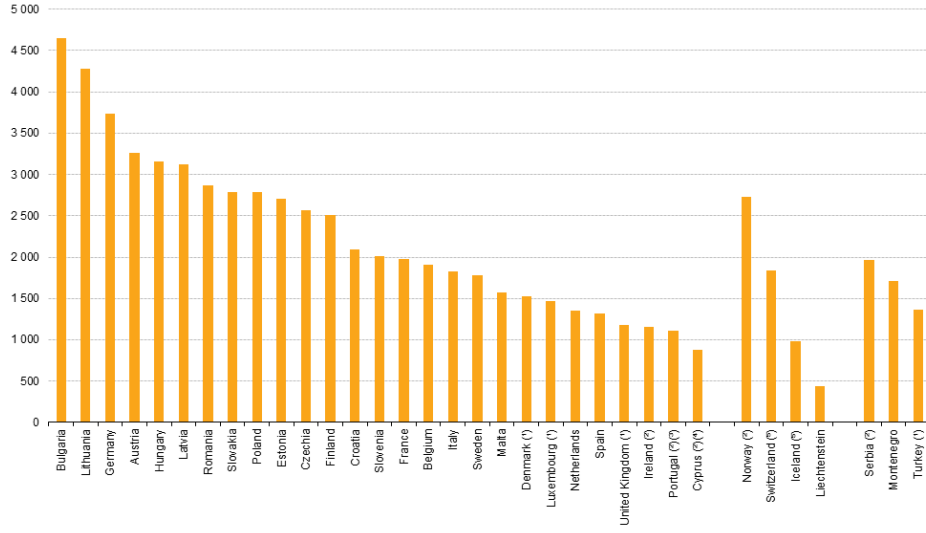
[explained/index.php?title=File:Hospital_beds_by_type_of_care, 2017 Health2019.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Hospital_beds_by_type_of_care,_2017_Health2019.png)

Gündüz bakım hastalarının nüfus büyüklüğüne göre taburcu edilmesine dönüldüğünde, 2017 yılında AB Üye Devletleri arasındaki taburculuk oranları genellikle 100.000'de kişide 1.200-10.100 aralığındadır. Romanya, Belçika, İngiltere (Birleşik Krallık (2016 verileri)), Hırvatistan, İrlanda ve Fransa daha yüksek oranlar bildirmiştir, 100.000 kişi,'de 15.800 - 24.600 iyileşerek taburcu

edilir. Almanya, Çekya ve Slovakya, 100.000 kişi başına sırasıyla 669 ve 456 istatistikleri verilmiştir. Diğer Üye Devletlerden çok daha düşük oranlar bildirmiştir.

Grafik 2: Hasta Taburcu İstatistikleri, Dolaşım Sistemi Hastalıkları, 2017

Hospital discharges of in-patients, diseases of the circulatory system, 2017
(per 100 000 inhabitants)



Note: Greece, not available.

(*) 2016.

(*) Public sector hospitals only.

(*) 2015.

(*) Discharges are particularly low as a relatively large proportion have unknown diagnoses and are therefore coded under a residual category.

(*) Includes day care patients.

Source: Eurostat (online data code: hlth_co_disch2)

eurostat

Kaynak: Eurostat , 2020

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Hospital discharges of in-patients, diseases of the circulatory system, 2017 \(per 100 000 inhabitants\) Health2019.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Hospital_discharges_of_in-patients,_diseases_of_the_circulatory_system,_2017_(per_100_000_inhabitants)_Health2019.png)

Tablo 3 : Hastane Taburcularının Yaş Grubuna Göre Dağılımı, 2017 (2020 Yılı Verisi)

Hospital discharges of in-patients, by age (selected age ranges) and by sex, 2017
(per 100 000 inhabitants)

	Male								Female							
	Less than 1 year	1-4 years	15-19 years	30-34 years	45-49 years	60-64 years	75-79 years	90-94 years	Less than 1 year	1-4 years	15-19 years	30-34 years	45-49 years	60-64 years	75-79 years	90-94 years
Belgium	47 486	10 361	4 593	6 165	11 075	21 818	41 492	70 295	39 644	8 992	6 092	20 723	11 989	17 483	32 681	54 479
Bulgaria	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Czechia	35 928	14 100	8 770	7 594	11 557	26 026	50 398	78 534	29 867	11 120	13 918	25 796	12 826	18 688	40 523	69 294
Denmark (*)	42 154	7 346	4 148	5 744	9 603	19 663	41 661	73 839	35 158	5 762	7 041	18 525	9 723	15 431	33 311	56 280
Germany	57 238	12 835	9 431	10 405	16 681	34 497	61 487	88 352	48 615	10 141	13 722	24 028	16 840	26 967	51 129	73 967
Estonia	206 306	137 452	.	.	.	.	.	.	177 269	203 848	.	.	.	.	.	.
Ireland (*)	45 513	9 604	5 130	5 216	7 827	16 804	39 568	68 316	37 526	7 948	8 204	26 412	8 440	14 033	32 056	56 957
Greece	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Spain	36 967	6 407	3 246	3 841	6 199	14 696	30 863	52 364	30 343	4 910	3 978	14 137	6 116	9 883	20 126	40 842
France	48 711	7 688	5 633	7 770	12 066	24 553	48 589	92 925	40 905	6 202	7 708	22 074	11 596	17 061	36 549	75 430
Croatia	66 587	11 248	6 964	5 726	10 421	23 802	37 671	41 951	56 426	8 983	8 444	21 352	10 475	16 816	27 770	31 568
Italy	37 269	7 319	4 003	3 772	5 959	14 042	29 881	45 441	31 345	5 669	4 024	14 725	6 367	9 860	21 167	34 361
Cyprus (*)	30 472	10 055	3 452	2 792	4 706	12 688	26 435	47 964	28 751	7 668	3 295	6 285	4 362	7 739	17 741	41 031
Latvia	43 593	16 535	8 672	7 840	11 931	23 444	41 380	54 847	34 440	14 707	12 857	18 318	9 873	15 962	30 623	39 874
Lithuania	101 310	29 300	10 813	10 076	15 401	31 457	52 360	61 148	91 144	25 247	15 412	22 707	14 411	21 920	41 905	45 705
Luxembourg (*)	21 775	5 896	4 868	5 301	10 152	18 943	39 882	77 576	18 377	5 168	5 641	16 994	10 423	15 222	34 585	56 259
Hungary	83 317	18 304	7 121	5 519	10 672	30 481	52 405	57 017	74 327	14 384	12 900	17 834	11 732	24 005	44 186	48 315
Malta	34 858	11 892	5 403	6 246	9 248	19 415	45 673	96 041	35 270	9 211	7 800	16 474	8 359	14 480	32 291	72 909
Netherlands	58 953	6 640	2 282	2 674	4 798	12 575	28 731	44 104	53 192	4 922	3 014	12 990	5 876	10 534	21 587	30 384
Austria	40 567	12 103	10 519	9 997	17 554	37 540	70 437	95 328	33 272	9 241	12 967	22 346	17 616	28 524	58 762	79 517
Poland	86 766	15 972	8 351	6 792	10 913	26 253	48 295	57 295	74 717	13 254	11 768	18 973	11 610	19 560	36 868	43 069
Portugal (*)	19 202	4 663	2 423	2 549	4 733	10 688	21 996	47 426	15 432	3 757	3 275	10 660	5 072	7 346	15 130	37 395
Romania	118 585	21 648	7 619	6 580	12 970	33 229	49 441	31 460	105 802	18 017	15 870	18 122	14 413	26 360	40 242	21 774
Slovenia	71 195	19 474	7 578	6 520	8 556	20 484	39 796	57 832	61 679	15 935	9 544	32 979	10 218	15 579	29 030	44 058
Slovakia	79 349	16 483	8 165	6 765	11 806	28 312	54 978	64 149	68 541	13 721	15 201	23 171	12 777	20 515	46 227	55 521
Finland	34 079	5 925	4 032	5 147	8 285	19 947	52 524	124 533	26 224	4 683	6 183	16 046	7 994	14 764	42 568	101 816
Sweden	28 959	4 452	3 588	4 340	6 541	16 046	39 174	82 085	23 312	3 562	5 366	18 134	7 057	12 632	31 406	61 233
United Kingdom (*)	60 628	7 970	3 542	4 489	6 843	13 758	32 307	72 535	51 399	6 207	7 037	17 045	7 633	11 542	26 858	60 619
Iceland (*)	44 993	2 749	4 158	3 711	5 004	12 049	31 481	67 754	33 165	4 166	4 962	18 152	7 276	12 921	33 353	54 447
Norway (*)	55 825	8 731	6 976	8 539	13 625	29 954	66 135	107 659	45 886	7 018	10 350	26 384	14 775	23 178	52 171	76 502
Switzerland (*)	64 845	6 171	7 317	7 263	10 920	22 592	44 268	70 640	55 824	4 692	7 972	20 215	11 317	17 845	37 279	55 410
Serbia (*)	33 072	14 188	6 132	4 743	8 755	22 530	34 986	17 347	28 327	11 484	9 692	19 729	10 584	17 991	25 844	13 660
Turkey (*)	47 169	22 545	6 000	7 540	11 443	26 777	57 272	.	36 702	14 487	9 460	20 356	16 965	24 165	41 443	.

(*) 2016.

(*) Public sector hospitals only.

(*) 2015.

(*) Includes day care patients.

Source: Eurostat (online data code: hlth_co_disch2)

eurostat

Kaynak: Eurostat

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Hospital discharges of in-patients, by age \(selected age ranges\) and by sex, 2017 \(per 100 000 inhabitants\) Health2019.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Hospital_discharges_of_in-patients,_by_age_(selected_age_ranges)_and_by_sex,_2017_(per_100_000_inhabitants)_Health2019.png)

Avrupa Birliği'nin 2020 istatistiklerinde en yeni bilgi 2017 yılına ait verilerdir. Araştırmanın bu bölümü, Corona- Virüs' ün pandemi ilan edilmesinden sonra hazırlandığı için geçmişte çok önemli bir veri olarak değerlendirilmesi de bu tarihte, sahip olunan hasta yataklarının özellikleri de önem kazanmaktadır. Solunum yolları rahatsızlığına sebep olan virüsün çok hızlı bulaşması, virüsün etki alanına giren hastalığın çok hızlı ilerlemesi ve buna bağlı yoğun bakım ünitelerine ihtiyaç olması, hatta bu ihtiyacın çok sayıda hastaya aynı anda uygulanması nedeni ile bütün gelişmiş ülke ekonomilerinde dahi çok ciddi bir probleme neden olmuştur. Aşağıdaki tablo 2' de bu verileri görebilirsiniz.

4. İtalya Sağlık Harcamaları ve Koronavirüs Salgını Karşısındaki Durumu

Bu araştırmada Avrupa Birliği'nin sağlık politikaları değerlendirilmesi yapılırken, İtalya'nın sağlık politikaları ve sağlık hizmetleri harcamalarının vaka

çalışması olarak tercih edilmesinin en önemli sebebi, Çin'in Wuhan kentinde 16 Aralık 2019'da ortaya çıkmasından sonra, Avrupa kıtasında ilk olarak tespit edildiği, çok hızlı yayıldığı ve çok kısa sürede, en çok can kaybının olduğu ülke olmasıdır. Çin ilk ve çok sayıda ölümlü vakaların görüldüğü ülke olmasına rağmen, ilk ve çok sert önlemler almıştır. 11 milyonluk bölgesini, 15 Ocakta itibaren karantina altına almış, sokağa çıkma yasağı koymuş, tüm ulaşım yollarının kapamıştır. Salgının baş göstermesiyle yaptığı en önemli faaliyetlerden biri de 15 Ocak 2020 tarihinde inşaatına başlayarak, 10 gün içinde dev bir sahra hastanesi kurmuş olmasıdır. Tüm salgın hastaları, aynı hastanede tedavi edilmiştir. Tüm vatandaşları maske ve eldiven takmış, en az 1 metre fiziksel mesafe zorunluluğu getirilmiştir. Evde tek başına kalanlar dahil olmak üzere, ev ziyaretleri ile hasta olan ve ya olmayanların takibi yapılmıştır. Bu nedenle, Çin'de başlamasına rağmen, hastalık kısıtlı bir bölgede kalıp, geri kalan bölgelerde nüfusun etkilenmemesi için gereği yapılmıştır. Ancak, Avrupa'da salgının, dolayısıyla tehdidin boyutlarının anlaşılması zaman almıştır. Covid-19 salgını, pandemisi, Avrupa Birliği'nde ilk olarak, İtalya'da ortaya çıkmıştır. İtalya'nın Milano' nun da içinde bulunduğu sanayi bölgesi Lombardia da ortaya çıkmıştır. Burada Çin kökenli çok sayıda emekçinin çalıştığı bilinmektedir. Bu kişilerin oldukça uzun süren yeni yıl tatilinde Çin'in Wuhan kentine gitmişler; dönüşlerinde virüsü kapmış ve hastalanmışlardır. Yine yapılan resmi açıklamalarda, sadece emek gücü değil, aynı zamanda Çin ile iş yapan İtalya kökenli iş adamları da salgının yayılmasında etkili olan kişiler olarak kayıtlara geçmiştir.

Salgının ciddiyetinin farkedilmesi 4 Mart 2020'de öncelikle tüm okullar 15 Marta kadar kapatılmış, spor müsabakaları 3 Nisan'a ertelenmiştir. İtalya öncelikle, salgının merkezi Milano'da, sonra Milano' nun bulunduğu Lombardia bölgesinde ve ülke çapında sokağa çıkma yasağı konmuştur (Guardian, 2020, March 4th) [https://www.theguardian.com/world/2020/mar/04/italy-orders-closure-of-schools - and-universities-due-to-coronavirus](https://www.theguardian.com/world/2020/mar/04/italy-orders-closure-of-schools-and-universities-due-to-coronavirus)). Bu nedenle, ilk olması, hasta sayılarında hızlı artışlar, can kayıplarında hızlı artışlar, İtalya'nın Çin'den sonra ikinci merkezi olmuştur. Bu nedenle bu makalede, İtalya vaka çalışmasının yapılması için tercih edilmiştir. İtalya'nın salgının merkezi olmasında, İtalya'nın yaşlı nüfusunun, toplam nüfus içindeki payının yüksek olduğu için can kaybının çok olduğu iddiasını ortaya atılmıştır. Bu nedenle, öncelikle AB üye ülkelerindeki, beklenen yaşam süresi istatistikleri incelenmiştir. Bilimin en önemli amaçlarından biri insan ömrünü uzatmak, hastalıklara azaltmak, tedavi etmektir. Aşağıdaki tablo 3'te görüldüğü üzere, İtalya'da yaşayan kişilerin ortalama ömür beklentisi, AB ülkeleri arasında ortalama bir değerdedir.

Tablo 4: Doğumda Beklenen Sağlıklı Yaşam Beklentisi 2020 İtibariyle

Ülke	Kadın	Ülke	Erkek	Ülke	Kadın	Ülke	Erkek
Malta	73.6	İsveç	73.2	Litvanya	59.8	Çekya	
İsveç	71.9	Norveç	72.4	Danimarka	59.7	Lüksemburg	60.1
Norveç	70.5	Malta	71.9	Romanya	58.3	Portekiz	60.1
İspanya	69.9	İzlanda	71.5	Lüksemburg	58.1	Danimarka	59.8
İrlanda	69.3	İspanya	69.0	Hırvatistan	58.0	Macaristan	59.6
İtalya	66.4	İtalya	66.2	İsviçre	57.7	Romanya	59.2
Bulgaria	66.2	Almanya	65.1	Hollanda	57.5	Finlandiya	58.3
İzlanda	66.2	Kıbrıs	64.7	Estonya	57.2	Avusturya	57.4
Kıbrıs	65.8	Yunanistan	64.4	Portekiz	57.0	Hırvatistan	57.3
Yunanistan	65.1	EU-28		Avusturya	56.8	Litvanya	56.4
Fransa	64.9	Belçika	63.5	Finlandiya	56.4	Slovakya	56.4
Belçika	64.1	İngiltere	63.3	Slovakya	55.6	Slovenya	55.3
AB 28		Bulgaristan		Slovenya	54.6	Estonya	54.7
Polonya	63.5	Fransa		Latvia	52.2	Latvia	50.6
Çekya	62.4	Hollanda	62	Türkiye	78.3	Türkiye	77.5
İngiltere	62.0	İsviçre	61.5	Macaristan	60.8	Polonya	60

Kaynak : Dünya Bankası İstatistikleri, 2020

<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=EU>

Soares(2007), yaşam beklentisi ile ilgili değişimlerin neler olduğunu göstermektedir. 2007 yılında İtalya'daki beklenen yaşam süresi ile ilgili analizini dile getirmektedir. Görüldüğü üzere, İtalya'da beklenen yaşam süresi, Avrupa ortalamasını yansıtmaktadır. Akdeniz bölgesindeki bu ülkenin sağlıklı beslenmesi, bilim ve teknolojiye gelişmelerden yararlanmasına bağlı olarak ortalama ömrün uzaması, bulaşıcı hastalıklardan hastalanmayı yoğun bakımda tedavi görmelerine ve can kayıplarını haklı çıkarmaz.

İtalya'da sağlık politikalarındaki değişiklik, 1972'de, hastane bakım yardımı için idari işlevlerin olağan bir tüzüğe sahip bölgelere aktarılmasıyla başladı. Devlet, esas olarak fon artırımı ile ilgili olarak artık yetkilere sahipti. 1978

yılında kurulan İtalyan Ulusal Sağlık Sistemi, belirli hizmetler için kullanıcı ücretlerine tabi olarak, tüm nüfusu kapsayan, sağlık sigortası kapsamı ve tek tip sağlık yararları sağlayan evrensel bir sağlık sistemidir. Üç seviyeli hükümet yapısına, ulusal, bölgesel ihtiyaçlarına göre organize edilen sistem, başlangıçta oldukça merkezileşmiştir. Hastane bakımı için artan ademi merkezîyetçilik derecesi, 1978'de harcama sorumluluklarının genişletilmiş(ve belediyelerin güçlendirilmiş rolü), tüm İtalyan sağlık sisteminin kilit bir özelliği haline geldi. İtalya'da birinci basamak sağlık hizmeti çoğunlukla hastaları bölgesel bakımdan uzman bakım ve hastanelere sevk eden pratisyen doktorlar tarafından sağlanmaktadır. Kişi başı ücret karşılığında bağımsız serbest çalışmaktadır. Ayakta tedavi, teşhis ve laboratuvar testleri, ilaçlar, tıbbi cihazlar ve gözlükler, hastalar tarafından gelir, yaş, sağlık koşulları ve diğer bireysel özelliklere göre belirlenen, bilet adı verilen bir fiyat ödenir. Bölgesel hükümetin tıbbi sağlık hizmetlerinin sunumunu dış kaynaklardan sağlaması da mümkündür. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin bir kısmı şu anda, kamu veya özel hizmet sunucuları arasında seçim yapmakta serbest olan akredite özel birimler tarafından sağlanmaktadır. 1978'den beri belirtildiği gibi, Ulusal Sağlık Sistemi' ni finanse eden fon miktarı sağlık tüketim harcamaları için mevcut kaynakları bölgesel bazda belirler. Merkezi hükümetin gelir artırıcı sorumluluklarının ayrılması ve bölgesel hükümetlerin harcama sorumluluklarının giderilmesi, İtalyan kamu sağlık tüketim harcamalarının sürekli olarak artmasına neden olmuştur. Bölgeler, daha sonra merkezi hükümet tarafından geri ödenen büyük bölgesel borçları belirleyen bütçe açıklarını düzenli olarak yürüttü. Bu, ana finansman kaynağı kamuya açık olmak üzere, Ulusal Sağlık Sisteminin finansman mekanizmalarının periyodik olarak reform edilmesine yol açmıştır. Bu açıdan üç dönem anlamlı görünmektedir. İlk dönem 1978-1992 arasındaki, sağlık harcamalarının, genel vergi gelirlerinden kaynak sağlayan Ulusal Sağlık Fonu tarafından tam olarak finanse edilmesiyle karakterize edilir. İkinci dönemde, 1993'ten 1997'ye kadar, Ulusal Sağlık Finansmanın bağımlı işgücü geliri üzerinden sağlık hizmetleri sosyal katkılarında elde edilen gelirler için belirgin bir tamamlayıcı rolü olduğu karışık bir finansman mekanizması getirildi. Üçüncü dönemde, 1998'den itibaren sağlık hizmetleri sosyal katkıları, üretim faaliyetlerine ilişkin bölgesel bir vergiyle, kişisel gelire ilgili bölgesel bir vergi ile, Katma Değer Vergi gelirinin gelir paylaşımı ve benzine ilişkin tüketim vergisi ile değiştirilmiştir. (Fedeli, 2015). Her bölge, hem sağlık bakımını hem de diğer faaliyetler için vergilendirme politikalarına özen göstermek zorunda kalmaktadırlar. Önümüzdeki dönemde, sağlık sisteminin, giderek daha ciddi bir şekilde borçlanması ihtimali ortaya çıkmaktadır(Fedeli, 2015).

Ranci ve Migliavacc (2015) yaptıkları çalışmalarda, küreselleşmenin diğer büyük Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, İtalya'da da derin sosyal değişimlerin yeni eşitsizliklere yol açtığını göstermişlerdir. Buna paralel olarak, işgücü piyasasında, ailenin örgütlenmesinde ve nüfusun demografik yapısında devam eden değişikliklerden farklı olarak etkilenen sosyal gruplar için yeni riskler oluşmuşlardır. Yeni sosyal riskler, temel olarak çocuklu aileleri, işgücü piyasasına giren gençleri, iş ve bakım sorumluluklarını uzlaştırması gereken kadınları ve bağımlı insanları ilgilendirmektedir. Genel olarak, İtalyan nüfusunun risk profilinde meydana gelen değişiklikler, dikkate alınan yirmi yıl boyunca bazı sosyal kategorilerin diğerlerinden daha fazla fayda sağladığını göstermektedir.

'Kazananlar' arasında yüksek gelirliler, üst düzey yöneticiler, girişimciler ve profesyoneller bulunmaktadır. Kaybedenler arasında mavi ve beyaz yakalılar, çalışanlar, gençler, geçici çalışanlar, ciddi iş-bakım uzlaşması sorunları olan erkek ekmekçi aileler, çocuklu aileler ve bağımlı kişiler (Ranci ve Migliavacc, 2015).

Emekliler, genel olarak 64-80 yaş arası nüfus, serbest çalışanlar, orta sınıf ile birlikte, eşitsizlikler ve kutuplaşmalara rağmen, bir bütün olarak göreceli konumlarında büyük değişikliklerle karşılaşmamışlardır. Refah sistemi genel olarak harcama seviyesini ve 1990'ların başında kazanılan yoksulluğa karşı koruma kapasitesini korumuştur. Ayrıca, son 20 yıl boyunca, kişi başına sosyal harcama düzeyinde, İtalya'yı diğer Avrupa ülkeleriyle aynı sıraya koyan bir eğilim daha hafif bir artış göstermiştir. Bununla birlikte, harcamalardaki bu artış büyük ölçüde yaşlı nüfus için emeklilik programları tarafından ve daha az bir ölçüde sağlık hizmetleri tarafından emilirken, aileler, engelliler, sosyal olarak dışlananlar ve konut sorunu olan kişiler için kalmıştır. Diğer büyük Avrupa ülkelerine göre güçlü bir şekilde küçümsendi. Ayrıca, harcamaların işlevlere göre ayrıştırılması, yalnızca yaşlılık ve ölüm aylığı için yapılan harcamaların güçlü bir şekilde aşırı boyutlandırılmasını değil, aynı zamanda bu harcamaların son 20 yıl boyunca önemli ölçüde değişmezliğini de göstermektedir. Refah sisteminin genel esnekliğine bu nedenle, İtalyan refahının geleneksel faydalanıcılarını desteklemeye devam eden belirgin bir harcama akışı ataleti eşlik etmiştir. İçerdekiler, dışardakiler ile karşılaştırıldığında hâlâ ayrıcalıklıdır. Böylece refah sistemi yeni sosyal risk profillerine yanıt vermek için yetersizdir. İtalyan refah sisteminin 2011 yılına kadar evrimi, sosyal düalizmin azaltılmasından ziyade artmasına katkıda bulundu. Aynı zamanda, kazanan sosyal grupların konumunun güçlendirilmesine, kaybedenlerin sıkıntılarını azaltmaktan daha fazla katkıda bulunmuştur. (Pavolini, 2015). Tablo 4'te sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri yalnızca İtalya'nın üç farklı bölgesi, Orta-Kuzey Güney İtalya' değil aynı zamanda diğer ulusal refah devletleriyle karşılaştırılmaktadır.

Tablo 4: İtalya'nın İki Farklı Bölgesinin Karşılaştırmalı Analizi (2011)

	Sosyal Hizmet İçerme Seviyesi		Sağlık Sisteminin Görevini Yerini Getirmesi	
	Çocuk Bakım	Yaşlı Bakım	Tıbbi İhtiyaçları Karşılanmayanlar	Tıbbi İhtiyaçları Karşılananlar
İsveç	51	15	2.2	90
Fransa	44	12	2.3	83
İngiltere	35	15	1.5	77

Almanya	24	11	1.7	79
Merkez-Kuzey İtalya	30	9	2.6	74
İspanya	39	9	0.8	82
Lazio-Güney İtalya	21	6	8.9	52

Kaynak: Pavolini, Emmanuele(2015)

<https://www.jstor.org/stable/j.ctt1t89834.16>

Politikadaki performansının diğer refah devletlerinin performansı ile uyumlu olduğunu veya onlardan çok farklı olmadığı gözlemlenebilir. Orta-Kuzey İtalya'daki sosyal bakım kapsamı, Almanya ve İspanya'daki (yaşlı bakımı) veya Almanya'daki (çocuk bakımı) ile aynıdır. Sağlık sisteminin işleyişi, karşılanmamış tıbbi ihtiyaçlar açısından çok farklı değildir (sadece İspanya'da önemli ölçüde daha düşüktür) (Pavolini, 2015)

İtalya'nın sağlık politikaları konusunda çalışanlardan biri de Culyer (1988)'dir. Culyer (1988) sağlık hizmetlerini finanse etmek için kullanılan kamu bütçesi mekanizmasını göz önünde bulundurmadıkları için bu modellerin muhtemelen yanlış tanımlandığını fark etmiştir. Sağlık hizmetlerinin gelişimini açıklarken, bütçe süreçleri ve mevcut bununla birlikte, Avrupa'da Fransa, İspanya, Belçika gibi ülkelerde, merkezi hükümetler yerine, yerelde sağlık hizmetleri kararlarının alınması tercihlerini oluşturmaktadır.

Sağlık ekonomisi literatürünün önemli bir kısmını sağlık harcamaları ve GSYİH arasındaki ilişki oluşturmaktadır. Fedeli (2015)'te yaptığı araştırma da sağlık harcamaları ve kişi başına GSYİH'nın arasındaki ilişki, 20 İtalyan bölgesinde, 1982'den 2009 dönemi için incelenmiştir. Fedeli (2015), yaptığı çalışmada Sağlık tüketim harcamaları ve GSYİH arasındaki ilişkinin kısa vadeli ve uzun vadeli ilişkileri araştırmıştır. Bu ilişkiyi etkileyen ek yapısal değişkenleri ve İtalyanların, kamu tercihlerini etkileyecek siyasi ve kurumsal özellikleri analiz etmiştir. Fedeli'nin bu analizde gelirin sağlık hizmetlerindeki harcamalarının esnekliğinin sıfırdan büyük (0.18) olarak tespit edilmiştir. Buna göre kişi başındaki %1'lik bir artışın uzun vadede devletin sağlık hizmeti harcamalarındaki payında % 0.18 açtığı anlamına gelmektedir. Bu da kişi başına gelirin, hükümetin harcamalarındaki payından daha fazla arttığını göstermektedir. 20 İtalyan bölgesinin tümünü kapsayan ve 1982-2009 döneminde Sağlık Tüketim Harcamaları ve GSYİH arasındaki eşbütünlük hipotezini doğrulanmıştır. Aynı araştırma, sağlık tüketim harcamaları ve GSYİH arasında uzun dönemli bir denge ilişkisinin varlığını da göstermiştir (Fedeli, 2015). Bu bağlamda, kısa vadeli düzeltme katsayısının beklendiği gibi negatif ve istatistiksel olarak sıfırdan farklı olduğu için, sağlık hizmetleri için kişi başına kamu harcamasının, uzun vadeli denge ilişkisinin GSYİH, ters yönde bir etkilemesi söz konusu olmuştur. Burada, hata düzeltme katsayısı, uzun dönemli dengeye nispeten yavaş bir ayarlama sinyali vermektedir. Ayrıca, devletin sağlık harcamalarının payının kısa vadede de kişi başına gelirden etkilendiğini tespit etmişlerdir. Gerçekten de, tahmin edilen tüm modellerin kısa dönem denkleminde GSYİH büyüme oranındaki önemli değişim katsayısı, artan GSYİH'nın sağlık bakımı için yapılan kamu harcamalarının büyüklüğü üzerindeki anlık etkilerinin varlığını doğrulamaktadır. GSYİH büyüme

oranındaki değişimin değişmesinin olumsuz işaret alması göz önüne alındığında, azalan bir oranda. Bu sonuç, Fedeli'nin uzun vadeli denklem için bulunan sonuçla birlikte, kamu için sağlık harcamalarındaki büyümenin hem uzun hem de kısa vadede ekonomik büyümenin doğal bir sonucu olduğu teorileri desteklemektedir (Fedeli, 2015)

Fedeli'nin bulguları ekonomik ve sosyal değişimlerle belirlendiği için kamu sağlık hizmetleri tüketim harcamaları büyümesini kaçınılmaz olarak gören teorileri destekliyor niteliktedir (Fedeli, 2015). Bu teorilerden bir tanesi "Wagner yasası" olarak adlandırılan, ekonomik ve sosyal ilerlemenin, ulusal harcama ile orantılı olarak hükümet harcamalarının (burada sağlık için) bir artış anlamına geldiği doğrulanmış gibi görünmektedir. Hall ve Jones (2004) sağlık hizmetlerinin üstün bir fayda olduğunu savunmaktadır, çünkü bireyler zenginleştikçe gelirlerinin daha büyük bir bölümünü sağlık hizmetlerine harcamayı tercih etmektedirler (Fedeli, 2015). İtalya halk sağlığı sisteminde, politika yapımcıların yalnızca halk sağlığı harcamalarını seçmenlerin isteklerine göre ayarladıkları anlamına gelmektedir.

Sağlık politikalarında ve sağlık hizmetlerinde başarı ölçütlerinden biri her bin kişiye düşen doktor sayısıdır. Bin kişiye düşen doktor sayısının en yüksek olduğu ülke İtalya olarak gözlemlenmektedir. İtalya'yı İspanya ve Almanya izlemektedir. Özellikle Almanya ile eşit nüfus büyüklüğüne sahip İngiltere ve Türkiye ile karşılaştırıldığında, bu iki ülkede de bin kişiye düşen doktor sayısı Almanya'dan düşüktür. Dünya Bankası verilerine dayanan bu veride ABD'nin Avrupa ülkelerinden çok daha gerilerde kaldığını göstermektedir.

Tablo 5: Her 1.000 Kişiye Hizmet Veren Doktor Sayısı

Yıllar	Çin	Almanya	İspanya	Yunanistan	İtalya	Türkiye	İngiltere	ABD
1960	0.86			1.3		0.3	0.83	
1970				1.6		0.4		
1980				2.4			1.30	
1990	1.11		3.78	3.40		0.94	1.60	1.80
2000	1.24	3.30	4.38	4.30	4.20	1.35	1.90	2.59
2001	1.06	3.30	4.36	4.38	4.40	1.40	2.00	2.20
2002	1.12	3.30	4.43		4.40	1.41	2.30	2.30
2003	-	3.37	4.47		4.10	1.43	2.20	
2004	-		4.49		4.20	1.45		2.71
2005	-		4.52	5.00		1.49		2.94
2006	-	3.44	4.54	5.35	3.70	1.52		2.40
2007	-	3.48	4.58			1.56		2.41
2008	-	3.53	4.65	6.04	4.24	1.61		2.42
2009	1.40		4.71		3.80	1.66		2.42

2010	1.46	3.75	3.74	6.05		1.71	2.67	2.44
2011	1.47	3.85	3.82	6.08		1.72	2.72	2.47
2012	1.55	3.92	3.82	6.08	3.86	1.74	2.73	2.50
2013	1.64	4.00	3.80	6.08	3.94	1.77	2.75	2.57
2014	1.70	4.08	3.80	6.11	3.96	1.76	2.78	2.58
2015	1.79	4.14	3.85		3.92		2.78	2.59
2016	-	4.21	4.07	4.59	4.03		2.80	2.59
2017	-				4.09		2.81	

Kaynak: Dünya Bankası Sağlık İstatistikleri, 2020

Bir diğer kriter ise hasta başına düşen hasta yatağıdır. Bu kriterlere göre, Dünya Bankası istatistiklerinde göre, her bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı açısından da aynı yorum yapılabilir. 1980'lerden sonra, hem ABD'de hem AB ülkelerinde 1960'lar, 1970'lerde her bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı giderek azalma göstermiştir. Sadece Almanya'da, daha az oranda düşüş olmuştur. Düşüşe rağmen, aynı nüfus yapısına sahip olmasına rağmen, İngiltere, Türkiye gibi ülkelerden daha fazla yatak sayısına sahiptir. Almanya'nın sahip olduğu yatak sayısı, Türkiye'nin yatak sayısının 3 katına eşittir. Benzer şekilde, İtalya'daki hasta yatağı sayısı da Türkiye'deki hasta yatağı sayısından %25' daha fazladır.

Tablo 6. Her Bin Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı

Yıllar	Çin	İtalya	İspanya	Almanya	Yunanistan	Türkiye	İngiltere	ABD	Avrupa Birliği
1960				10.50	5.80	1.70	10.70	9.20	
1970	1.54	10.60	4.70	11.30	6.20	2.00	9.60	7.90	
1980	2.23	9.60	5.40	11.50	6.20	2.20	8.10	6.00	9.33
1990	2.58	7.20	4.60	10.40	5.10	2.40	5.90	4.90	7.91
2000	2.52	4.70	3.70	9.10	4.70	2.10	4.10	3.50	6.28
2001	2.52	4.60	3.60	9.00	4.80	2.20	4.00	3.50	6.29
2002	2.45	4.40	3.50	8.9	4.70	2.30	4.00	3.40	6.14
2003	2.20	4.20	3.50	8.70	4.70	2.20	4.00	3.30	6.07
2004	3.00	4.00	3.40	8.60	4.70	2.20	3.90		5.96
2005	2.45	4.00	3.40	8.50	4.70	2.30	3.70	3.20	5.88
2006	2.23	3.90	3.30	8.30	4.80	2.30	3.60	3.10	5.76
2007		3.80	3.30	8.20	4.80	2.30	3.40	3.10	5.66
2008		3.70	3.20	8.20	4.80	2.30	3.40	3.10	5.60
2009	4.20	3.60	3.20	8.20	4.80	2.50	3.30	3.10	5.53
2010	3.56	3.60	3.20	8.20	4.80	2.50	3.00	3.00	5.44
2011	3.80	3.50	3.10	8.20	4.80	2.50	2.90	2.90	5.36
2012	4.20	3.40	3.00	8.30	4.50	2.70	2.80	2.90	5.32
2013			3.00		4.30	2.70	2.80	2.90	5.60

Kaynak: Dünya Bankası, Sağlık İstatistikleri,2020

Bir başka değerlendirme kriteri de, grafik 3'te verilen hastaneden taburcu istatistikleridir. Koronavirüs (Covid-19) pandemisi gibi, salgın durumları için de, hastaneden taburcu oranları da, krizi ve salgını yönetme açısından bir anlam ifade etmektedir.

Bu kriterlerin yanında, 13 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından salgın olarak ilan edilen yeni tip Koronavirüs Covid-19 'un ortaya çıkması ve yayılması süresince, bu hastalığa yakalanan hasta sayıları, hastalığın ülke de hüküm sürme süreleri de önemli kriterler olarak değerlendirilebilir. 31 Aralık 2019 da Dünya Sağlık Örgütü, Çin Ülke Ofisi, Çin'in Hubei Eyaleti Wuhan Şehrinde tespit edilen nedeni bilinmeyen pnömone vakalar hakkında bilgilendirildi. Sadece 3 gün içinde, 31 Aralık 2019 ile 3 Ocak 2020 arasında, etiyojisi bilinmeyen pnömone toplam vaka sayısı 44'de çıkmıştır. Bildirilen bu süre zarfında, hastalığa sebep olan ajan tespit edilmemiştir. 11 ve 12 Ocak 2020'de DSÖ, Çin Ulusal Sağlık Komisyonu'ndan, salgının Wuhan Şehrindeki bir pazardaki deniz ürünleri ilişkili olduğu hakkında daha ayrıntılı bilgi aldı. Çinli yetkililer 7 Ocak 2020'de izole edilen yeni bir tür koronavirüs belirledi. 12 Ocak 2020'de Çin, ülkelerin belirli teşhis kitlerini geliştirmede kullanmaları için yeni koronavirüsün genetik dizisini paylaştı. 13 Ocak 2020'de, Tayland Halk Sağlığı Bakanlığı, Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan'dan laboratuvar onaylı yeni koronavirüs (2019-nCoV) ithal edilen ilk vakayı bildirdi. 15 Ocak 2020'de Japonya Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan'dan laboratuvar onaylı 2019-yeni koronavirüs (2019-nCoV) ithal bir vaka bildirdi. 20 Ocak 2020'de Kore Cumhuriyeti Ulusal Sağlık Odak Noktası, Kore Cumhuriyeti'ndeki ilk yeni koronavirüs vakasını bildirilmiştir. Yeni yıl tatili için, Çin'e, ana vatanlarına giden işçilerin, İtalya'ya dönmesi ile birlikte ilk vakalar 8 Şubattan itibaren görülmeye rastlanmıştır. Çin'den sonraki Avrupa'daki ilk hastalık merkezi olan İtalya'daki hasta sayısı sadece 26 Şubatta 2020'te, ölüm sayısı 12'te çıkmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2020). Hastalığın ne kadar hızlı yayıldığına ilişkin veriler aşağıda tablo 7' de verilmiştir.

Tablo 7: Nisan 2020 Tarihi İtibarı ile Koronavirüsün Dünya Genelinde Etkisi

	Vaka	Can Kaybı	Vaka	Can Kaybı	Vaka	Can Kaybı	Vaka	Yeni Vaka	Can Kaybı
Ülke/Tarih	21.01.	21.01	08.02	08.02.	08.03	08.03	08.04.	08.04	08.04
Dünya	282	0	34.887	0	24.727	484	1.353.361	73.639	79.235
ABD	0	0	12	723	213	11	363.321	29.510	10.845
İspanya	0	0	1	0	430	5	140.510	5.478	13.798
İtalya	0	0	3	0	5.883	234	135586	3.039	17.129
Almanya	0	0	14	0	795	156	103.228	4.003	1.861

Çin	279	0	34.598	0	80.859	3.100	83.157	86	3.342
Fransa	0	0	6	0	706	10	77.226	3.738	10.313
İngiltere	0	0	3	0	210	2	55.246	3.634	6.159
Türkiye	0	0	0	0	0	0	34.109	3.892	725
Belçika	0	0	1	0	169	0	22.194	1.380	2.035
Hollanda	0	0		0	188	1	19.580	19.580	2101
Kanada	0	0	7	0	57	0	17.049	1.243	345
Avusturya	0	0	0	0	104	0	12.640	343	243
Portekiz	0	0	0	0	21	0	12.442	712	345
Danimarka	0	0	0	0	31	0	5.071	390	203
Çekya	0	0	0	0	26	0	5.017	195	88
Polonya	0	0	0	0	6	0	4.848	435	129
Romanya	0	0	0	0	13	0	4.417	360	182
Lüksemburg	0	0	0	0	2	0	2.970	127	44
Sırbistan	0	0		0	1	0	2247	247	61
Finlandiya	0	0	1	0	19	0	2.308	132	34

Tablo 7: Nisan 2020 Tarihi İtibarı ile Koronavirüsün Dünya Genelinde Etkisi

	Vaka	Can Kaybı	Vaka	Can Kaybı	Vaka	Can Kaybı	Vaka	Yeni Vaka	Can Kaybı
Yunanistan	0	0	0	0	66	0	1.832	77	81
İzlanda	0	0	0	0	45	0	1.586	24	6
Estonya	0	0	0	0	10	0	1.149	41	21
Moldova C.	0	0	0	0	0	0	1.056	91	22
Slovenya	0	0	0	0	0	0	1.055	34	36
Macaristan	0	0	0	0	0	0	895	78	58
Litvanya	0	0	0	0	0	0	880	37	15
Slovakya	0	0	0	0	0	0	598	64	2
Bulgaristan	0	0	0	0	2	0	577	28	23
Avustralya	0	0	15	0	74	12		5.844	6
Japan	1	0	25	0	455	48		3.906	80
G. Kore	1	0	24	0	7.134	367	10.384	53	200
Tayland	2	0	32	0	50	1		0	0
Malezya	0	0	15	0	93	10		0	0

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4
<https://time.com/5799586/italy-coronavirus-outbreak/>
<https://www.independent.co.uk/news/world/europe/coronavirus-news-spain-outbreak-symptoms-latest-china-a9357441.html>
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4

Hastalığın çok hızlı yayılması, bulaşıcı olması ve ölümlerle sonuçlanması hem ABD, hem de ABD’de benzer biçimde sağlık politikaları izleyen ülkelerde, hızlı artan hasta sayısına, ve özellikle yoğun bakım ünitelerine ulaşmakta problem

yaşanması veya yaşanmaması da, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde bir kriter oluşturmaktadır. Buna ilave olarak, hastalığın başından itibaren alınan önlemler yada alınamayan önlemler de yine neoliberal görüşün etkilerini yansıtmaktadır. Çin'den sonra Avrupa'daki en önemli salgın merkezi İtalya olsa salgınla mücadelede çok başarılı olamamıştır. Bilimin amaçlarından biri olan insan sağlığının korunması, beklenen yaşam süresini uzatmak gibi amaçlarını şimdiye kadar başarmış AB ve İtalya, refah devleti kavramlarının gereğini yerine getirmesine rağmen sağlık sistemine daha fazla önem vermeyi kötü bir tecrübe ile öğrenmiş oldular.

5. Sonuç

Neoliberal akımların başlamasıyla, malların, sermayenin serbest dolaşımına, teknolojik gelişmeleriyle küreselleşme süreci başlamış oldu. Tüm dünyada, kırk yılı aşkın bir süredir hüküm süren neoliberal akımlar, dünyadaki bir kaç ülke dışında tüm ülkeleri, küresel düzeyde artan rekabet karşısında şirketlerin, üreticilerin aşırı karlar elde etmelerine yönelik politikalar izlemesine sebep olmuştur. Bu sürecin gerisinde 1970'li yıllarda, kamu iktisadi teşebbüslerin, devlet bütçelerinde büyük açıklara sebep olması nedeniyle, 1980'li yılların başından itibaren kamunun ekonomi içindeki ağırlığı azaltılmaya çalışılmıştır. Bu da ya kamu ait iktisadi teşebbüsleri özelleştirilmesi ya da bu eğitim, sağlık ve hatta güvenlik hizmetleri için hem bütçeleri içinde de hem gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payları azalmaya başlamıştır. Gerek özelleştirmeler, gerekse, kamu hizmetlerinin gayri safi milli hasıla içindeki paylarının artırılmaması, refah devleti kavramı içinde uzun yıllardan itibaren çok tartışılan konulardan biridir. 2020 yılına kadar belirgin bir seviyede değişiklik olmamasına karşın, 15 Aralık 2019 tarihinde ilk olarak Çin'in Wuhan eyaletinde görülmeye başlanan, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, 12 Mart 2020'de yeni tip Corona virüsü Covid 19'un birden fazla ülkede görülmesi nedeniyle pandemi ilan edilmesiyle, sağlık politikaları ve sağlık harcamaları bütçeleri birden bütün dünyanın birinci öncelikli konusu haline gelmiştir. Bugüne kadar birer tehdit olarak sıralanan unsurlar gerçek yaşamda karşı karşıya kalınmıştır. Acil durum karşısında bütün ülkeler, doktor, hemşire, laboratuvar uzmanları, hastane çalışanlarının sayısı, özellikleri, hastane sarf malzemelerinin varlığı, erişebilirliği, hastane yatağı sayısı, yoğun bakım sayılarının, ilaç tedarikini, araştırma ve geliştirme politikalarının ne kadar önemli olduğunu bir kez daha ortaya koymuş oldu. Kısa vadede, pandemik durumu ortadan kaldırmak için çalışmalar yapılırsa bile, hastalığın hızlı yayılımını engelleme, hasta olanları tedavi etme, can kaybını minimize edilme gibi önceliklerden sonra, başta İtalya ve Avrupa Birliği olmak üzere, tüm dünya ülkeleri, neoliberal politikalara devam edip etmeyeceklerine, refah devlet önceliklerini değiştirip değiştirmeyeceklerine karar vereceklerdir.

Kaynakça

Avrupa Birliği (European Union) (2017) White Paper on Future of European Union https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/white_paper_on_the_future_of_europe_en.pdf

Avrupa Birliği (European Union) (2008) European Union Public Health Strategy 2008-2013. The EU Council and the Commission urge Member States to focus on health policies Source: *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 36, No. 3 (May 2008), pp. 334-335 Published by: Sage Publications, Ltd. <https://www.jstor.org/stable/45149973> accessed: 03-04-2020 12:17 UTC

Avrupa Birliği, European Union Commission (2007) Beyaz Kitap (White Paper) No.630 Final Paper. https://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/strategy_wp_en.pdf

Avrupa Birliği (European Commission) (2020). White Paper on The Future of Europe. https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/white_paper_on_the_future_of_europe_en.pdf,

Avrupa Birliği (European Union) (2017) State of health in the EU Companion report 2017. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d16ecda5-cf37-11e7-a7df-01aa75ed71a1>

Avrupa Birliği Komisyonu (European Commission) (2020) State of Health in the European Union Italy Country Health Profile 2017 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_it_english.pdf

Brand, H.Rosenkötte, N.,Clemens, T. and Kai Michelsen (2013). Austerity Policies in Europe bad for Health: Health Protection within the EU mandate is more relevant than ever. *BMJ. British Medical Journal*, Vol.346. No.7914. p.7.

Chomsky, Noam(2017) Requiem for the American Dream: The Principles of Concentrated Wealth and Power. Seven Stories Press.Newyork. USA.

Copeland, Paul (2014). The Political Economy of European Integration and the Challenge of the 2004 and 2007 EU enlargements. <http://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=20708>

Council Directive [2010/32/EU](#) of 10 May 2010 implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and ESU (OJ L 134, 1.6.2010, pp. 66-72 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52008DC0725&from=EN>

Eurostat, (2020) Health Statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Hospital_discharges_of_in-

patients, diseases of the circulatory system, 2017 (per 100 000 inhabitants) Health2019.png

Fedeli, Silvia (2015) The Impact of GDP on Health Care Expenditure: The Case of Italy. *Social Indicators Research*, Vol.122.No.2.pp.347-370

Greer, S, L, Jarman, Holly and Rita Baeten (2016). The New Political Economy of Health Care in the European Union. *International Journal of Health Services*, Vol.46.No.2.pp.262-282.https://www.jstor.org/stable/pdf/48513041.pdf?ab_segments=0%2Fbasic_SYC-5055%2Ftest&refreqid=search%3Ad3259c76ed9c02dbb08c0d4d84f77e22

Krugman, Paul (2011).”No, It is not the Welfare State”. The Conscience of Liberal. The New York Times, December 5, 2011.<https://krugman.blogs.nytimes.com/2011/12/05/no-its-not-the-welfare-state/>

Moramarco, Vito and Matteo Ruggeri (2016). Between Rationing and Rationalization The Challenges of the the Italian National Health Service During The Age of The Great Crisis. *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, Anno 124, No.¾.. Special Issue on Health and Economics.pp.349-363. Published by: Vita e Pensiero – Pubblicazioni dell’Università Cattolica del Sacro Cuore Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/26151582>

Navarro, Vicenta (1999) Health and Equity in the World in The Era of Globalization . *International Health and Equity in the World in the Era of “Globalization”*<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.837.7483&rep=rep1&type=pdf>

Pavolini, Emmanuele (2015). How many Italian Welfare States are there? The Italian Welfare State in a European Perspective. A Comparative Analysis. Edited by Ugo Ascoli and Emmanuele Pavolini. Bristol University Press. Policy Press. Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1t89834.16>

Prebisch, Raul(1985) Latin American Periphery and the Global Crisis of Capitalism," *Cepal Review*, No. 26. pp. 63-68.

Ranci, Costanzo and Mauro Migliavacca (2015) Everything needs to change, so everything can stay the same: the Italian welfare state facing new social risks. The Italian Welfare State in European Perspective: A Comparative Analysis.Publisher: Policy Press, Editors: Ugo Ascoli, Emanuele Pavolini, pp.21-48

Roma Antlaşması (1957)
https://ec.europa.eu/romania/sites/romania/files/tratatul_de_la_roma.pdf

Salvatore, J. Babones and Philip Bancicky(2010) The Globalization Challenge to Population Health. Costs and Consequences of Health Disparities.Inequalities & Health : Costs and Consequences of Health Disparities. *International Review of*

Modern Sociology, Vol.36.No.2.pp.101-120 Stable URL:
<https://www.jstor.org/stable/41421385>

Schuftan, Claudio (2015). Commentary: Globalization, Health Sector Reform and the Human Right to Health: Implications For Future Health Policy. *International Journal of Health Services*, Vol.45.No.1.pp.187-193.

Scott,L.G., Jarman and Rita Baeten (2016). The New Political Economy of Health Care in the European Union: The Impact of Fiscal Governance. *International Journal of Health Services*, Vol.46.No.2.pp.262-282.

Soares, Rodrigo (2007) On the Determinants of Mortality Reductions in the Developing World. *Population and Development Review*, Vol. 33, No. 2 (Jun., 2007), pp. 247-287 Published by: Population Council.
<https://www.jstor.org/stable/25434607>

Stiglitz, Joseph (2017) The Welfare State in the Twenty First Century
<https://rooseveltinstitute.org/wp-content/uploads/2017/06/Welfare-Chapter-JS.pdf>

The Guardian (2020, March, 04) Italy orders closure of all schools and universities due to coronavirus. <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/04/italy-orders-closure-of-schools-and-universities-due-to-coronavirus>

Independent (2020) Coronavirus: First Case Confirmed in Mainland Spain as Virus Outbreak Reported Across Europe.
<https://www.independent.co.uk/news/world/europe/coronavirus-news-spain-outbreak-symptoms-latest-china-a9357441.html>

Vizard, Polly and Polina Obolenskaya (2015). The Coalition's Record on Health: Policy, Spending and Outcomes 2010-2015. *Social Policy in a Cold Climate Working Paper. No.16. The London School of Economics and Political Science.*
https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_105026-6_0.pdf. Accessed on March 30, 2020.

Vizard, Polly and Plina Obolenskaya(2013) Labour's Record on Health (1997-2010). *Social Policy in Cold Climate Working Paper 2. The London School of Economics and Political Science.*
<http://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/spcc/WP02.pdf>

World Health Organisation (2020, 03,08).Situation Report
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4

World Health Organisation(2020, 03, 28) Situation reports
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4

World Health Organisation(2020, 01, 21) Situation Report.

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4

World Health Organisation.(2020, 02, 08) Situation Report.

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200208-sitrep-19-ncov.pdf?sfvrsn=6e091ce6_4