

NEOLİBERALİZMİN GÖLGESİNDEKİ BİR SAĞLIK SİSTEMİ PANDEMİYE NE KADAR DAYANABİLİR? ALMANYA ÖRNEĞİ

Zeliha Aslı Öcek*

Öz: Almanya, COVID-19 enfeksiyonu ile ilk kez 2020 yılı Ocak ayının sonunda Baviera eyaletinde tanışmıştır. Pandeminin birinci dalgası olarak kabul edilebilecek olan 2020 yazı sonuna kadar devam eden dönemi Almanya yüksek vaka sayısı, fakat olgular arasında görece düşük ölüm oranı ile geçirmiştir. Verilerin dikkatli yorumlanmasını gerektiren nedenlerin varlığına rağmen, Almanya'nın ilk dalgasının yönetiminde kısmen başarılı olduğunu söylenebilir. Bu başarı Robert Koch Enstitüsü gibi bilim kurumlarından, pandemi hazırlık planlarından, yaygın ve ücretsiz test uygulamasından, kısa süre içinde başlayan temaslı izleminden, güçlü yoğun bakım kapasitesinden, etkin salgın iletişiminden ve yerelde karar alma yetkisinden kaynaklanmaktadır. Diğer yandan sağlık emek gücü yetersizliği ve koruyucu ekipman eksikliği birinci dalgadaki başanya gölge vuran etmenler olmuştur. İkinci dalgada yaşananlar ise Almanya'da pandeminin ve toplumsal kısıtlamaların kapitalizmin yarattığı eşitsizlikleri nasıl derinleştirdiğini, tedavi edici hizmetleri ve teknolojiyi merkezine koyan ve neoliberal reformların baskısı altındaki bir sağlık sisteminin uzun süren bir krizin yönetimini devam ettiremeyeceğini ortaya koymuştur.

Anahtar sözcükler: COVID-19, pandemi yönetimi, sağlık sistemi, sağlık reformları, Almanya

How Long Can a Health System Under the Shadow of Neoliberalism Endure a Pandemic? The Case of Germany

Abstract: The first COVID-19 cases of Germany were diagnosed in the state of Bavaria at the end of January 2020. Germany passed the period until the end of summer 2020, which can be considered as the first wave of the pandemic, with a high number of cases, but a low case fatality rate. Despite the existence of reasons requiring careful interpretation of the data, it can be argued that Germany was relatively successful in the management of the first wave. This success stems from science institutions such as the Robert Koch Institute, early response to the pandemic, widespread and free testing, contact monitoring that started in a short time, strong intensive care capacity, effective epidemic communication and decisions made according to local specific situations. On the other hand, the lack of health workforce and protective equipment were the factors that overshadow this success. What happened in the second wave showed how the pandemic and social restrictions in Germany deepened the inequalities created by capitalism, and that a health system that puts therapeutic services and technology at the center and under the pressure of neoliberal reforms cannot continue the management of a long-lasting crisis.

Key words: COVID-19, pandemic management, health system, health reforms, Germany

Giriş

Dayanışma ve özyönetim ilkeleri üzerine kurulu olan Almanya sağlık sistemi, tedavi edici hizmetleri, uzmanlığı ve teknolojiyi merkezine koyan, çok parçalı bir yapı ile karakterizedir. Bu makalenin ilk bölümünde Almanya sağlık sisteminin genel özellikleri gözden geçirilecek, reformların vatandaşın sağlık hizmeti hakkı ve sağlık emekçilerinin çalışma yaşamı açısından getirdikleri özetlenerek, Almanya'da COVID-19 pandemisi ile yüzyüze gelmeden önce nasıl bir sağlık ortamı bulunduğu tanımlanacaktır. Makalenin ikinci bölümü 2020 yılının Ocak ayı ile başlayıp yaz sonuna kadar gelen dönemi, yani COVID-19 pandemisinin Almanya açısından birinci dalgasını kapsamaktadır. Bu dönemde Almanya'nın pandemi yönetiminde, özellikle de olgular arasın

daki ölüm hızını düşük tutmada gösterdiği başarının nedenleri tartışılacaktır. Makale, 2020 sonbaharında gelen ikinci dalga ile devam etmektedir. Pandeminin ve beraberinde getirdiği toplumsal kısıtlamaların kapitalizmin yarattığı eşitsizlikleri nasıl derinleştirdiği ve görünür kıldığı açıklanacak, yıllardır neoliberal saldırı olan bu sağlık sisteminin pandemi gibi bir olağan dışı durum karşısında nereye kadar ayakta durmaya devam edebileceği Almanya örneği aracılığıyla sorgulanacaktır.

1. Almanya Federal Cumhuriyeti'ne Kısa Bakış

Almanya 16 eyaletten oluşan federal bir devlettir. En önemli yasama organı olan Federal Meclis (Bundestag), şansölyeyi yani başbakanı seçer, Federal

*Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0002-5806-7035)

Geliş Tarihi / Received : 24.03.2021

Kabul Tarihi / Accepted : 04.05.2021

Konseyin de onayını alarak ülke düzeyindeki kararları verir. Federal Konseydeki (Bundesrat) temsilcileri aracılığı ile eyalet hükümetleri merkezi yönetimde doğrudan söz sahibidir. Eyaletler kendi yasalarını çıkarabilirler, ama ülke düzeyinde geçerli olan yasaları da uygulamak zorundadırlar. İç güvenlik, eğitim, kültür ve belediye yönetimi alanlarında sorumluluk eyaletlere aittir (**Fazit Communication GmbH websayfası, 2020**).

Almanya, dünyanın en büyük dördüncü ekonomisine sahiptir ve Hollanda'dan sonra Avrupa Birliği (AB)'nde en yüksek istihdam oranına (%76.4) sahip olan ülkedir (**OECD websayfası, 2021**). Diğer yandan 0.289 değerindeki Gini katsayısı Belçika, Norveç, Danimarka, Finlandiya, İsveç, Avusturya ve Hollanda gibi ülkelerden daha eşitsiz bir gelir dağılımına işaret etmektedir. Gayri safi yurtiçi hasılasının yaklaşık %11'ini sağlık hizmetlerine harcayan (**Dünya Bankası websayfası, 2020**) Almanya, kişi başı sağlık harcaması açısından 6 646 dolar ile Amerika, İsviçre ve Norveç'in ardından dünya sıralamasında dördüncü gelmektedir. Sağlık sisteminin kapasitesi oldukça güçlüdür. AB'de bin kişi başına düşen hastane yatağı sayısının (sekiz) en yüksek olduğu ülkedir. Bin kişi başına düşen 4.3 doktor ve 13.2 hemşire Almanya'yı dünya ülkeleri arasında dördüncü sıraya taşımaktadır (**OECD websayfası, 2021**). Avustralya, Kanada, Fransa, Almanya, İtalya, Yeni Zelanda, Norveç, İsveç, İsviçre, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri'ni kapsayan, Commonwealth Fund anketinin sonuçları Almanya'nın uzman hekim muayenesi ve acil olmayan ameliyatlara için en kısa bekleme süresine sahip ülke olduğunu göstermiştir (**The Commonwealth Fund websayfası, 2010**) Almanya'nın laboratuvar sektörünün de diğer Avrupa ülkelerine göre daha güçlü olduğu belirtilmektedir (**Wieler ve ark., 2020**). Kişi başına yılda 14.7 ayaktan sağlık hizmeti başvurusunun gerçekleşmesi de Almanya'da sağlık hizmeti kullanımının yoğunluğunu yansıtmaktadır (**Olm ve ark., 2020**).

Almanya, Rusya'nın ardından Avrupa'daki en büyük nüfusa sahiptir. İki bin yirmi yılında 84 milyona yaklaşan nüfusunda göçmenlerin önemli yeri vardır. Göçmen sayısı ve göçmenlerin tüm nüfusa oranı açısından Avrupa ülkeleri arasında ilk sırada yer almaktadır (**Worldometer websayfası, 2019**). Ülkede doğumda yaşam beklentisi oldukça uzundur: 2020 yılında erkekler için 78.9, kadınlar için 83.6 yıl olarak hesaplanmıştır. Bebek

(binde3.2)vebeşyaşaltı(binide4)ölüm hızıaçısından değerlendirildiğinde ise Avrupa ortalamasının sadece biraz altını yakalayabildiği görülmektedir (**Statistica websayfası, 2021; Eurostat, 2021**).

2. Alman Sağlık Sisteminin Yapısı

2.1. Paylaşılan sorumluluklar ve kendi kendini yöneten özerk organlar

Alman sağlık sisteminde karar verme yetkisi federal hükümet, eyalet hükümetleri ve resmi bir kimlik taşıyan sivil toplum örgütleri arasında paylaştırılmıştır. Hükümetler sağlık hizmetleri ile ilgili yetkilerini ödeme yapan ve hizmet veren tarafların özerk yönetim organlarına aktarmıştır. (**Busse ve Blümel, 2014**). Yarı kamusal kimliğe sahip olan bu yönetim organlarının ilki sosyal sigorta kurumlarının birlikleri, diğerleri de hastaneleri temsil eden kuruluşlar ve sosyal sigorta kapsamında hizmet veren doktorların birlikleridir (**Busse ve Blümel, 2014**). Sağlık sistemi dört temel ilke üzerine kuruludur. "Sigorta zorunluluğu" ve "sigorta primleri ile finansman" ilk iki ilkedir. Kazancı sabit bir sınırın altında olan herkes sosyal sigorta yaptırmak zorundadır. Bu nedenle bu sigortaya "Yasal Hastalık Sigortası" (Gesetzliche Krankenversicherung) adı verilmektedir. Sağlık hizmetleri, sigortalı çalışanlar ve işverenleri tarafından ödenen primlerle finanse edilmektedir. Üçüncü ilke "dayanışma"dır. Buna göre zenginler fakirlerle, sağlıklılar hastalarla dayanışma gösterir ve toplum bireysel riskleri birlikte üstlenir. Yasal Hastalık Sigortası (YHS) kapsamındaki herkes, gelir ve prim seviyelerine bakılmaksızın, hastalık durumunda eşit haklara sahiptir (**InformedHealth.org websayfası, 2018**). Doktorları, hastaneleri ve sigorta kurumlarını temsil eden bölge, eyalet ve federal düzeydeki organların kendi kendilerini yönetmeleri son ilke olan "özyönetimi" tanımlar. Bu organların da temsilcilerinin bulunduğu Federal Ortak Komite en yüksek özyönetim birimidir. Çeşitli sağlık meslek gruplarının dernekleri, hasta dernekleri, kendi kendine yardım grupları gibi yapılar da karar süreçlerinde farklı düzeylerde yer almaktadır. (**InformedHealth.org websayfası, 2018**). Ayrıca Alman sağlık sisteminde ilaç endüstrisini ve sağlık teknoloji şirketlerini temsil eden derneklerin güçlü bir konumu vardır (**Busse ve Blümel, 2014**).

Sağlık Bakanlığı federal düzeydeki sağlık politikalarını belirlemek, yasa geliştirmek ve farklı aktörlerin faaliyetlerini düzenleyen idari yönergeler hazırlamakla sorumludur. İlaçların onaylanmasıyla ilgili kararlar alan Federal İlaç ve Tıbbi Cihazlar Enstitüsü,

aşılardan sorumlu olan Paul Ehrlich Enstitüsü, COVID-19 pandemisi sırasında popülerliği artan Robert Koch Enstitüsü gibi halk sağlığı açısından önemli rol oynayan pek çok enstitü ve araştırma merkezi federal Sağlık Bakanlığı'na doğrudan bağlıdır (**InformedHealth.org websayfası, 2018**). Eyalet düzeyinde ise sağlığı farklı konularla birlikte ele alan bakanlıklara rastlanmaktadır. Örneğin Sol Parti'nin (Die Linke) iktidarda olduğu Thüringen "iş, sosyal, sağlık, kadın ve aile", Yeşiller yönetimindeki Hessen "sosyal ve entegrasyon", Hristiyan Demokrat Birlik (CDU) iktidarındaki Nordrhein Westfalen eyaleti "iş, sağlık ve sosyal" kelimelerini bir araya getiren bakanlık isimlerine sahiptir. Berlin eyaletinde Sosyal Demokrat Partili (SPD) Dilek Kalaycı'nın liderliğindeki idarenin adı ise "sağlık, bakım ve eşitlik" kelimelerini taşımaktadır (**de.wikipedia.org websayfası, 2020**). Eyalet hükümetleri kendi bölgelerinde hastane gereksinim planlarına dayalı sermaye yatırımlarından sorumludur. Her bir eyalet hükümeti kendi önceliklerine göre yatırımları belirler. Tıbbi teknoloji ve binaların inşası gibi büyük ölçekli yatırımlar eyalet hükümetlerinin sorumluluk alanındadır, ama bina bakım ve onarımlarının finansmanı sigorta kurumlarına aittir. Eyalet yönetimlerinin ikinci büyük sorumluluğu, federal yasalar çerçevesinde halk sağlığı hizmetlerinin sunulmasıdır (**Busse ve Blümel, 2014**).

Sağlık sigortası ile ilgili konularda en önemli karar alma organı olan Federal Ortak Komite, doktorları, diş hekimlerini, psikoterapistleri, sigorta kurumlarını, hastaneleri ve hastaları temsil eden üyelerden oluşur. Komite, hangi hizmetlerin sigorta tarafından karşılanacağına ve bu kapsamın ne düzeyde olacağına ilişkin kararlar verir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin kalite güvencesinden sorumludur. Bu sorumluluğunda Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Verimlilik Enstitüsü'nden destek alır (**Busse ve Blümel, 2014; InformedHealth.org websayfası, 2018**).

2.2. Sigorta modeline dayalı finansman

Sağlık hizmetlerinin finansmanında temel aktör üyelerinin YHS kapsamındaki sağlık harcamalarını karşılayan sigorta kurumlarıdır. Türkçeye çevirdiğimizde hastalık sandığı olarak adlandırabileceğimiz bu kurumlar federal düzeydeki birliklerinin çatısı altında birleşir. Federal Ortak Komite'de bu birliği temsil eden beş üye yer almaktadır (**Busse ve Blümel, 2014**).

Almanya'da nüfusun yaklaşık %88'i YHS kapsamındadır. Öğrenciler, işsizler ve emekliler YHS kapsamında yer almak zorundadır. Her yıl için yeniden

belirlenen (2021'de 4 837,50 Euro) bir düzeyin üzerinde kazanç elde edenler, gönüllü üye olarak YHS'de kalmayı ya da özel sigorta yaptırmayı tercih edebilir (**Finanztip websayfası, 2021**). Toplumun %8.3'ünün sağlık harcamaları sosyal yardım kapsamında karşılanmaktadır (**Statistica websayfası, 2021**). Sosyal yardım alanların ve sığınmacıların bir bölümü seçtikleri bir sandığa üye olma ve diğer YHS üyeleri ile aynı hizmetlerden yararlanma olanağına sahiptir (**Busse ve Blümel, 2014**). İki bin yirmi yılında nüfusun yaklaşık %10'unu oluşturan özel sigortalılar YHS üyeleri ile aynı kurum ve sağlık çalışanlarından hizmet alabilir (**Statistica websayfası, 2021**).

YHS'de prim oranı hastalık riskine değil, gelir düzeyine bağlıdır; ancak primler belirli bir gelir tavanında sabitlenir ve bu tavadan daha fazla kazanan herkes aynı miktarda prim öder. Çalışmayan eşler ve çocuklar herhangi bir ek ücret talep edilmeksizin sigorta kapsamına alınır. (**Busse ve Blümel, 2014**). Daha önce her bir meslek grubunun hangi sandığa üye olacağı yasalar ile belirlenmiş iken, 1993 yılında yürürlüğe giren Sağlık Hizmeti Yapısı Yasası ile bazı istisna gruplar dışında sandık değiştirme ve seçme serbest bırakılmıştır. Ancak YHS'den ayrılıp özel sigortaya geçenler için geri dönüş yolu kapalıdır (**Busse ve Blümel, 2014**). Sandık seçme yolunun açılmasının hemen ardından sandıkların sayısı hızla azalmıştır. Bu azalma çok büyük oranda küçük sandıkların büyüklere katılması şeklinde gerçekleşmiştir. Özellikle YHS'de Rekabeti Güçlendirme Yasası ile 1 Nisan 2007 tarihinden itibaren çok daha büyük kapsamlı birleşmeler gerçekleşmiştir (**Busse ve Blümel, 2014**). Böylece 1970'de 1 815 olan sandık sayısı, 2000'de 420'ye, 2020'de ise 105'e düşmüştür (**Statistica websayfası, 2021**).

Almanya'da 1996'dan bu yana özel sağlık harcamaları artmaktadır. Bu artışın yarısı katkı payı ve YHS kapsamında yer almayan hizmetler için yapılan cepten ödemelere diğer yarısı da özel sigortalara bağlıdır (**Busse ve Blümel, 2014**). Özel sigorta şirketlerinin toplam gelirinin 1997 ile 2012 arasında 18.6 milyar Euro'dan 35.6 milyar Euro'ya yükselmiş olması artışın boyutunu ortaya koymaktadır. Özel sağlık sigortaları federal düzeyde kendi birlikleri tarafından temsil edilir ve YHS'nin alternatifi olan tam kapsamlı sigortanın yanı sıra, kısmi ya da tamamlayıcı paketler sunar. Tam kapsamlı özel sigortalılar üç gruba ayrılır. Yüzde 50'yi oluşturan ilk grup öğretim üyeleri, öğretmenler, bakanlık memurları gibi devlet memurlarıdır. Sağlık harcamalarının yarısı devlet tarafından karşılanır, kalan yarısı için kendileri

özel sigorta yaptırırlar. İkinci grup, daha önceden YHS kapsamında olmayan kendi adına çalışanlar; üçüncü grup geliri belirli bir eşğin üzerinde olan çalışanlardır. İki binli yılların başında katkı paylarının artması üzerine sağlık sorunu olmayan çok sayıda bekar genç YHS'den ayrılarak özel sigortaya geçmiştir. Tam kapsamlı özel sigortalı kişi sayısı 1975'te 4.2 milyon (nüfusun% 6,9'u) iken 2020'de 8.73 milyona (% 11,0) ulaşmıştır (**Statistica websayfası, 2021**). Tam kapsamlı özel sigorta dışındaki seçenekleri özel odada yatma, klinik şefi tarafından tedavi edilme gibi ek istekleri, katkı paylarını ya da dış protezleri gibi YHS kapsamından çıkarılmış hizmetleri kapsamaktadır (**Busse ve Blümel, 2014**).

Sağlık sisteminde sigorta kadar olmasa da vergilerin de yeri vardır. Hem federal hem de eyalet düzeyinde vergiye dayalı bütçeler, hükümetlerin önerileri doğrultusunda hareket eden yasama organları tarafından belirlenir. Sağlık finansmanı federal düzeyde savunma, içişleri, eğitim ve araştırma bakanlıklarının bütçesi içinde yer alır. Eyalet düzeyinde ise hastane ve halk sağlığı hizmetlerine, üniversite hastanelerine, tıp ve diş hekimliği eğitime yapılan yatırımları karşılayan ayrı bir bütçe bulunmaktadır. Belediyeler de sağlık sistemindeki önemli vergi kaynaklarıdır. Vergilerin sağlık finansmanındaki payı 1996'da %10.8 iken 2012'de %4.8'e düşmüştür (**Busse ve Blümel, 2014**). Hastanelerin yatırım maliyetleri eyaletlerin ve federal devletin topladığı vergiler aracılığı ile finanse edilir. İşletme maliyetlerinin finansman kaynağı ise başta sandıklar olmak üzere sağlık hizmetlerinin kullanıcılarıdır. Eyalet yönetimleri sadece hastane gereksinim planlarında yer alan hastaneler için yatırım yapabilir. Gereksinim planında yer aldıkları ve bu amaç için tahsis edilmiş olan para bulunduğu sürece kâr amaçlı özel hastane sahipleri de yatırımları için vergi kaynaklı finansmandan yararlanabilir. Verginin kullanıldığı diğer alanlar arasında güvenlik güçlerinin, mahkûmların, mültecilerin ve sosyal yardım alanların sağlık hizmetleri yer almaktadır (**Busse ve Blümel, 2014**).

2.3. Uzmanlık yönelimli ve özel sektör ağırlıklı tedavi ve bakım hizmetleri

Almanya'da ayaktan tedavi hizmetleri ile yataklı hasta tedavisi üzerine yoğunlaşmış olan hastane hizmetleri birbirinden kesin bir çizgi ile ayrılmıştır. Ayaktan tedavi ve eczacılık tamamen özel hizmet sunumuna dayanmaktadır. Sigortalılar istedikleri kurum ve kişilerden hizmet alabilir. Yataklı tedavi

ve bakım alanında ise özel ve kamu eli ile sunuma birlikte rastlanmaktadır (**Busse ve Blümel, 2014**).

YHS kapsamındaki ayaktan sağlık hizmetlerini sunabilmek için doktor ve psikoterapistlerin YHS doktorları birliklerine, diş hekimlerinin de YHS diş hekimleri birliğine üye olmaları zorunludur. Eyalet düzeyindeki birlikler, ülke düzeyinde tek bir çatı altında toplanır. Birlikler, kendi kendilerini yöneten organlardır, yönetimleri üyeleri tarafından seçilir, faaliyetlerinin kapsamı kanunla belirlenir (**Busse ve Blümel, 2014**). Ayaktan sağlık hizmeti sunumunda çalışan hekimlerin %4'ü YHS bağlantısı olmadan sadece özel hastalara hizmet verir. Hekim, diş hekimi ve psikoterapistler açısından geleneksel çalışma modeli bina, ekipman ve personel dahil tüm masraflarını kendilerinin karşıladığı muayenehanelerinde tek başlarına ya da birkaç meslektaşları ile birlikte hizmet vermek olmuştur (**InformedHealth.org websayfası, 2018**). İki bin dört yılında bir şirkete, kâr amacı gütmeyen bir kuruluşa ya da bir hekim tarafından yönetilen bağımsız profesyonellere ait olan disiplinler arası tıp merkezleri kurulmasıyla bu modelin değişim süreci başlamıştır. Tıp merkezlerinin sayısı 2004'te 70 iken, 2012'de 1 814 olmuş, çalıştırdıkları YHS hekimlerinin sayısı da kendi adına çalışan hekim sayısından çok daha hızlı artarak aynı dönemde 241'den 1 020'ye çıkmıştır (**Busse ve Blümel, 2014**).

Almanya'da ayaktan sağlık hizmetlerinde uzman hekimlerin yanı sıra, aile hekimleri (Hausarzt: ev hekimi) ile karşılaşmakta, ama birinci ve ikinci basamak ayrımı ve kapı tutuculuk uygulanması bulunmamaktadır (**InformedHealth.org websayfası, 2018**). Bunun sonucunda toplumun bir bölümü aile hekimlerinin hizmetlerini düzenli olarak kullanırken, bir başka grup arada sırada hizmet almakta ya da bu hizmetlerden hiç yararlanmamaktadır (**Oslislo ve ark., 2020**). Genel tıp alanında uzmanlık yapmış olanlar, kardiyoloji, onkoloji gibi belirli bir alanda uzmanlaşmamış olan dahiliye uzmanları ve pediatristler aile hekimi olabilirler (**InformedHealth.org websayfası, 2018**). Aile hekimliği derneği diğer uzmanlık derneklerinden farklı olarak bir yarı tekel rolü oynamakta ve üyeleri ile sözleşme yapmaktadır. Federal hükümetin aile hekimliğinin statüsünü iyileştirme çabalarına rağmen, 1990'lardan beri aile hekimi sayısındaki artış diğer uzmanların sayısındaki artışın gerisinde kalmıştır (**Busse ve Blümel, 2014**). Çalışmakta olan aile hekimlerinin üçte birinin 60 yaşın üzerinde olduğu bildirilmekte ve 2025'e kadar yaklaşık 20.000 aile hekimi açığı olacağı tahmin edilmektedir (**van den Bussche, 2019**). Gelir ve prestij düzeyinin diğer uzmanlık alanları kadar yüksek olmaması aile

hekimliğinin ilk sırada tercih edilmemesinin en önemli nedenidir (**Busse ve Blümel, 2014**). Aile hekimliğinin tıp öğrencilerinin kariyer planlarında daha ön sıralarda bir yere sahip olması için van den Bussche (**2019**) tarafından bildirilen aile hekimlerinin hizmet çerçevesinin tanımlanması, çerçeveye ait yeterliliklerin uzmanlık eğitiminde yer alması, tamamen hekim merkezli olan yaklaşımın terk edilmesi ve pek çok görevin hekim dışı emek gücüne devredilmesi, çok disiplinli birinci basamak merkezleri kurulması, kapı tutuculuk uygulanması, uzmanlık eğitiminin ve hekim dağılımının gereksinim yönelimli olarak bölgesel düzeyde planlanması, vb. öneriler Almanya'nın birinci basamağın temel gerekliliklerini karşılamaktan uzak olduğunu ortaya koyar niteliktedir. Aile hekimlerinin sağlık sistemindeki rolünü güçlendirmek gerekçesiyle bugüne kadar yapılanların ise daha çok sağlığın maliyetinin bireyselleştirilmesine dönük adımlar olduğu görülmektedir. Bu adımlara örnek olarak gereksiz hizmet kullanımını azaltacağı iddiası ile 2004 yılında getirilen katkı payı uygulaması gösterilebilir. Yılın üç aylık dilimlerinin her birinin başında sevsiz olarak gerçekleşen ilk ayaktan bakım ziyaretinde muayenehaneye doğrudan 10 Euro ödeme yapılması şeklinde olan bu uygulamadan aile hekimlerinden uzmana yapılan sevkler ve uzmanlar arası sevkler muaf tutulmuştur. Diğer yandan hizmet kullanımı üzerinde etkisinin yol açtığı bürokratik işlemlerin yoğunluğuna göre çok az olduğu görülerek uygulama 2013'te kaldırılmıştır (**Olm, 2020**).

Almanya'da hastaneler kamuya ait olanlar, kâr amacı gütmeyen özeller ve kâr amaçlı özeller olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Hastanelerin büyük bölümü YHS ya da özel sağlık sigortası olup olmadığına bakılmaksızın tüm hastalara hizmet vermektedir ve tüm hastaneler aynı mevzuat ile düzenlenmektedir (**Busse ve Blümel, 2014**). Sadece özel sigortalılara hizmet veren özel hastaneler de vardır. Ama genellikle küçük ölçeklidir, önemli bölümü dal merkezi şeklindedir, sayıları da sınırlıdır. Yarı kamusal kimlikteki organlar tarafından temsil edilen hekimlerden farklı olarak hastaneler özel hukuk kuruluşları aracılığıyla temsil edilmektedir. YHS içindeki karar alma yetkileri giderek güçlenen bu kuruluşlardan en önemlisi Federal Ortak Komitede seçilmiş iki temsilcisi olan Alman Hastane Federasyonu'dur (**InformedHealth.org websayfası, 2018**).

Büyük ölçekli hastanelerin önemli bölümü kamusal kimliğe sahiptir ve eyalet devletleri ya da belediyeler tarafından finanse edilmektedir. Kâr amaçlı olmayan özel hastaneler vakıflar, kilise ya da diğer

dini gruplar tarafından işletilmektedir (**InformedHealth.org websayfası, 2018**). Kâr amaçlı özel hastanelerin hemen hepsi devlet düzeyindeki hastane gereksinim planlarına dahil edilmektedir ve bu üç bileşenli yapı içindeki payları giderek artmaktadır. Bununla paralel olarak, 1991 ile 2012 arasında, toplam hastane yatağı sayısı içinde kamu hastanelerinin ve daha düşük bir düzeyde olsa da kâr amacı gütmeyen özel hastanelerin payı azalmıştır. Aynı dönemde kâr amaçlı özel hastanelerin yatak sayısı %229'luk bir artış göstermiş ve tüm hastane yatakları içindeki payı %4,0'den %17,2'ye çıkmıştır. Bu artışın büyük bölümü kamu hastanelerinin özel sektör tarafından satın alınması ile gerçekleşmiştir. Bütçe kısıtlamaları nedeniyle kamu yatırımlarının azalması hastaneleri ciddi maddi zorluklar ile karşılaştırmakta, ortaya çıkan fırsatı özel kurumlar çekici bir yatırım alanı olarak kullanmaktadır. Özel sektörde sendikaların ve yasaların sağlık çalışanları üzerindeki koruyucu etkilerinin daha zayıf olması bu çekiciliği arttırmaktadır. Özel yatakların yarısından fazlasının hastane zincirlerine ait olduğunu da belirttiğimizde tablo netleşmektedir (**Busse ve Blümel, 2014**). Özyönetimi güçlendirme gerekçesi ile 2004 yılı başından bu yana hastanelerde uygulanan Avustralya Tanı ile İlişkili Gruplar (TİG) ödeme modelinin Almanya versiyonu da özelleştirmeye hizmet eden bir adım olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna göre sermaye maliyetleri dışındaki hemen tüm harcamalar (tıbbi tedavi, hemşirelik bakımı, ilaç ve tedavi cihazlarının yanı sıra, yemek ve barınma masrafları) TİG tarafından karşılanmaktadır (**Busse ve Blümel, 2014**).

Bakım sigortası tarafından finanse edilen uzun süreli bakım hizmetlerinin ve rehabilitasyon tesislerinde gerçekleştirilen hizmetlerin sağlık sisteminde önemli yeri vardır. Fizyoterapi, psikolojik bakım ve tıbbi cihazların nasıl kullanılacağını öğrenmeye yardımcı olma gibi bileşenlerden oluşan rehabilitasyon hizmetleri genellikle hastaneden taburculuğu izlemektedir. Akıl hastalığı ve bağımlılığı olan kişiler için de rehabilitasyon tesisleri bulunmaktadır. Rehabilitasyon hizmetlerinde ve yaşlı bakımında özel sektörün payı giderek büyümektedir (**InformedHealth.org websayfası, 2018**).

Almanya'da 1980'lerin başından beri, maliyet kısıtlama amacıyla üniversitelerde sağlık alanındaki öğrenci sayısı azaltılmış, tıp, diş hekimliği ve eczacılık mezunu sayısındaki azalma 1990'ların başında görünür, 2000'li yıllarda ise endişe verici boyuta gelmiştir (**Busse ve Blümel, 2014**). Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte artan bakım gereksi-

nimi de bu alanda ciddi bir iş gücü açığına neden olmuştur. Açığın kapatılması için izlenen başlıca strateji yabancı emek gücünden yararlanmaktır. Ülkede yaşlı ve hasta bakımı alanında çalışanların %14'ünü Almanya'ya sonradan gelmiş olanlar oluşturmaktadır (**Statistica websayfası, 2021**). Almanya'da çalışan yabancı hekim sayısı 1995'te 10.651 iken, 2019'da 52.361 olmuştur. Yabancı hekimlerin büyük bölümü sırasıyla Romanya, Yunanistan, Avusturya ve Polonya'dan gelmiştir (**Statistica websayfası, 2021; Bundesärztekammer websayfası, 2020**). Alman Tabipler Birliği'nin 2018 yılı verilerine göre ülkede 1 049'u aktif olarak çalışmakta olan 1 273 Türkiyeli hekim bulunmaktadır. (**Bundesärztekammer websayfası, 2020**).

2.4. Sağlık emekçilerinin örgütlenmesi

Hekim, diş hekimi, psikoterapist ve eczacıların YHS hizmeti sunup sunmamlarından bağımsız bir şekilde buldukları eyaletlerin meslek odalarına üye olmaları gerekmektedir. Bu odalar ve birlikleri akreditasyon, sürekli eğitim, mesleki ve etik standartları belirlemek gibi görevleri gerçekleştirir, politika yapıcılarla ilişkilerde üyelerini temsil eder. Diğer sağlık emekçileri için oda üyeliği zorunlu değildir. Fakat hemşirelik ve bakım alanında çalışanlar sağlık sisteminde söz hakkına sahip olmak amacıyla bir şemsiye örgüt altında birleşmiştir (**Busse ve Blümel, 2014**). Meslek örgütleri dışında bilimsel, politik, ekonomik vb farklı amaçları olan çok sayıda gönüllü kuruluş, uzmanlık dernekleri ve sendikalar da vardır. Bunların arasında Demokratik Doktorlar Derneği'nin (**Verein Demokratischer Aerztinnen und Aerzte websayfası, 2021**) sağlık hakkı ve sağlık emekçilerinin çalışma koşulları için mücadelede özel bir yeri vardır. Dernek, web sayfasında her sınıftan insan için eşit derecede iyi tıbbi tedavi; sağlık mesleklerinde sosyal ve adil çalışma koşulları; mülteciler için sınırsız tıbbi bakım için mücadele ettiğini ve sağlığın ticarileştirilmesine; tıbbi cihaz ve ilaç endüstrisinin lobi faaliyetlerine; her şekilde iki sınıflı sağlık sistemine karşı çıktığını açıklamaktadır. Tüm hizmet sektörü çalışanlarını kapsayan bir sendika olan Verdi de (**Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft websayfası, 2021**) sağlık çalışanlarının mücadelesi açısından önemli bir çatı oluşturmaktadır.

2.5. Hizmet sunumunun ve sağlık sigortasının iki sınıflı yapıya dönüşümü: sağlık reformları

Almanya'da sağlık reformlarının başlangıcı için CDU ve Liberal Parti koalisyonunun 1982-1998 arası iktidar dönemi tarih gösterilebilir. Bu dönemde halk artan cepten ödemeler, daralan yararlanım kapsamı gibi maliyet sınırlama uygulamaları ile tanışmış, sis-

teme rekabete dayalı mekanizmalar yerleştirilmiş, ilaç sektörü, ayaktan bakım ve yataklı hizmet üzerindeki bütçe sınırlamaları büyük ölçüde gevşetilmiştir. Ardından gelen Sosyal Demokrat ve Yeşil Koalisyon Hükümeti (1998-2005), ilk yıllarında kendisinden önceki hükümetten çok farklı bir çizgi izleyerek pek çok kazanımı geri getirmiş, fakat 2000'den itibaren bu yoldan hızlı bir şekilde çark ederek, sağlık hizmetlerinin maliyetini bireylere yükleyen "yenilikçi" modelleri ve hastanelerde TİG modelini yaşama geçirmiştir (**Busse ve Blümel, 2014**).

Eylül 2005 seçimlerinden bu yana farklı koalisyon ortakları ile birlikte olsa da Almanya'da iktidarın sahibi CDU ve Angela Merkel olmuştur. Seçim kampanyalarında CDU'nun sağlık sigortasına yaklaşımı ilk ortağı olan SPD'den tamamen farklı olmuş, sosyal demokratlar toplumun daha geniş kesimlerine sigorta zorunluluğunu getiren ve ücret tavanını kaldıran, "vatandaş sigortası" modelini, CDU ise sigorta zorunluluğunu daha da alt sınırlara çekmeyi, sabit bir işveren katkısı ile kombine edilen bireysel seçime dayalı prim uygulamasını önermiştir. Koalisyonun 2007'de yürürlüğe giren YHS'de Rekabeti Güçlendirme Yasası bu iki yaklaşım arasındaki bir uzlaşma olarak değerlendirilmektedir (**Busse ve Blümel, 2014**). Merkezi bir sağlık fonunun uygulamaya konması, sigortalıların belli bir oranda katkı ödediği bu fonun sandıklar arasında üyelerinin sağlık durumuna dayalı bir risk yapısı tazminatı planına göre paylaşılması, sandıklara üyelerinden ek prim isteyerek ya da artan paralarını üyelerine geri dağıtarak gelir ve giderlerini eşleştirebilme hakkı tanınması gibi yapısal değişimleri beraberinde getiren yasanın en önemli sonucu büyük sandıkların küçükleri yutması ve özel sigorta sektörünün büyümesi olmuştur. YHS Finansmanı Yasası ve İlaç Piyasası Reform Yasası ikinci Merkel Kabinesi (2009-2013) döneminde yürürlüğe giren, katkı paylarını arttıran, ek primler getiren ve sigorta kapsamındaki ilaçları daraltan diğer reform adımları olmuştur (**Busse ve Blümel, 2014**). İki bin on iki yılının başında yürürlüğe giren YHS Bakım Yapıları Yasası sağlık hizmetlerinin sunumu üzerindeki dramatik etkileri ile önemli bir yere sahiptir. Sağlık Bakanlığı (**Bundesgesundheitsministerium, 2015**) bu yasanın daha nitelikli ve kapsayıcı bir hasta bakımı sağlayacağını, hedefe yönelik kaynak dağılımı ve insan gücü planlaması aracılığı ile hizmetlere erişimdeki eşitsizlikleri gidereceğini, artan rekabet sayesinde sandıkların üyelerine daha iyi hizmet vereceğini,

tercih eden üyelerine özel olarak bazı tamamlayıcı paketler sunabileceğini açıklamıştır. Yasanın ardından gerçekleşenler ise pek çok kamu hastanesinin kapanması ya da özel sektöre devredilmesi, sağlık emekçilerinin çalışma koşullarının ağırlaşması, YHS içindeki ticaret unsurlarının daha da gelişmesi olmuştur. Merkel'in 2013-2018 dönemini kapsayan üçüncü kabinesi ve 2018'den bu yana devam eden son kabinesi benzer reform adımları ile ilerlemekte, toplumu özel sağlık sigortası olan, kent merkezinde yaşayan, sağlık hizmetine rahatlıkla ulaşan avantajlı kesim ile diğerleri şeklinde iki sınıfa ayıran yapıyı güçlendirmektedir. Son sağlık bakanı olan Jens Spahn, COVID-19 aşısının sağlanmasındaki gecikmenin sorumlusu olarak gösterilerek 2021 başından bu yana oldukça zor günler yaşasa da aslında sağlık emekçilerinin ve sol muhalefetin pandemiden çok öncesinden bu yana sert eleştirilerine hedef olmaktadır (**Verein Demokratischer Aertzinen und Aerzte websayfası, 2021; Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft websayfası, 2021; Labour.net Germany websayfası, 2017**). Bir diğer eleştiri odağı ise Alman neoliberaliziminin ideolojik üretim merkezi olarak tanımlayabileceğimiz, araştırmaları ile sağlık reformlarının planlamasını yapan, hastane sayısının dörtte birinden daha azına düşürülmesi ile yataklı tedavinin daha verimli hale geleceğini savunan Bertelmann Vakfıdır (**Bertelmann Stiftung websayfası, 2021**).

Sağlık emekçilerinin reformlara yönelik eleştirileri hastaneler ve bakım alanı üzerinde yoğunlaşmaktadır. TİG ödeme modeli başta olmak üzere hastanelerde uygulanan rekabete dayalı işletme yaklaşımı, "verimlilik" adı altında yürütülen maliyet sınırlama yöntemleri, en az sayıda ve en ucuz emek gücü politikası eleştirilerin hedefinde yer almaktadır. VDA-A'nın, sendikaların ve çeşitli inisiyatiflerin bir araya geldiği "Fabrika Değil, Hastane" platformu hastanelerde gerçekleşenlerin hastalar ve sağlık emekçileri açısından bir felakete neden olduğunu, özellikle bakım alanında çok dramatik bir emek gücü açığı bulunduğunu, ödeme modelinin gereksiz ameliyatlara yol açtığını ifade etmektedir (**Bündis Krankenhaus statt Fabrik websayfası, 2021**). Benzer sorunlar 14 Ocak 2021 tarihinde başlatılan ve birkaç haftada 130.000 imzaya ulaşan "Bakıma Muhtaç Kişilerin Daha İyi Korunmasını Sağlayan Sağlık Reformu" başlıklı bildiriye ifade edilmiştir. Demokratik Doktorlar Birliği bu bildiriye desteklediğini belirtmiş ve sorunların özelleştirmeye son verilerek, hastanelerde gereksinim yönelimli bir ödeme yöntemine geçilerek çözülebileceğini açıklamıştır.

Özel hastanelerin, bakım kurumlarının, muayenehane zincirlerinin kâr maksimizasyonu mantığı ile çalıştığını, özel sektörün rehabilitasyon kliniği, selektif cerrahi, ayaktan bakım gibi karlı alanları tercih ettiğini, sağlık tesislerini ve sağlık alanındaki sermaye fonlarını yatırım amaçlı spekülasyon nesnelere olarak kullandığını açıklayan VDAA sağlık sisteminin kamu eli ile ve hem makro hem de mikro düzeyde demokratik olarak yürütülmesi gerektiğini savunmaktadır. VDAA'ya göre sağlıkta kâr yasağı getirilmeli, kamu yatırımları arttırılmalı, sistem rekabet değil, iş birliği ilkesiyle şekillendirilmeli, iş ve gelir düzeyinden bağımsız olarak Almanya'da yaşayan herkes güvence kapsamına alınmalı, sigorta primleri gelir ile orantılı olmalı ve gerçek bir dayanışma sağlanmalıdır (**Verein Demokratischer Aertzinen und Aerzte websayfası, 2021**).

Kamu mallarını vatandaş inisiyatifi ile korumayı amaçlayan bir dernek olan Verein Gemeingut in BürgerInnenhand da kamu hastanelerinin kapatılması ve özelleştirilmesi karşıtı mücadelenin önemli aktörleri arasındadır. Dernek, 1991'den itibaren hastanelerin devlet eli ile iflase sürüklendiğini, hastane sayısının azaltılmasının şehir merkezinden uzakta ve kırsal alanda yaşayanlar açısından sağlık hizmetine ulaşamamak anlamına geldiğini açıklamaktadır. Bertelsmann Vakfı'nın savunduğu küçük hastaneleri kapatıp sağlık çalışanlarını büyük hastanelerde toplayarak hizmet kalitesinin arttırılacağı iddiasının gerçeğini yansıtmadığını derneğin uzmanlarından olan Emmerich'in açıklamaları ortaya koymaktadır. Emmerich pek çok küçük hastanenin özellikle komplikasyonların önlenmesi gibi alanlarda büyük ölçeklilerden daha başarılı olduğunu, özel sektörün ticari bir çıkar görmediği için kentlerin dışında sağlık kurumu açmadığını, vatandaşın hizmet alabileceği tek yer olan kamu hastanelerinin kârlı işlemleri seçmeyip halkın tüm gereksinimlerini karşıladığını, yaşadıkları maddi sorunlarının nedeninin TİG ödeme yönteminden kaynaklandığını, "verimsiz" olarak gösterilmelerinin tek nedeninin kapatılmaları için gerekçe yaratmak olduğunu ifade etmiştir. Yapısal bir fon çerçevesinde, hastaneleri kapatmak veya tıbbi bakım merkezleri, rehabilitasyon kurumları gibi diğer tesislere dönüştürmek için her yıl bir milyar Euro harcıyor olması sürecin boyutunu ortaya koymaktadır (**Schlieter, 25.06.2020**).

Sağlık reformlarının sonuçları ve tersine bir reform gerekliliği muhalefet partilerinin de gündeminde. Örneğin, Yeşiller, hastanelerde TİG ödeme yöntemi nedeniyle yüksek düzeyde girişimsel müdahalelere büyük paralar aktarılırken, sağlık

emekçilerinin tükenmeye terk edildiğini bildirmekte, kırsal alandaki kamuya ait hastane ve doğum evlerinin kapatılması gibi temel yapısal kararların toplum katılımı, hasta temsiliyeti ve diğer demokratik mekanizmalar olmaksızın alınmasını eleştirmektedir. Sağlıklı bir çevrede yaşam hakkına, sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik söylemleri ön planda olan Yeşiller nitelikli sağlık hizmetlerine eşit erişimi ve entegre birinci basamak merkezlerini savunmaktadır (**Bündnis 90/die Grünen websayfası, 2021; Bündnis 90/die Grünen Landtag Bayern websayfası, 2021**). SDP'nin 2005 seçimleri öncesinde önerdiği "Vatandaş sigortası" formülü Yeşiller tarafından da dile getirilmektedir. Bir yandan özelleştirmeye son verilmesi çağrısında bulunan, sağlığın kamusal bir sorumluluk olduğunu vurgulayan Yeşillerin diğer yandan YHS ile birlikte özel sağlık sigortasının, dayanışmanın yanı sıra "seçim özgürlüğü"nü geliştirilmesi gerektiğini ifade etmesi sağlıkta özel sektör varlığına tam bir karşı çıkışlarının olmadığını düşündürmektedir.

Sol Parti, hastanelerin finansman yöntemi, sağlık emekçilerinin çalışma koşulları, sigortanın dayanışmacı yapısı gibi konularda Yeşiller ile benzer açıklamalar yapmaktadır. En az 100.000 bakım çalışanınin daha istihdam edilmesi gerektiğini belirten Parti, primlerde işveren payının arttırılmasını, katkı paylarının kaldırılmasını, gözlük, diş protezi gibi hizmetlerin yeniden sigorta kapsamına alınmasını, rekabetin değil sağlığın geliştirilmesinin öncelikli olmasını savunmaktadır. Sol Parti'nin özelleştirmeye karşı duruşu Yeşiller'den çok daha nettir. Sağlık sistemindeki iki sınıflı yapı ile mücadelenin yolunun özel sigortanın kaldırılması olduğunu ifade etmekte, belediyeler tarafından çok disiplinli, entegre sağlık merkezlerinde kamusal hizmet sunulmasını önermektedir. Bunun yanı sıra, bilgiye ve terapötik yeniliklere erişimin hak olduğu savunulmakta, ilaç endüstrisinin sistem üzerindeki etkisi eleştirilmektedir. Sol Parti, sağlık politikasının tüm politik alanlarla bağlantılı olduğunu, yoksulluk ve hastalık kısır döngüsünün ancak bu şekilde kırılabileceğini ifade etmektedir (**Die Linke websayfası, 2020**).

2.6. Sağlık hizmetlerinin diğer bileşenleri ile bütünleşmeyen halk sağlığı hizmetleri

Sağlık Bakanlığı'na doğrudan bağlı bir yapı olan Federal Sağlık Eğitimi Merkezi, kronik hastalıklara yönelik yaşam biçimi odaklı birincil korunma, fiziksel aktivitenin güçlendirilmesi, sağlıklı beslenme, stresle baş etme, bağımlılığın önlenmesi, cinsel eğitim ve aile planlaması, HIV enfeksiyonunun yayılımının önlenmesi, organ ve doku bağışının teşvik edilmesi gibi alanlarda toplum düzeyinde çalışmalar ve

kampanyalar yürütmektedir. Merkez, ayrıca sosyal açıdan dezavantajlı grupları hedef alarak sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmayı amaçlayan binden fazla projeye bilgi sağlayan bir veri tabanını yönetmektedir (**Busse ve Blümel, 2014**). Eyalet hükümetleri ise halk sağlığı alanındaki yetkilerinin önemli kısmını yerel yönetimlere devretmiştir. Belediyelere bağlı olan, boyut ve yapı bakımından farklılıklar gösteren toplam 350 adet halk sağlığı dairesi bulunmaktadır. Eyaletlere göre değişmekle birlikte bu dairelerin görevleri arasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve izlenmesi; hastaneler dahil tüm sağlık kurumlarının hijyen standartları açısından denetimi; gıda, ilaç veya ilaçları içeren ticari faaliyetlerin kontrolü; çevresel hijyen izlemi; toplum temelli psikiyatri hizmeti sunumu; sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi çalışmaları yer almaktadır (**Busse ve Blümel, 2014**). Halk sağlığı daireleri tedaviye uyum göstermeyen tüberküloz hastaları gibi bazı durum ve olgular için tanı ve tedavi hizmetleri de yürütmektedir. Ülkede gerçek anlamda bir birinci basamak örgütlenmesi olmaması ve sistemin tedavi merkezli yapısı nedeniyle halk sağlığı ile birinci basamağın entegrasyonundan bahsetmek mümkün değildir.

Almanya'da bulaşıcı hastalıkların kontrolü alanındaki sorumluluklar 2000 yılında yürürlüğe giren Enfeksiyon Koruma Yasası ile yeniden düzenlenmiştir. Bulaşıcı hastalıkları daha iyi değerlendirebilmek ve Avrupa'daki diğer hastalık kontrol merkezleriyle iş birliği yapabilmek amacıyla süreyans çalışmaları Robert Koch Enstitüsü'nde (RKE) bir araya toplanmıştır. Hastaneler ve ayaktan cerrahi merkezleri, nazokomiyal enfeksiyonları ve dirençli mikroorganizmaları enstitüye bildirmekle yükümlüdür. Federal devlet, eyalet devletleri ve yerel sağlık otoriteleri açısından merkezi danışman rolü oynayan RKE, Almanya'nın sağlık alanındaki en önemli bilim kurumu olarak tanımlanabilir. Enstitü başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere tüm hastalıkların ve sağlık sorunlarının tanımlanmasından, kaydedilmesinden, süreyansından, epidemiyolojik ve medikal açıdan analizinden, korunmaya yönelik önlemlerin geliştirilmesinden sorumludur. Ülkenin halk sağlığı ile ilgili göstergelerinin, sağlıkla ilişkili risk etmenlerinin uzun erimli eğilimini izleyen ve analiz eden RKE, politika yapıcılara, bilimsel çalışma yürütenlere ve genel topluma bilgi verir, danışmanlık sunar ve sağlık politikaları ile ilişkili karar verme süreçlerine bilimsel temel sağlar. Çocukların bağışıklaması, hastanelerde uygulanan hijyen kuralları gibi ülke

düzeyindeki pek çok karar RKE önerileri doğrultusunda alınmaktadır. Pandemi ve benzeri olağan dışı durumlar için acil durum planları hazırlamak da RKE'nin sorumluluk alanındadır. Bu görevlerinden tahmin edilebileceği gibi RKE oldukça güçlü bir bilimsel donanıma sahiptir. Merkezi Berlin'de olan enstitünün ulusal referans merkezleri ve çeşitli bakteriyel ve viral hastalıklar için danışmanlık laboratuvarları vardır. Doktora öğrencileri ve stajyerler de dahil olmak üzere yaklaşık 1.080 kişilik kadrosunun yarısını bilim insanları oluşturmaktadır (**Robert Koch Institute websayfası.a., 2021**).

2.7. Özetle COVID-19 pandemisi öncesinde Alman sağlık sistemi

Almanya'nın kapitalist gelişimi ile uyumlu bir sağlık sistemine sahip olduğunu söyleyebiliriz. Özel hizmet sunumuna ve biyomedikal yaklaşıma dayalı olan bu sistemde özyönetim ilkesinin de etkisiyle aşırı düzeyde parçalı bir yapı söz konusudur. Sistemin en temel değeri olarak vurgulanan dayanışma, çeyrek asrı aşkın süredir devam eden sağlık reformlarının ve özelleştirmelerin neticesinde anlamından çok şey kaybetmiştir. Sağlık emek gücünün çalışma ve yaşam standartlarının hiyerarşik sıranın arkalarına doğru dramatik bir şekilde düşmesi de reformların önemli sonuçları arasında yer almaktadır. Özet olarak Almanya COVID-19 pandemisini, bir yandan gelişmiş ekonomisi, teknolojik açıdan güçlü yataklı tedavi hizmetleri ağı ve akademik açıdan ileri düzeydeki viroloji ve epidemiyoloji birikimi ile diğer yandan da alandan, toplumdaki ve birinci basamaktan kopuk halk sağlığı hizmetleri ve tükenmek üzere olan sağlık emekçileri ile karşıladığını söyleyebiliriz.

3. 2020 Baharına Egemen Olan İlk Pandemi Dalgası ve Almanya'nın COVID-19 ile Mücadelede Dikkat Çeken Başarısı

Almanya'nın COVID-19 ile ilk tanışması ülkenin güney batısındaki zengin Bavyera eyaletinde gerçekleşti. İlk vaka, Münih'in turistik bir göl kenarı kasabası olan Starnberg'de Webasto adlı bir firmada çalışıyordu. Firmanın Çin'deki merkezinden gelen bir kadın eğitimcinin Ocak ayının 19'u ile 23'ü arasında yürüttüğü eğitim programına katılmıştı. Çinli eğitimci ülkesine döndükten sonra hastalanmış ve yaptırdığı test sonucu pozitif çıkmıştı. Otuz üç yaşındaki Alman çalışan 25-26 Ocak'ta üst solunum yolu benzeri bulgular hissetmiş, iki gün aranın ardından 27 Ocak'ta işe dönmüş, Çin'den gelen enfeksiyon haberi üzerine yaptırdığı test sonucunun pozitif çıkmasının ardından Almanya'nın ilk vakası olarak kaydedilmiştir. Aradan 24 saat geçmeden

Bavyera Sağlık Bakanı ilk vaka hakkında basın açıklaması yapmış, Federal Sağlık Bakanı Jens Spahn da virüsün ciddiye alınması gerektiğini, kliniklerin şüpheliler dahil tüm olguları RKE'ye bildirmek zorunda olduğunu açıklamıştır. Bu arada Webasto'nun üç çalışanın daha testi pozitif çıkmış, tüm çalışanlar ev halkı ile birlikte karantinaya alınmıştır (**Demmelhuber, 25.01.2021**).

Münih havaalanındaki önlemler zaman kaybetmeden 29 Ocak'ta başlamış ve Çin'den gelen uçuşlar durdurulmuştu. Ama aynı tarihte Bavyera'nın bir diğer şehri olan Nürnberg'de uluslararası oyuncak fuarı başlamıştı ve 70.000'den fazla insan bekleniyordu. Bu arada hijyen ürünlerine talep artmış, maske ve dezenfeksiyon maddesi stokları birkaç gün içinde tükenmişti. Şubatın ilk gününde olgu sayısı sekiz olmuştu, ama olguların hepsi Webasto ile ilişkiliydi. Virüs Bavyera'da kontrol edilmiş gibi duruyordu. Üstelik olgular hafif seyirliydi. Fakat ertesi gün Webasto'da çalışmayan ve Wuhan'dan gelmiş olan iki Alman daha COVID-19 tanısı aldı. Şubat, Bavyera'da hareketli geçti. Çeşitli yerlerde faşing kutlamaları düzenlendi, okulların tatil olmasından yararlanan çok sayıda kişi Avusturya'ya kayak tatiline gitti. Fakat ayın sonunda Avusturya ve İtalya'dan gelen haberler endişe vericiydi, olgu sayıları hızla artıyordu. Korkulan oldu ve 26 Şubat'ta Almanya'nın diğer eyaletlerinde de olgular görülmeye başlandı. Sağlık Bakanı Spahn'ın ilk kez "korona epidemisi" terimini kullanmasıyla Almanya açısından pandemi günleri resmen başlamıştır. Mart başında Avusturya'nın Ischgl adlı kayak merkezinden dönen yüzlerce kişinin enfekte olduğu ortaya çıktı. Vaka sayısının hızla artması ve komşu ülkelerdeki fatalite hızının yüksek seyretmesi üzerine 22 Mart'tan 19 Nisan'a kadar Almanya'da kısmi bir kapanma kararı verildi (**Demmelhuber, 25.01.2021**).

Almanya'nın aldığı ilk kapanma kararı toplum tarafından büyük ölçüde kabul görmüştür. Çin, İtalya ve İspanya'da alınan önlemlerle karşılaştırıldığında, sınırlamalar daha ılımlı olmuş, birçok işletme kapatılmış, ama gruplar halinde olmadığı sürece insanlar dışarıya çıkmaya devam edebilmişti. Nisan ayının 10'unda geldikleri yere bakılmaksızın Almanya'ya giren tüm yolcuların 14 gün karantinaya alınmasına başlanmış, alınan önlemler karşılığını vermiş ve Nisan'da yeni olgu sayısı azalmaya başlamıştır (**Müller ve ark., 2020**). Mayıs'ta önlemler aşamalı bir şekilde ve her eyaletin kendi planına göre gevşetilmişti

(Wieler ve ark., 2020). Yaz aylarında gündeme yurtdışına tatile gitmenin güvenli olup olmadığı tartışması ve riskli bölgelerden gelenlerin karantina uygulamaları hâkim olmuştu. Sonuç olarak Almanya'da pandeminin ilk dalgasının tarihi olarak Şubat başı ile yaz sonu arası dönemi vermek yanlış olmayacaktır.

Almanya ilk dalgayı yüksek vaka sayısı, fakat düşük bir olgu fatalite hızı ile geçirmiştir. Ülkede bildirilen vakalar Avrupa'da kaydedilen en yüksek sayılara işaret ederken, tüm olguların içinde yaşamını kaybedenlerin oranı %1.60 civarında kalarak çok sayıda ülkeye göre oldukça düşük düzeyde seyretmiştir (European Centre for Disease Prevention and Control COVID-19) webssayfası, 2020). Fakat, Almanya'da ilk dalgada herhangi bir semptom varlığı aranmaksızın riskli teması olan herkese test yapılması, böylece semptomsuz ya da hafif semptomlu pozitiflerin de olgu fatalite hızındaki payda dahil olması, payın ise aynı sayıda kalması nedeniyle bu istatistiğin dikkatli yorumlanması gerekmektedir (Bennhold, 04.04.2020). Üstelik Almanya'da ilk vaka grubunu kayak tatiline gidenler, faşinge katılanlar gibi genç ve sağlıklı kişiler oluşturmuştur. Diğer yandan Almanya'nın pandeminin ilk dalgasının yönetiminde başarılı olduğunu ve çok sayıda kişinin yaşamını kaybetmesini önleyebildiğini söyleyebiliriz. Bunun nedenlerini altı madde altında açıklayabiliriz.

3.1. Başarı nedeni 1: RKE ve diğer bilimsel üretim kaynaklarının rolü

Almanya'yı başarılı olarak değerlendirmemizin ilk nedeni pandemi yönteminin merkezinde RKE gibi güçlü bir bilim kurumunun yer alması ve hem merkezde hem de eyaletlerde diğer bilim topluluklarının ve kurumlarının önerilerinin dikkate alınmasıdır (Wieler ve ark. 2020). RKE, Ocak 2020 sonunda itibaren COVID-19 günlük durum raporları, risk değerlendirmeleri, teknik rehberler ve yönergeler yayımlamaya başlamıştır. COVID-19 şüpheli olgular ve SARS-CoV-2 benzeri bulgular gösteren vakalar halk sağlığı daireleri aracılığı ile RKE'ye aynı gün içinde bildirilmekte, RKE her gün saat 0.00'da verilerini güncellenmekte ve en kısa zamanda yayımlanmaktadır. Durumun acilliği nedeniyle kalite kontrolü öncesi ve sonrası olmak üzere iki tip veri yayımlanmaktadır (Robert Koch Institute web-sayfası.b., 2021). RKE'nin websayfasından tüm ülke, eyaletler, iller ve civarları düzeyinde yapılan test sayısına, toplam olgu ve ölüm sayısına, bu sayıların yaş ve cinsiyete, olguların bildirim ve hastalanma günlerine, mutant virüse bağlı olup olmamalarına, ölümlerin de gerçekleşme günlerine göre dağılımına güncel olarak ulaşılabilir. Ayrıca eyaletler düzeyinde son yedi günlük insidans değer-

leri de verilmektedir. Tüm televizyon kanallarında bu verileri yansıtan grafiklerle gün boyunca karşılaşılmaktadır. Üreme katsayısının nasıl hesaplandığını gösteren excel veritabanlarına tüm verileri ve açıklamaları ile birlikte ulaşmak, bu veri tabanından yararlanarak hesaplamaların nasıl yapıldığını öğrenmek, yapılan modellemelerin mantığını anlamak, örnek senaryoları ve bunlara dayalı önlem planlarını okumak mümkündür. Düzenli olarak yayımlanan epidemiyoloji bülteni de pandeminin güncel durumuna ait bilgileri sunmaktadır. Bu sürekli bilgi akışı, hükümetin, halk sağlığı dairelerinin, sağlık çalışanlarının ve toplumun kritik kararların alınmasına katılımını ve süreci doğrudan izleyebilmesini sağlamıştır (Wieler ve ark., 2020).

3.2. Başarı nedeni 2: Erken davranma ve epidemiyolojik göstergelere dayalı kararlar

RKE'nin pandemi öncesinde çeşitli senaryolar üzerinden hazırladığı influenza salgın planları hızla mevcut duruma uyarlanmış, eyalet hükümetlerine iletilmiş, böylece Almanya sürece ayrıntılı bir planlama ile başlamıştır (Wieler ve ark., 2020). Bavyera'da görülen ilk olgu kümelenmesinin ardından epidemiyolojik yöntemleri diğer disiplinlerin yöntemleri ile birlikte kullanan araştırmalar aracılığı ile COVID-19 enfeksiyonunun bulaşma süreci tanımlanmış, atak hızları, kuluçka süreleri ve seri aralıkları hakkında ayrıntılı bilgi elde edilmiş ve bu da halk sağlığı uzmanlarına salgının boyutunu tahmin etme ve uygun önlemlere karar verme olanağı sağlamıştır (Wieler ve ark., 2020).

Şubatın ilk gününde hükümet tüm sağlık çalışanlarına COVID-19 şüpheli vakaları 24 saat içinde bölgelerindeki halk sağlığı dairelerine bildirmekle yükümlü olduklarını iletmiş, 27 Şubat'ta doğrulanmış olgu sayısının 26'ya ulaşması üzerine, ulusal kriz yönetimi grubu kurulmuştur. Bir gün sonrasında ülkeye riskli bölgelerden gelenlerin değerlendirilmesine, tıbbi risk taşıyan ya da temas öyküsü olan kişilere ücretsiz test uygulanmasına, risk gruplarında tarama yapılmasına başlanmıştır. Almanya hastane ve huzurevlerindeki enfeksiyon hızlarının yönetiminde de görece hızlı davranmıştır. Kısa süre içinde bakım kurumlarında şüpheli ve doğrulanmış vakalar karşısında nasıl davranılacağına, salgın çıkarsa ne yapılacağına dair protokoller hazırlanmış, yaşlılara gençlere göre daha sık test uygulanmıştır (Wieler ve ark., 2020).

3.3. Başarı nedeni 3: Erken, yaygın ve ücretsiz test, kısa süre içinde başlayan temaslı izlemi

Pandemi Almanya'nın gündemine oturmadan kısa süre önce, 2020 yılının ilk günlerinde Berlin'deki Charité Tıp Fakültesi Viroloji Enstitüsü'nde Prof. Dr.

Christian Drosten ve ekibi SARS-CoV-2 virüsünün varlığını gösteren ilk spesifik testlerden birini geliştirmiş ve Dünya Sağlık Örgütü'ne kabul ettirmişti. Laboratuvarlarının, PCR tahlillerini yapmak ve tanı koymak için uygun uzmanlığa, akreditasyona ve donanımına sahip olması Almanya'nın test kapasitesini çok kısa süre içinde arttırmasını sağlamıştı. İlk olgunun hemen ardından temaslı takibi için yerel ve bölgesel kaynaklar harekete geçirilmiştir. Wuhan'dan 1 Şubat 2020'de Almanya'ya gelen uçağın tüm yolcularına test uygulanmış, semptom göstermediği halde testi pozitif çıkan iki yolcu test kararı vermek için semptom varlığının gerekli olmadığını göstermiştir (Wieler ve ark., 2020). Hükümet, 28 Şubat'ta, COVID-19 testinin sigorta kapsamında olmasını zorunlu tutmuş, kamuya ve özel sektöre ait tüm laboratuvarları kısa zaman içinde test yapabilir hale gelmeleri için teşvik etmiştir. Mayıs ortasında, COVID-19 hastalarıyla temas etmiş olabilecek risk altındaki asemptomatik gruplara özellikle de sağlık çalışanlarına ve huzurevlerinde yaşayanlara daha yaygın test yapılması kararı alınmıştır (Wieler ve ark., 2020). Mayıs'ın 11'inde Almanya'da pozitif vaka başına 18,6 test gerçekleştiriliyordu. Bu sayı İtalya (11,9), İspanya (8,4), Amerika Birleşik Devletleri (7), Birleşik Krallık (6,4) ve Fransa'dan (6,3) daha fazla, ancak Güney Kore'den (68,1) oldukça düşüktü (Wieler ve ark., 2020). Sonuç olarak, test kapasitesinin erken dönemde oluşturulması, test uygulama sıklığının yüksekliği ve testlerin ücretsiz olması Almanya'yı pandemi mücadelesinde pek çok ülkeden ayıran önemli bir nokta olmuştur. Erken ve yaygın test uygulaması hem olguların izole edilerek salgının yayılımını yavaşlatmış hem de yaşam kurtarıcı tedavinin daha doğru zamanda uygulanmasına olanak vermiştir. Diğer yandan temaslı izleme stratejisinin en başından itibaren daha agresif bir şekilde uygulanması gerektiği, örneğin kayak tatilinden gelenlere test yapılmamış olmasının salgının yayılımına yol açtığı belirtilmektedir (Bennhold, 04.04.2020).

RKE, daha hassas stratejilerin şekillenmesine yardımcı olacağı düşüncesiyle, toplumda yayılım hakkında üç kaynaktan veri toplamaya karar vermiştir. Kan donörlerinden alınan 5000 kan örneğinin yüzde kaçında antikor bulunduğunun 14 günde bir incelenmesi, pandemiden en yoğun şekilde etkilenen bölgelerde yaşayan 18 yaşın üzerindeki gönüllülerden oluşan yaklaşık 2000 kişilik bir örneğin serolojik değerlendirmesi ve ülke düzeyinde temsiliyeti olan bir örnekleme giren 15.000 kişiye tarama yapılması bu üç bileşenli araştırma yaklaşımını oluşturmuştur (Wieler ve ark., 2020).

3.4. Başarı nedeni 4: Hastane ve yoğun bakım kapasitesi

Reformların etkilerine rağmen Almanya yataklı tedavi hizmetlerinde özellikle de yoğun bakım alanında güçlü bir kapasiteye sahiptir. Ocak ayında ülkede yaklaşık 28.000 ventilatörlü yoğun bakım yatağı bulunuyordu, 100.000 kişiye 34 yatak anlamına gelen bu sayı İtalya (12), Hollanda (7) gibi pek çok ülkeye göre oldukça yüksekti. Pandeminin başında Almanya'da tüm hastanelerin yoğun bakım kapasiteleri hızla arttırılmış, ventilatörlü yatak sayısı 40.000'e çıkartılmıştır (Bennhold, 04.04.2020). Hatta yoğun bakım kapasitesinin uzun vadede yeterli olacağını gösteren raporlara dayanarak, hükümet 14 Mayıs'ta diğer AB ülkelerindeki hastalara ücretsiz yoğun bakım sağlayan bir yasayı kabul etmiştir (Wieler ve ark., 2020).

3.5. Başarı nedeni 5: Etkin salgın iletişimi

Merkel pandemi nedeniyle alınan ilk kapanma kararını 19 Mart'ta halka bir basın açıklaması ile duyurmuştur. Pandemiye Almanya'nın İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana karşılaştığı en büyük tehlike olarak tanımlayan Merkel, bilim çevreleri tarafından durumu militarize etmekle eleştirilmiş olsa da aşağıda yer alan cümleler açıklamanın salgın iletişimi açısından başarılı bir örnek olarak görülebileceğini yansıtmaktadır.

"... Politik kararları şeffaflaştırmamız ve açıklamamız açık demokrasinin bir parçasıdır. Eylemlerimizi ne kadar iyi gerekçelendirir ve anlatırsak o kadar iyi anlaşılırız. Bunu, ancak tüm vatandaşlar kendi ödevleri olarak algılayarlarsa başarabiliriz. ... Durum ciddi. Siz de ciddiye alın. Almanya'nın yeniden birleşmesinden, hatta ikinci Dünya Savaşı'ndan sonra ülkemiz tüm toplumun dayanışmasını gerektiren daha büyük bir zorluk ile karşılaşmadı. Salgının neresinde olduğumuzu, Federal Hükümetin ve Eyalet Hükümetleri'nin toplumumuzdaki herkesi korumak ve ekonomik, sosyal ve kültürel zararı sınırlamak için neler yaptığını size açıklamak istiyorum. ... Salgın hakkında söylediğim her şey hükümetin RKE uzmanları ve diğer bilim insanlarıyla sürekli olarak yaptığı görüş alışverişlerine dayanıyor. ...

Hastalar sadece istatistiklerde yer alan soyut sayılar değil, bir baba ya da büyükbaba, bir anne ya da büyükanne, bir eş ve bir insandır. Ve biz, her hayata ve her insana değer veren bir topluluğuz. ... Bu vesileyle hastanelerimizde ve sağlık sisteminde çalışan herkese hitap etmek istiyorum. ... Yaptığınız şey çok büyük ve kalbimin derinliklerinden size teşekkür ediyorum. ...

Sınırlamaların ne kadar dramatik olduğunun farkındayım, ... Bunların demokrasi anlayışımızı nasıl etkilediğini de biliyorum. ... Bir demokraside, bunlar asla hafife alınmamalı ve sadece geçici uygulanmalıdır.

Stok yapmak her zaman mantıklıdır. Ama ölçülü olmak koşulu ile. Bir daha asla bir şey bulunmayacakmış gibi davranmak hem anlamsızdır hem de dayanışmaya tamamen ters düşer. ... Bir salgın bize birlikte hareket ederek birbirimizi nasıl koruyup güçlendirebileceğimizi gösterdi. ...

Bu dinamik bir durum, biz değerlendirmeye ve başka araçlarla yanıt vermeye hazır olmak için öğrenmeye devam edeceğiz. Size bunları da açıklayacağız. ... Bu nedenle sizden rica ediyorum: Lütfen söylentilere değil, çok sayıda dile çevirdiğimiz resmi açıklamalara inanın. Biz bir demokrasiyiz. Baskıdan değil, paylaşılan bilgidir ve iş birliğinden beslenerek yaşıyoruz. ...”
(Federal Almanya Cumhuriyeti websayfası, 2020).

Gerek Merkel ve Sağlık Bakanı gerekse Hükümet’in diğer yetkilileri sürekli olarak RKE’nin verilerine atfata bulunmakta, kararlarının gerekçelerini üreme hızı, olgu-fatalite hızı gibi epidemiyolojik kavramlar ve sağlık sisteminin kapasitesine dair göstergeler kullanarak açıklamaktadır. Hükümetin bilim insanlarının önerileri doğrultusunda adım attığını her fırsatta belirtmesi ve ilk dalgada izlediği şeffaf yönetim anlayışı toplumun güveninin kazanılmasında ve önlemlere uyumunun sağlanmasında etkili olmuştur. Pandeminin başından bu yana televizyon kanallarında Merkel’den çok RKE başkanı Professor Dr. Wieler’e rastlanması da Türkiye’de alışık olmadığımız bir durumdur. Benzer şekilde SARS-CoV-2 testini geliştiren Prof. Dr. Drosten de Almanya’nın en popüler yüzlerinden biri haline gelmiştir.

3.6. Başarı Nedeni 6: Eyalet düzeyinde verilen kararlar

Eyalet hükümetleri kendi bölgelerindeki epidemiyolojik göstergeleri ve sağlık sisteminin kapasitesini dikkate alarak Mayıs 2020’de önlemleri aşamalı olarak gevşetmeye başlamıştır **(Wieler ve ark., 2020)**. Eyaletlerin hareket alanlarının genişliğini okullar açısından izledikleri yollar örneğinde anlayabiliriz. Haziran’da tüm eyaletlerde okul ve kreşlerde düzenli eğitime geri dönülmüştü, ama aralarında alınan önlemler bakımından farklar vardı. Örneğin pandemi ile ilk karşılaşan Bavyera’da okullar 8 Eylül’de açıldığında, olgu sayısına göre belirlenen dört önlem aşaması tanımlanmıştır. İlk aşamada öğrenciler derslikteki yerlerini alana kadar maske takmak zorundayken, ikinci aşama derste de maske zorunluluğunu getirmekte, üçüncü aşamada sıkı bir mesafe

kuralı eklenmekte, son aşama okulların kapatılmasını içermektedir. Baden-Württemberg’de 14 Eylül’de açılan okullarda beşinci sınıftan itibaren derslik dışındaki tüm alanlarda maske takmak zorunlu tutulmuş, çocuklarının okula gitmesini istemeyen anne babalara herhangi bir form olmaksızın uzaktan eğitim talep etme hakkı verilmiş, tüm kreş ve okul çalışanlarına gönüllüğe dayalı olarak Ağustos ortasından Eylül sonuna kadar iki kez ücretsiz test yaptırma olanağı sağlanmıştır. Kuzey’de yer alan Bremen eyaletinde okullar 27 Ağustos’ta açıldığında okul yönetimlerine ne zaman ve nerede maske takılacağını belirleme yetkisi verilmişti. Eyaletin kararlarını, çocuk ve gençlerin eğitim ve katılım hakkını koruma ilkelerinin şekillendirdiği belirtilmiş, evde eğitime geçilirse olanakları olmayan öğrencilere okulda eğitim vermeye devam edileceği açıklanmıştı. Okulların erken bir tarih olan 17 Ağustos’ta açıldığı Saarland’da maske takmak yaz mevsimi ve pedagojik nedenlerle gönüllülüğe bırakılmış, risk grubunda yer alan çocukların doktor raporu ile okula gitmekten muaf tutulabileceği ve sınavlara girmeleri için ayrı odalar sağlanacağı bildirilmişti. **(Redaktionsnetzwerk Deutschland a., 03.08.2020).**

3.7. Başarıya gölge vuranlar: insan gücü ve kişisel koruyucu ekipman eksikliği, sağlık emekçilerinde ilk tükenme sinyalleri

Pandemi Almanya’da yıllardır uygulanan ve Bakan Spahn döneminde en üst düzeyine ulaşan mümkün olan en az sayıda sağlık çalışanı istihdam etme politikasının ne kadar tehlikeli olduğunu tüm açıklığı ile ortaya çıkartmıştır. Özellikle, bakım emekçilerinin tükenmişliğe doğru gidişi salgının daha ilk haftalarında başlamıştır. COVID-19 testi bulmakta sorun yaşamayan Almanya, kişisel koruyucu ekipman (KKE) tedarikinde sınıfta kalmış, ülkede 100 milyondan fazla tek kullanımlık maske, 50 milyon filtre maskesi ve 60 milyon önlük ve tek kullanımlık eldiven açığı ortaya çıkmıştır. Tüm bunlar, sağlık emekçilerini 27 Nisan’da çalışma koşullarını ve yeterince KKE’ye ulaşamamalarını protesto eden bir eylem düzenlemeye yönlendirmiştir **(Wieler ve ark., 2020)**.

3.8. Özetle ilk dalgada Almanya

Almanya’da gerçek anlamdaki birinci basamak sağlık hizmetlerinin varlığından bahsedilemeyeceğini sağlık sisteminin temel özelliklerini tanımlarken belirtmiştik. Dolayısıyla halk sağlığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin bütünleşik bir pandemi yönetimi söz konusu olmamıştır. Yereldeki halk sağlığı daireleri çok sınırlı olan insan güçleri ile temaslı izlemi yapmaya çalışmıştır. Açığı kapatmak için tıp öğrencileri gibi gruplar eğitim verildikten sonra ücret karşılığında çalıştırılmıştır **(Wieler ve ark., 2020)**. Örneğin,

Dünya'nın önde gelen tıp fakültelerinden birine ev sahipliği yapan Heidelberg'de "corona taksi" adı verilen girişim kapsamında tıp ve hemşirelik öğrencileri beş gündür hasta olan kişileri evlerinde kontrol edip, durumlarında en ufak bir kötüleşme varlığında hastane yatışlarını gerçekleştirmiştir. (**Bennhold, 04.04.2020**). Diğer yandan, aynı olanaklara sahip olmayan, örneğin tıp fakültesi bulunmayan, üstelik halk sağlığı ekipleri de çok daha zayıf şehirlerde böyle güzel başarı öyküleriyle karşılaşılmamaktadır.

4. 2020 Sonbaharında Gelen İkinci Dalga ve Madalyonun Öbür Yüzü

Yaz ayları biterken Almanya'da halk artık önlemlerden sıkılmıştı, 29 Ağustos'ta Berlin'de 40.000 kişilik bir protesto eylemi düzenlendi. Merkel'in protestoculara yanıtı "enfeksiyon sayıları yeniden artmaya başladı, böyle yaparak son aylarda elde ettiklerimizi riske atıyoruz" oldu. Ekim'in 22'sinde günlük yeni enfeksiyon sayısı ilk kez 10.000'i aşmıştı. RKE bunun sosyal amaçlı buluşmalardan kaynaklandığını düşünüyordu ve 2 Kasım'da kısmi kapanma tekrar başladı. Tam bir hafta sonra Biontech'in geliştirdiği aşından ilk ümit verici haberler geldi. Bu arada protestolar devam ediyordu ve 18 Kasım'da Berlin'de yine bir gösteri düzenlendi. Ama değişen bir şey olmadı, hatta 25 Kasım'da sınırlamalar daha da uzatıldı. Çünkü, RKE verilerine göre enfeksiyon sayısı milyonu aşmıştı. Hatta, 16 Aralık'ta sınırlamalar daha da katılaştı ve küçük işletmeler kapatıldı. Bir gün içinde rapor edilen enfeksiyon sayısının 30.000 civarında olması bu kararın temel nedeniydi. Biontech'in aşısının 21 Aralık'ta Brüksel'den şartlı pazarlama onayı alması ve böylece AB'de uygulanmaya başlanabilecek olması ise iyi haberdirdi. Aşı uygulaması 26 Ocak'ta bir yaşlı bakım evinde başladı, 101 yaşındaki bir kadın Almanya'da aşı yapılan ilk kişi oldu. Önce 80 yaş üzerindeki, bakım evlerinde kalanlara ve çalışanlara ve özellikle riskli grupta yer alan hastane çalışanlarına aşı yapılacağı açıklandı. Ocak ortasında olgu sayısının iki milyona ulaşması üzerine sınırlamalar bir ay daha uzatıldı ve kamusal alanlarda kullanılan maskenin en az FFP2 tipinde olması zorunlu tutuldu. (**Redaktionsnetzwerk Deutschland.b., 27.01.2021**). FFP2 maskelerin fiyatlarının yüksek olması medyada yoğun şekilde eleştiriliyor, Sağlık Bakanlığı'nın 60 yaş üzerine, kronik hastalara ve işsizlere vereceği maske desteği ise yetersiz bulunuyordu. Ocak ayının 22'sinde Almanya'da SARS-CoV-2 enfeksiyonu ile doğrudan ya da dolaylı ilişkili olarak 50.000 kişi yaşamını kaybetmişti. Sağlık Bakanı Spahn, sınırlamaları erken bıraktığı takdirde zararları yararından daha fazla olan antibiyotiklere benzetti ve önlemlerin devam edeceğini söyledi. Aşının ilk dozunu olmuş olan kişi sayısı 25 Ocak'ta 1.5 milyona ulaşmıştı. (**Redaktionsnetzwerk Deutschland.b., 27.01.2021**).

Fakat Şubat başında aşı tedarikinin yeterli olmadığına dair haberler Almanya'nın gündemine oturdu. Eleştirilerin merkezinde planlama yapamamakla suçlanan Bakan Spahn yer alıyordu. Diğer yandan Spahn 5 Şubat'taki basın açıklamasında "virusun Almanya'ya girmesinden tam bir yıl sonra yaklaşık üç milyon doz aşı yaptık ve yaşlı bakım evlerinde yaşayanların %80'i aşılandı, bu büyük bir başarı" diyerek kendisini savunuyordu. Aynı toplantıda RKE başkanı Wieler varyant virus, SARS-CoV-2'nin daha tehlikeli olduğunu açıkladı. Şubat'ın ortasında yoğun bakım çalışanlarına prim verileceği, herkese ücretsiz olarak sağlık çalışanları tarafından hızlı antijen testi yapılacağı, gelecek haftalarda kendi kendine yapılabilen testlere erişimin de mümkün olacağı açıklandı ve 18-64 yaş arasına AstraZeneca'nın ürettiği aşının yapılmasına başlandı. Bu arada virüs mutasyonunun ülke çapında yayılmaya devam ettiği yönündeki uyarılar devam ediyordu (**Federal Almanya Sağlık Bakanlığı websayfası.a., 2021**).

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre 15 Mart itibari ile Almanya'da toplumun %8.1'i en az bir doz, %3.5'i iki doz aşı olmuştu. Bu tarihe kadar ülkede yapılan toplam 12.495.345 doz aşının 8.753.745 dozu BioNTech/Pfizer, 3.062.400 dozu AstraZeneca ve 679.200 dozu Moderna şirketlerinin üretimi idi. Aşı olanların %44.5'ini sağlık ve bakım emekçileri, %43.7'sini yaşlılar, %16.3'ünü bakımevinde yaşayanlar, %4.7'sini kronik hastalığı olanlar oluşturuyordu. (**Federal Almanya Sağlık Bakanlığı websayfası.b., 2021**). Özellikle, ikinci dalga ile birlikte, Almanya'nın en sevilmeyen yüzü haline gelen Sağlık Bakanı Spahn'ın AstraZeneca'nın aşısının risklerini öngöremediği, BioNTech aşısının daha erken dönemde ve daha yaygın olarak, örneğin aile hekimleri aracılığı ile uygulanmasını sağlayamadığı, duyarlı grupları yeterince desteklemediği, sağlık emekçilerini tükenmeye terk ettiği ve tüm bu nedenle istifa etmesi gerektiği yönündeki (**RP Online websayfası, 17.03.2021**) sesler giderek yükseldi. Mart başından itibaren marketlerde bile satılacağı söylenen hızlı testler ayın ortasına gelindiğinde halen ortada yoktu. Bu arada aşı yaptırmayanlara seyahat engelleri gelip gelmeyeceği, yaklaşan paskalya tatilinde yurtdışında tatil yapmanın mümkün olup olmayacağı gündelik sohbetlerin en popüler konusu olmuştu.

Mart ortasına kadar getirdiğimiz Almanya'nın pandemi öyküsü ikinci dalgada oldukça sorunlu geçmiş, Merkel hükümeti ve Sağlık Bakanı Spahn ikinci dalgada eleştiriye çok açık bir pandemi yönetimi izlemiştir. Pandemi, toplumdaki eşitsizlikleri çok daha derin, hassas grupları çok daha kırılğan hale getirmiş, uzun yıllardır neoliberal reformların

saldırısı altındaki sağlık emekçilerinin yaşamı çok daha zorlaşmış, maliyet sınırlama politikalarının sonuçları pandemi döneminde nitelikli sağlık ve bakım hizmeti alma olasılığını çok zayıflatmıştır. Aşağıda Almanya'yı pandeminin birinci dalgasının ikinci yarısından itibaren başarısız olarak değerlendirmemizin nedenleri dört başlık altında açıklanmıştır.

4.1. Başarısızlık Nedeni-1: Varsıllarla başlayıp, yoksullara geçen bir enfeksiyon öyküsü ve derinleşen eşitsizlikler

Almanya'da COVID-19 ile ilk tanışan genç, sağlıklı, eğitilmiş ve varlıklı kesim olmuş, ama hastalık kısa süre içinde sınıf değiştirmiş ve hem enfeksiyonun hem de kısıtlamaların darbesinden en ağır etkilenenler, yoksullar, evsizler, bakıma muhtaçlar, madde bağımlıları, seks işçileri, aile içi şiddet mağdurları, yalnız yaşayan yaşlılar, işsizler, düşük gelirli emekliler, sosyal yardım ile geçinmek zorunda olanlar, sözleşmeli işçiler, mevsimlik işçiler, kalıcı oturma iznine sahip olmayan göçmenler, dil sorunu yaşayan göçmen ailelerin çocukları, sığınmacılar, kronik hastalar gibi pandemi öncesinde de kırılgan olan gruplar olmuştur (Koester, 26.06.2020) (Butterwege, 09.09.2020). Çocuklu ailelerin, özellikle kadınların iş gücü pazarındaki durumlarının giderek zorlaşacağı, geleneksel aile içi rollerine dönmek zorunda olan kadınların pandeminin sıradaki mağdurları olduğu açıklanmaktadır (Sell 06.11.2020). RKE'nin yaptığı bir çalışma da salgının sınıf değiştirme sürecini kronolojik olarak ortaya koyan veriler sunmuştur. Bu çalışmaya göre, salgının ilk dönemleri olan Nisan ortasına kadar Almanya'nın daha varlıklı bölgelerinde daha yüksek bir insidans gözlenirken, ilerleyen dönemlerle birlikte yoksul bölgeler çok daha yoğun bir şekilde etkilenmiştir (Wachtler ve ark., 2020).

Pandemi Almanya'da zenginleri daha da zenginleştirirken, yoksulların sayısını arttırmıştır. Salgının ilk günlerinde düşük hisse senedi fiyatları karşısında küçük hissedarların panikle ellerindekilerini satması, büyük yatırımcıların ise düşük fiyatlarla alım için uygun zamanı yakalayarak diğerlerinin zararından para kazanmış olması, zenginlerin pandemide nasıl daha da zenginleştiklerinin küçük bir örneği olarak paylaşılabilir (Butterwege, 09.09.2020). Hans Böckler Vakfı (2020) tarafından yapılan çalışma, pandeminin yol açtığı gelir kaybından en çok etkilenenlerin iş gücü pazarının en dış halkalarında olan, düşük gelirli ve güvenlik mekanizmalarından yararlanamayan kişiler olduğunu ayrıntıları ile göstermektedir. Elde edilen sonuçlara göre, gelir kaybının ana nedenleri kendi adına çalışanların ciro kaybı ve kısa süreli çalışma ödeneğidir. Gelir kaybını telafi etmeye yönelik ek ödemelerden toplu sözleşmeli çalışanların %52'si, sınırlı süreli ve bireysel sözleşmelerle çalışanların ise %27'si yararlanabilmiştir (Hans Böckler Stiftung, 14.12.2020).

Pandemi, Almanya'da kimsenin görmeyi istemediği mevsimlik göçmen işçi sömürsünü de gözler önüne sermiştir. AB içindeki serbest dolaşım, Almanya'da Doğu Avrupa ülkelerinden gelen, çalışma ve barınma koşullarının son derece olumsuz olduğu işlerde birkaç ay boyunca çok düşük ücretler karşılığında çalıştıktan sonra ülkesine geri dönen bir emek gücü yaratmıştır. Bundan en çok yararlanan iş kolları arasında et ve tarım sektörünün yanı sıra yaşlı bakımı yer almaktadır. İlkbaharda sınırlar kapatıldığında, Alman çiftçilerin işçileri olmadığı için ürünlerinin tarlada kalacağını açıklamaları üzerine özel bir izinle kuşkonmaz kesmek için 80 bin Romanyalı'nın uçakla Almanya'ya getirilmesi, yaklaşık 300.000 yaşlıya evlerinde kalan Doğu Avrupalı kadınlar tarafından bakılıyor olması bu emek gücünün ülke açısından önemini gösteren örneklerdir. Göçmenlerin ne koşullarda çalışıp yaşadıkları bilinen, ama üzerinde konuşmayı kimsenin sevmediği bir gerçek iken çevredeki yerleşik nüfus açısından enfeksiyon riski oluştuğunda gündemin en önemli konularından biri haline gelmiştir. Haziran'da önce bir et tesisinde, ardından bir çiftlikte çıkan salgınlarda da binlerce göçmen işçi, etrafı çitlerle kapatılmış olan kalabalık barınaklarında tamamen belirsiz sürelerle karantina altına alınmıştır. (Szymanowski, 16.12.2020).

Pandemide Almanya'nın karantinaya mahkûm ettiği bir başka grup sığınmacı merkezlerinde yaşayanlar olmuştur. RKE, pandeminin erken dönemlerinde toplam sayısı 200.000'ni aşan sığınmacıların nasıl korunabileceği konusunda açıklama yapmış, risk gruplarının ve yakınlarının ayrı bir yerde tutulmasını önermiş, toplu bir karantinanın olası ağır sonuçları konusunda yetkilileri uyarmıştır. Buna rağmen, 30 merkezde yaşayan toplam 7 295 sığınmacıya toplu karantina uygulanmış, kamp ya da merkezlerin etrafına ek çitler dikilmiş, polis güçleri, özel güvenlik şirketleri veya ordu aracılığı ile sığınmacılar hem yerden hem de havadan kontrol edilmiştir. Böylece Almanya'da her yaşamın eşit olarak korunması gerektiğini belirten Enfeksiyon Koruma Yasası ihlal edilmiş, mevsimlik işçilerin ve sığınmacıların sağlık ve yaşam hakkı, enfeksiyonun yerleşik halka yayılmasını önleme adına yok sayılmıştır (Bozorgmehr ve ark., 2020). Diğer yandan politikacılar açısından göçmenlerin "sorumsuz" davranışlarını salgının yayılmasının gerekçesi olarak göstermek oldukça kolay bir yol olmuştur. "Müslüman oldukları için aynı hane içinde çok sayıda kişi birlikte yaşıyorlar", "ramazanda hep birlikte yemek yiyorlar", "Romanya'ya evlerine gittiklerinde hiç dikkat etmiyorlar" gibi bulaşma yollarını kültürle ilişkilendiren söylemler çok rahat ifade edilir hale gelmiştir (Koester, 26.06.2020).

4.2. Başarısızlık nedeni-2: Biyomedikal bakış açısı ile sınırlı pandemi yönetimi

Almanya'da hem merkez hükümet hem de eyalet hükümetleri ilk dalgada izledikleri ya da izledikleri algısını yarattıkları bilim insanlarının önerilerine

göre adım atma politikasını ikinci dalgada devam ettirememiştir. RKE başkanı Professor Dr. Wieler, SARS-CoV-2 testini geliştiren Prof. Dr. Drosten, Almanya'nın aşı kahramanları Prof. Dr. Uğur Şahin ve Dr. Özlem TÜreci pandemi günlerinin en popüler isimleri olmuştur. Ama Merkel'in uzman seçiminde şeffaf olmadığı, politik olarak işine gelen insanları seçtiği, pandeminin virologlar aracılığı ile yönetildiği, medikal bakış açısı yeterli olmadığı, sosyal bilim, halk sağlığı, ekonomi ve hukuk uzmanlarının da sürece dahil edilmesi ve bunun için disiplinler arası bir pandemi kurulu toplanması gerektiği belirtilmektedir (**Reifenrath ve Haas, 25.01.2021; Bündis 90. Die Grünen Bundestagfraktion. 2020**)

Alman Kanıtı Dayalı Tıp Aşının kurucusu olan biyo-istatistikçi Prof. Dr. Gerd Antes (**10.03.2021**), pandemi kontrolünün ne kadar bilime ve doğru verilere dayalı olarak yürütüldüğünü sorguladığı konferansında benzer eleştirileri eyalet pandemi kurullarının uzmanlık bileşenlerinden örnekler vererek dile getirmiştir. Antes, sayılarla ilgili ciddi belirsizliklerin varlığında politikacıların aldıkları kararların kanıtı dayalı olduğu konusunda ısrarcı olmalarını eleştirmiş, hızlı testlerin uygulamaya girmesi ile pandeminin veriye dayalı olarak yönetiminin tamamen olanaksız hale geleceğini açıklamıştır. Yapılan test sayısının, testlerin ne kadarının pozitif çıktığının, testlerin toplumdaki pozitiflerin ne kadarını saptayabildiğinin, test sonucu pozitif olanların ne kadarının gerçekten de pozitif olduğunun, kişilerin testi ne derece doğru uygulayabildiğinin bilinmeyeceği bir ortamda epidemiyolojik izlemin söz konusu olamayacağını, testlerin Sağlık Bakanlığı'nın iddia ettiği gibi öz sorumluluğu güçlendirmeyeceği, ama kendisinin yaptığı teste göre negatif çıkıp aslında pozitif olan pek çok kişi aracılığı ile yayılımı arttıracığını belirtmiştir.

Sonbaharda enfeksiyon sayılarının artışı ve sosyal yaşamı kısıtlayan önemlerin daha da sıkılaştırılması Federal Hükümet'in kriz yönetimi politikasına yönelik eleştirileri sertleştirmiş ve toplum içindeki memnuniyetsizlik artmıştır. Hans Böckler Vakfı'nın çalışanlar arasında yaptığı araştırma, sağlığı ile ilgili endişe etme sıklığının yazın %12 iken, ikinci dalgada %70'e çıktığını, hükümetin önlemlerinden memnun olanların yüzdesinin 65'ten 55'e düştüğünü, memnuniyetsizliğin gelir düzeyi düşük olanlar arasında daha yaygın olduğunu göstermiştir (**Hans Böckler Stiftung, 14.12.2020**). Pandemi önlemlerine dair kararların diğer partilerin görüşlerine ve onayına başvurmadan ve kamuoyunda tartışmadan alınıyor olması hem sol hem de sağ muhalefetin sık bildirdiği bir eleştiri olmuştur. Örneğin, Yeşiller toplumun güven ve uyumunun sağlana-

bilmesinin kamuoyuna açık bir tartışma ve parlamento onayı gerektirdiğini, toplumun genel hijyen talimatlarının ötesine geçen daha spesifik davranış önerilerine gereksinim duyduğunu, tehditler ve korkutma taktiklerinin modern sağlık ve risk iletişiminin bir parçası olmadığını belirtmiş, hastalığı şiddetli geçirme riski olan kişilerin ücretsiz maske sağlanması, günlük gereksinimlerinin karşılanması gibi önlemlerle daha iyi bir şekilde korunmasını ve herkesin kamusal hayata katılabilmesinin olanaklı kılınmasını savunmuştur (**Bündis 90 / die Grüne. Bundestagfraktion websafyası, 02.11.2020**).

4.3. Başarısızlık nedeni-3: Özelleştirilmesinin intikamını alan sağlık sistemi ve tükenen emekçileri

Sol muhalefet, sendikalar ve diğer emekçi örgütleri gerek basın açıklamaları gerekse yayımladıkları makaleler aracılığı ile pandeminin Almanya'da on yıllardır izlenen neoliberal politikaların yarattığı tahribatı tüm açıklığı ile ortaya koyduğunu, yıkıcı rekabet üzerine kurulu bir sağlık sisteminin pandemi gibi bir yük ile baş etmesinin beklenemeyeceğini, sistemin özelleştirilmesinin ve kâr yönelimli hale getirilmesinin intikamını aldığını ifade etmektedir (**LabourNet websafyası, 2020; Dohmen ve Pater-noga, 2020; Süddeutsche Zeitung, 12.04.202; Lange, 13.04.2020; Die Linke websafyası, 2020**).

Eyalet Hükümetleri'nin yatırım harcamalarını sınırlama ve maliyetleri azaltma stratejilerinin beldelini sağlık emekçileri taşeronlaşma, gelir kaybı ve işten çıkartılma olarak yaşamakta, bundan en fazla temizlik, ulaşım, gibi hasta bakımı ile doğrudan ilgili olmadığı düşünülen sağlık emekçileri etkilenmektedir. Sağlık Bakanı Spahn'ın yoğun bakımlarda bile çalışan sayısını en düşük düzeye indirdiği bu ortamda (**Peter, 17.6.2020**). Almanya'nın yoğun bakım yatağı sayısı bakımından Avrupa birincisi olması bir anlam ifade etmemektedir. Solunum cihazı ve yoğun bakım yatağı sayısının yüksek olmasının ve ücretsiz erişimin toplumda sahte bir güvenlik duygusu yarattığını, ama bu yatakların önemli bölümünün personel eksikliğinden dolayı kullanılmadığını açıklayan sağlık emekçileri, yaşanan durumu "yataklar hasta bakmaz" sloganı ile özetlemektedir (**Sell, 01.11.2020**). Alman Dahili Yoğun Bakım ve Acil Tıp Derneği'nin yaptığı araştırma da sorunun yatak sayısı değil, emek gücü yetersizliği olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmaya katılan binin üzerinde yoğun bakım emekçisinin %97'si emek gücünün yoğun bakım yataklarının etkin kullanımı için yetmediğini belirtmiştir. Katılımcıların sadece %24'ünün çalıştıkları hastanelerin kriz durumunda bakım personeli sayısının artırılmasına yönelik bir

planı olduğunu düşünmesi, bunların arasında bu ek emek gücünün yeterince eğitilmiş olacağına inanların %16'yı oluşturması, Dernek tarafından kaliteli ve güvenli bir yoğun bakımın geleceği açısından çok endişe verici bulgular olarak yorumlanmıştır. Yoğun bakım alanında eğitilmiş emek gücü açığının 4.000 çalışandan daha fazla olduğu bildirilmektedir (**Aerzteblatt websayfası.a., 02.11.2020**).

Alman Dahili Yoğun Bakım ve Acil Tıp Derneği'nin çalışması yoğun bakım emekçilerinin çalışma koşulları açısından da olumlu bir tablo çizmemektedir. İki katılımcıdan biri kendilerine sağlanan koruyucu ekipmanı pandemi öncesine göre daha az nitelikli bulunduğunu, %93'ü çalışma koşullarının daha da kötüleşmesinden endişe duyduğunu, %48'i çalışma motivasyonlarının pandeminin ilk dalgasına göre daha düşük olduğunu belirtmiştir. Çalışmanın bir diğer bulgusu okul çağında çocuğu olan on katılımcıdan yedisinin semptomları olsa bile alternatif bir bakım olanağı olmadığı için çocuğunu okula göndermek zorunda olduğunu, belirtmiş olmasıdır (**Aerzteblatt websayfası.a., 02.11.2020**). Sağlık emekçileri, 2020 yazı boyunca çeşitli platformlarda kişisel koruyucu ekipman bulamamaktan ve test sayısının çok az olmasından yakınmakta, hastane yönetimlerinin özellikle temizlik, laboratuvar vb. destek alanlarda çalışanları korumaya değer gruplar olarak görmediği ifade edilmektedir (**Peter, 17.6.2020; Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft websayfası, 2021; LabourNet websayfası, 2020**).

Frankfurt Üniversite Hastanesinin 300'den fazla çalışanınin kamuoyuna açık bir mektup yayımlayarak, Alman ligindeki futbolculara ve meclis üyelerine rutin olarak test yapılırken kendilerinin sadece semptom varlığında teste ulaşabildiklerini yazmış ve rutin test için sponsor aradıklarını belirtmiş olmaları, sağlık emekçilerinin durumunu yansıtan örneklerden sadece birisidir. Mektubun imzacılarını mahkemeye veren hastane yönetimi, Verdi sendikasına göre çalışanları sindirme çabası içindedir. Diğer yandan sağlık emekçilerinin mektuplarının yayımlandığı internet platformlarından aynı baskıcı politikaların çok sayıda hastane ve klinikte de hakim olduğu anlaşılmaktadır (**Lübben, 24.10.2020; Hornung, 18.06.2020; Bochumerbund. Die Pfliegergewerkschaft websayfası, 2020**). Federal Sağlık Bakanlığının aldığı 15 Ekim'den itibaren ülke çapında yatarak tedavi gören ve uzun süreli bakım kurumlarında kalan hastalara ve bu hastalara hizmet veren sağlık çalışanlarına rutin olarak test yapılması kararı ise çok geç atılmış bir adım olarak değerlendirilmiştir (**Bochumerbund. Die Pfliegergewerkschaft websayfası, 2020**).

Sağlık emekçilerinin sabrını taşıyan adımlar arasında sonbaharda bazı eyaletlerde 31 Mayıs 2021'e kadar işverenlere bakım personellerini günde 12 ve haftada 60 saate kadar çalıştırma izni verilmesi (**Aerzteblatt.de.b., 2020**) ve test sonucu pozitif çıkan hafif semptomlu bakım personelinin COVID-19 kliniklerinde hizmet vermeye devam ettirilmesi olmuştur (**medinfoweb.de websayfası, 2020**). Diğer yandan enfeksiyon bildiriminde mesleğin belirtilmiyor olması, enfekte olan sağlık emekçisi sayısının belirlenmesini önlemektedir (**Mittler, 14.07.2020**).

TİG ödeme modeline, kamu hastanelerinin sayısını azaltma ve özelleştirme politikalarına yönelik eleştirilerin sesi Almanya'da pandemi ile birlikte çok daha gür çıkmaya başlamıştır. TİG modelinin hastaneleri para kazanmak için sadece belirli tedavileri uygulamaya yönlendirirken, koruyucu ekipman kapasitelerini geliştirmeye teşvik etmediği, bu etkinin de özellikle özel hastaneler açısından geçerli olduğu belirtilmektedir. (**Peter, 17.6.2020; Krankenhaus statt Fabrik websayfası, 2021; LabourNet websayfası, 2020**). Federal Sağlık Bakanlığı, pandemi sırasında hastaneleri ertelenebilir tüm vaka ve operasyonlardan kaçınmaya ve COVID-19 hastaları için boş yatak ayırmaya yönlendirmiş, 2020 Mart'ından itibaren boş tutulan her bir yatak için hastanelere günlük olgu başına 560 Euro ödeme yapılmıştır. Bunun yanı sıra, hastanelerin gelir kayıplarını telafi etmeye yönelik kişisel koruyucu ekipman ödemeleri gibi başka uygulamalar da olmuştur (**Federal Almanya Sağlık Bakanlığı websayfası.a., 2021**). Vergilerden kaynaklanan bu maddi desteğin 2020 sonunda, 7 milyar Euro'nun üzerinde olduğu tahmin ediliyordu. Fakat kliniklerin vergilerden kaynaklanan bu maddi destekleri nerede ve nasıl kullandıklarının belirsiz olduğu, buna dair sayısal veri bulunmadığı, özellikle yeni yoğun bakım yatakları için verdiği 534 milyon Euro'nun nereye gittiğini Federal hükümet'in kendisinin bilmediği konuşulmaktadır (**Sell, 30.06.2020**). Önemli bir bölümü, büyük zincir şirketlerden oluşan özel hastanelerin hükümetin yardım paketinden yararlanırken, çalışma biçimlerini kamu hastaneleri ile aynı ölçüde değiştirmedikleri, büyük hastane veya üniversite kliniği şeklindeki kamu hastaneleri açısından ise tazminat ödemelerinin yetersiz kaldığı açıklanmaktadır. Sonuç olarak, özel hastaneler büyük kârlar elde ederken, kamu hastanelerinin önemli bölümü ciddi bütçe açığı içindedir. Özel hastanelerin kârlarını arttırmalarında pandemi krizini kullanarak sağlık emekçilerini kısa süreli çalışmaya ayrılmaya zorlamasının, gereksinim olduğunda işe çağırarak, düzensiz ve aşırı uzun mesailer yaptırmasının ve tüm

bunlara razı olan ucuz emegücünü tercih etmesinin de büyük etkisi olmuştur (**Rast, 16.04.2020**). Aktuelle Sozialpolitik adlı dergide, 13 Ekim'de yayımlanan bir makalede özel hastanelerde yaşananlara örnek olarak, bir katolik hastanesinin işletmecisinin pandemiden nasıl çıkar sağladığı, çalışanların Verdi sendikasına gönderdiği, 160 mektup aracılığı ile aktarılmış, isimlerinin açıklanmasını istemeyen bu mektupların yazarları hastanelerinde bir korku ikliminin yaşandığını açıklamıştır (**Sell, 13.10.2020**).

Pandemide özelleştirilmenin intikamını alan bir diğer alan yaşlıların ve özel gereksinimi olan kişilerin bakımı olmuş, bakımevlerinin koşullarının hem sakinlerini hem de çalışanlarını enfeksiyondan koruyamadığı tüm açıklığı ile ortaya çıkmıştır. Özelleştirmelerin ardından bakımevlerinin denetlenemez hale geldiği, en fazla COVID-19 ölümlerinin de denetim mekanizmalarının ulaşamadığı özel kurumlarda gerçekleştiği belirtilmektedir (**LabourNet Germany websayfası, 2021**) Uzun erimli bakımın finansman ayağı da sorunludur. Bakım sigortasına gelir düzeyi yüksek olan bireylerin dahil olmaması maddi kaynakların çok sınırlı kalmasına neden olmakta, bakım emekçileri dayanışmacı bir sigorta yapısı sağlanmadıkça bakımın ileride daha da kötüleşeceğini açıklamaktadır (**LabourNet Germany websayfası, 2021**).

İkinci dalga halk sağlığı dairelerini de vurmuş, büyük bölümü daha önce yürüttüğü temaslı takibi ve benzeri çalışmaları devam ettiremez hale gelmiştir. Bu soruna dikkat çeken Yeşiller, yerel halk sağlığı hizmetlerinin maddi kaynaklar ve insan gücü açısından çok daha iyi bir duruma getirilmesi gerektiğini, buna RKE'nin halk sağlığı ve enfeksiyondan korunma alanındaki yetkinliklerinin güçlendirilmesinin de dahil olduğunu açıklamıştır (**Bündnis 90/die Grünen websayfası, 2021**).

Pandemi, Almanya'da, kendilerini sağlık politikası hakkında söyleyecek bir sözü olan gruplardan, örgütlerden ve kişilerden oluşan bir platform olarak tanımlayan bir sağlık emekçisi örgütlenmesini doğurmuştur. Taleplerini sağlık sistemindeki kâr merkezli yaklaşıma son verilmesi, sağlığın toplumsallaştırılması, tüm sağlık mesleklerinin kendi kaderini kendisinin belirlemesi, çalışma sürelerinin 12 saatin üzerine çıkmaması, adil ve emeğin karşılığı olan ödeme olarak özetleyen platform, "Spahn'ın son derece tehlikeli olan personel sayısını en alt sınırdaki tutma politikası yerine, gereksinim ve kalite yönelimli istihdam, parçalara ayrılmış ve profesyonellikten uzaklaşmış bakım yerine, nitelikli ve insani bakım, piyasa odak-

lılığın ve kârın yerine halkın demokratik kontrolü, iki sınıf tıp yerine herkes için dayanışma ve vatandaş sigortası!" istediğini ifade etmektedir (**Berliner Bündnis Gesundheit statt Profite, 15.06.2020**). Taleplerinin dikkate alınmadığını gören sağlık emekçileri, 30 Eylül 2020 tarihinde pandemi koşullarına uygun bir grev ve eylem yapmıştır. Tüm eyaletlerin Sağlık Bakanları'nın pandemi için alınması gereken daha ileri önlemleri tartışmak üzere, bir araya geldiği video konferans sırasında Berlin'de 300 sağlık emekçisi, Charité und Vivantes gibi pek çok kliniğin önünde toplanmış, 12.500 imzalı dilekçeyi Bakanlara teslim etmiştir. Berlin'de eyleme katılmayan emekçiler de kendi şehirlerindeki grev ve etkinlikleri gerçekleştirmiştir. Dilekçenin tüm imzacılarının fotoğraflarının yer aldığı "Yüzümüzü Gösteriyoruz" başlıklı posterler aracılığı ile eylemcilerin aslında ne kadar büyük bir grup olduğunun görselleştirilmesi amaçlanmıştır. Emekçiler yukarıda özetlediğimiz taleplerini tekrarlamış, TIG modelinin kaldırılmasını, yeni bir hastane finansman sistemi kurularak hastanelere daha fazla para ve personel ayrılması gerektiğini savunmuştur. Sağlık Bakanı Spahn, dilekçeyi aldıktan sonra eylemcilere hitaben yaptığı konuşmada çalışan sayısının az olmasının politikardan kaynaklanmadığını savunmuş, "Siz durumunuzdan bu kadar çok şikayetçi olduğunuz ve sağlığınızın risk altında olduğunu söylediğiniz için artık kimse bu alanda çalışmak istemiyor" diyebilmiştir. Bir sağlık emekçisi Spahn'ın konuşmasının ardından duygularını "yıllardır yanlış uygulanan politikaların sorumluluğunu üstlenmeyip, suçun bizim üzerimize atılmasının ve bizlere yine hiçbir değer verilmemesinin şaşkınlığı ve kızgınlığı içindeyiz" cümleleri ile duygularını açıklamıştır (**Junge Welt, 01.10.2020**).

Sonuç

Zengin bir ülke oluşu, yoğun bakım teknolojisinin gücü, viroloji uzmanlık birikimi, gelişmiş laboratuvarları, çoktan hazır olan pandemi yönetim planları, iyi işleyen bulaşıcı hastalık bildirim sistemi ve Merkel'in toplumdaki saygınlığı Almanya'nın pandeminin ilk dalgasından yüzünün akı ile çıkmasını sağlamıştır. Ama ikinci dalga tüm bunların uzun süren bir kriz varlığında yeterli olamayacağını, birinci basamak temeli olmayan ve çok az sayıdaki insan gücü ile yetinmek zorunda kalan halk sağlığı dairelerinin pandemi yönetiminde yetersiz kalacağını göstermiştir. İlk dalganın son günleri ve ardından gelen ikinci dalga Almanya'ya sağlık emekçileri olmadan teknolojinin bir işe yaramayacağını, sistemin hem finansman hem de hizmet ayağını kâr yönelimli politikalara terk etmenin ne kadar tehlikeli olduğunu göstermiştir. Almanya toplumu, bugünlerde en fazla

ihtiyaç duyduğu dayanışma ilkesinin tahribatının sonuçlarını yaşamaktadır. Eşitsizliklerin çok derinleştiği, yeni yoksulların ve kırılan grupların ortaya çıktığı, sağlık emekçilerinin artık adeta kaybedecekleri bir şeylerinin kalmadığı bu noktadan itibaren Almanya'yı önümüzdeki günlerde bir değişim sürecinin beklediği açıktır. Bu değişimin sağlık sisteminde toplum temelli bir birinci basamak sağlık örgütlenmesi, dayanışmacı sağlık finansmanı gibi bileşenlerden oluşması ve mülteciler dahil tüm Almanya halkı açısından daha adil bir yaşam anlamına gelmesi ise son söz olarak yazabileceğimiz temennimizdir.

Kaynaklar

Aerzteblatt websayfası.a (02.11.2020) Probleme wegen Personal-mangels in der Intensivpflege erwartet. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/117937/Probleme-wegen-Personalmangels-in-der-Intensivpflege-erwartet>

Aerzteblatt websayfası.b (02.11.2020) 60 Wochenstunden: Niedersachsen hebt Pflegearbeitszeit an. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/117956/60-Wochenstunden-Niedersachsen-hebt-Pflegearbeitszeit-an>

Antes, G. (10.03.2021) Kontrolle der Pandemie – mit solider Wissenschaft oder im Blindflug? Konferans, Forum COVID-19, Pettenkofer School of Public Health, Ludwig Maximilian Üniversitesi

Bennhold, K. (04.04.2020) A German Exception? Why the Country's Coronavirus Death Rate Is Low? The New York Times. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.nytimes.com/2020/04/04/world/europe/germany-coronavirus-death-rate.html>

Berliner Bündnis Gesundheit statt Profite websayfası. (15.06.2020) Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://gesundheitsnohneprofite.noblogs.org/post/2020/06/15/presseeinladung-bundesweiter-gesundheitspolitischer-aktionstag-17-06/>

Bertelmann Stiftung websayfası. (2021) Erişim Tarihi 10.02.2021, <https://www.bertelmann-stiftung.de/de/themen/gesundheitspolitik>

Bochumerbund, die Pflegewerkschaft websayfası. (2020) Erişim Tarihi 10.02.2021, <https://www.bochumerbund.de/>

Bozorgmehr, K., Hintermeier, M., Razum, O., Mohsenpour, A., Biddle, L., Oertelt-Prigione, S., Spallek, J., Tallarek, M., Jahn, R. (2020) SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete: Epidemiologische und normative rechtliche Aspekte. Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19. DOI: 10.4119/unibi/2943665

Bundesaerztekammer websayfası (2020) Erişim Tarihi 10.02.2021, <https://www.bundesaerztekammer.de/>

Busse, R. ve Blümel, M. (2014) Germany: health system review. Health Systems in Transition, 16(2):1-296.

Butterwege, C. (09.09.2020). Corona und die sozialen Folgen. Mehr Ungleichheit war nie. Kontext: Wochenzeitung. <https://www.kontextwochenzeitung.de/gesellschaft/493/mehr-ungleichheit-war-nie-6979.html>

Bündis Krankenhaus statt Fabrik websayfası. (2021) Erişim Tarihi 01.03.2021, <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>

Bündis 90 / die Grüne Bundestagfraktion websayfası (02.11.2020). Corona und Gesundheit. Gemeinsam solidarisch und gezielt handeln. Erişim Tarihi 01.03.2021, <https://www.gruene-bundestag.de/themen/gesundheitspolitik/gemeinsam-solidarisch-und-entschlossen-handeln>

Bündnis 90/die Grünen Bundestagfraktion websayfası (2021) Erişim Tarihi 01.03.2021, <https://www.gruene-bundestag.de/themen/gesundheitspolitik/>

Bündnis 90/die Grünen Landtag Bayern websayfası. (2021) Erişim Tarihi 01.03.2021, <https://www.gruene-fraktion-bayern.de/themen/gesundheitspolitik/>

The Commonwealth Fund websayfası. (2020) Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Erişim Tarihi 02.11.2020, <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2010/nov/2010-commonwealth-fund-international-health-policy-survey>

de.wikipedia.org. websayfası (2020) Erişim Tarihi 10.10.2020,

https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_amtierenden_deutschen_Landesgesundheitsminister

Demmelhuber, S. (25.01.2021). Ein Jahr Corona: Als das Virus im Januar 2020 nach Bayern kam. BR24. Erişim Tarihi 01.03.2021, <https://www.br.de/nachrichten/bayern/corona-rueckblick-als-das-virus-nach-bayern-kam,S5ZnOha>

Die Linke websayfası (2020) Erişim Tarihi 11.10.2020, <https://www.die-linke.de/themen/gesundheitspolitik/>

Dohmen, A. ve Paternoga, D. (18.03.2020) Pandemien sind im DRG-System nicht vorgesehen – warum sind unsere Krankenhäuser für unvorhersehbare Katastrophen schlecht vorbereitet? . ATTAC-Theorieblog. <https://theorieblog.attac.de/pandemien-sind-im-drg-system-nicht-vorgesehen-warum-sind-unsere-krankenhaeuser-fuer-unvorhersehbare-katastrophen-schlecht-vorbereitet/>

Dünya Bankası websayfası (2020) GDP (Germany [data set]). World Bank Data. Washington, DC: World Bank. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=DE&view=chart>

European Centre for Disease Prevention and Control COVID-19. (2020) Erişim Tarihi 01.03.2021 <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19>. Published 2020

Eurostat websayfası (2021) Erişim Tarihi 01.03.2021, https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mirfind&lang=en

FAZIT Communication GmbH websayfası. (2020) Tatsachen über Deutschland. Erişim Tarihi 10.10.2020, <https://www.tatsachen-ueber-deutschland.de/en/politics-germany/federal-republic>

Federal Almanya Cumhuriyeti websayfası. (2020) Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975232/1732182/d4af29ba76f62f61f1320c32d39a7383/fernsehansprache-von-bundeskanzlerin-angela-merkel-data.pdf>

Federal Sağlık Bakanlığı websayfası. (2015) Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versorgungstrukturgesetz.html>

Federal Almanya Sağlık Bakanlığı websayfası.a (2021) Coronavirus. Erişim Tarihi 18.03.2021, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html>

Federal Almanya Sağlık Bakanlığı websayfası.b (2021). Aktueller Impfstatus. Erişim Tarihi 18.03.2021, <https://impfdashboard.de/>

Finanztip.de websayfası (2020) Erişim Tarihi 18.03.2021, <https://www.finanztip.de/beitragsbemessungsgrenze/>

Hans Böckler Stiftung websayfası (14.12.2020). Empfänglichkeit für Verschwörungsmythen Mit 2. Corona-Welle Gesunken, Doch Soziale Spaltung in der Pandemie Setzt Sich Fort. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.boeckler.de/de/pressemitteilungen-2675-empfaenglichkeit-fur-verschworungsmythen-mit-2-corona-welle-gesunken-29169.htm>

Hornung, P. (18.06.2020) Corona und medizinisches Personal. Mit konsequenten Tests Ausbrüche eindämmen. tagesschau.de. Erişim Tarihi 10.10.2020, <https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr/corona-med-personal-101.html>

InformedHealth.org websayfası (2018) Cologne, Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2006-. Health care in Germany: The German health care system. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298834/>

Junge Welt. (18.06.2020) Klinikpersonal appelliert an Minister. Erişim Tarihi 10.10.2020, file:///C:/Users/PC/Downloads/jw-2020-10-01-10.pdf

Koester, E. (26.06.2020) Klasse Virus – Während in Fleischfabriken Hunderte erkranken, bleiben Privilegierte in Freibädern unter sich: Corona legt Milieugrenzen brutal offen. Der Freitag, die Wochenzeitung. <https://www.freitag.de/autoren/elsa-koester/klasse-virus>

Krankenhaus statt Fabrik websayfası (2021) Erişim Tarihi 01.03.2021, <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>

LabourNet Germany websayfası (2017) Krankes System. Perspektiven für eine gerechte Gesundheitspolitik. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.labournet.de/branchen/dienstleistungen/gesund/gesund-arbeit/krankes-system-perspektiven-fuer-eine-gerechte-gesundheitspolitik/>

LabourNet Germany websayfası (2020) Vorschlag für eine Kampagne im Gesundheitsbereich. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.labournet.de/branchen/dienstleistungen/gesund/gesund-allgemein/vkg-vorschlag-fuer-eine-kampagne-im-gesundheitsbereich/> 21. 12. 2020

- LabourNet Germany websayfası** (2021) Erişim Tarihi 01.03.2021, <https://www.labournet.de/branchen/dienstleistungen/gesund/gesund-allgemein/auch-in-deutschland-stehen-dem-corona-virus-politisch-gewollt-knappe-ressourcen-des-gesundheitswesens-gegenueber/>
- Lange, S.** (13.04.2020) Grünen-Trio übt heftige Kritik an deutscher Gesundheitspolitik. Augsburger Allgemeine. Erişim Tarihi 10.10.2020, <https://www.augsburger-allgemeine.de/politik/Grünen-Trio-uebt-heftige-Kritik-an-deutscher-Gesundheitspolitik-id57222656.html>
- Lübben, T.** (24.10.2020) Streit um Corona-Tests an der Frankfurter Uniklinik Hessenschau. Erişim Tarihi 25.10.2020, <https://www.hessenschau.de/gesellschaft/wegen-brief-an-die-eintracht-streit-um-corona-tests-an-der-frankfurter-uniklinik-,uniklinik-frankfurt-108.html>
- Medinfoweb.de websayfası** (02.11.2020) In der Pflege arbeiten trotz COVID-19-Infektion? - Pflegekammer warnt vor Spätfolgen für Pflegepersonal. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://medinfoweb.de/detail.html/in-der-pflege-arbeiten-trotz-covid-19-infektion-pflegekammer-warnt-vor-spaetfolgen-fuer-pflegepersonal.70787>
- Mittler, D.** (14.07.2020) Infektionen der Pflegekräfte und Ärzte. "Das Virus greift auch die Seele an" Süddeutsche Zeitung, Erişim Tarihi 10.10.2020, <https://www.sueddeutsche.de/bayern/corona-bayern-zahlen-aerzte-pflegekraefte-1.4965511>
- Müller O, Lu, G., Jahn, A., Razum, O.** (2020) COVID-19 Control: Can Germany Learn From China? *Int J Health Policy Manag*, 9(10), 432-435
- OECD websayfası** (2020) Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://data.oecd.org>
- Olm, M., Donnachie, E., Tauscher, M., Gerlach, R., Linde, K., Maier, W., Schwettmann, L., Schneider, A.** (2020) Impact of the abolition of co-payments on the GP-centred coordination of care in Bavaria, Germany: analysis of routinely collected claims data. *BMJ Open*, 2;10(9):e035575
- Oslislo, S., Heintze, C., Möckel, M., Schenk, L., Holzinger, F.** (2020) What role does the GP play for emergency department utilizers? A qualitative exploration of respiratory patients' perspectives in Berlin, Germany. *BMC Family Practice*, 21:154
- Peter, E.** (17.06.2020) Protest von Ärztinnen und Pflegerinnen: „Hört auf uns. Nicht auf BWLer. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://taz.de/Protest-von-AerztInnen-und-PflegerInnen/!5689735/>
- Rast, O.** (16.04.2020) Retter auf Standby. Privatkliniken setzen Beschäftigte in Kurzarbeit oder in »Freizeit« - und kassieren aus Hilfsfonds der Bundesregierung. *Jungen Welt*. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.jungewelt.de/loginFailed.php?ref=/artikel/376507.gesundheitswesen-in-der-brd-retter-auf-standby.html>
- Redaktionsnetzwerk Deutschland.a.** (03.08.2020) Wiedereröffnung der Schulen: Die Pläne der Bundesländer für das neue Schuljahr. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.rnd.de/politik/corona-und-schule-maskenpflicht-offnung-regelbetrieb-die-plaene-der-bundeslaender-in-der-ubersicht-YT5TTTEA65ATV32QF-DJFMXD4MU.html>
- Redaktionsnetzwerk Deutschland, b.,** (27.01.2021) Chronologie: Ein Jahr Corona in Deutschland. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.rnd.de/gesundheit/ein-jahr-corona-in-deutschland-was-geschah-wann-eine-chronologie-X6Y2Y2WHQIJZTXN-SAEBRDNLTFQ.html>
- Reifenrath, I., Haas, F.** (25.01.2021) Corona-Experten: Lässt sich die Kanzlerin einseitig beraten? BR24. Erişim Tarihi 26.01.2021, <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/corona-experten-lasst-sich-die-kanzlerin-einseitig-beraten,SN5NgG3>
- Robert Koch Institute websayfası.a** (2021). Erişim Tarihi 10.01.2021, https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html
- Robert Koch Institute websayfası.b** (2021) Erişim tarihi 03.03.2021, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html
- RP Online websayfası** (17.03.2021) Rücktrittsforderungen: Gesundheitsminister Jens Spahn bekommt politischen Gegenwind. Erişim Tarihi 17.03.2021, https://rp-online.de/politik/deutschland/jens-spahn-ruecktritt-von-gesundheitsminister-gefordert_aid-56842431
- Schlieter, K.** (25.06.2020) Schließung regionaler Krankenhäuser: Krankenhausleiter Klaus Emmerich: „Patienten würden sterben“. *Berliner Zeitung*. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.berliner-zeitung.de/politik-gesellschaft/patienten-wuerden-sterben-li.89414>
- Sell, S.** (06.11.2020) Ungleiche Verteilung der Lasten in der Corona-Pandemie: „Die“ Frauen als Verliererinnen in der Krise? Der Blick auf einige Studien aus den letzten Monaten. *Aktuelle Sozialpolitik*. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://aktuelle-sozialpolitik.de/2020/12/06/frauen-und-ungleiche-lastenverteilung-in-der-corona-krise/>
- Sell, S.** (01.11.2020) Diesseits und jenseits der Momentaufnahme auf den Intensivstationen: Von leeren Betten, Pflegepersonal als „Flaschenhals“ und Versäumnissen der Vergangenheit. *Aktuelle Sozialpolitik*. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://aktuelle-sozialpolitik.de/2020/11/01/von-leeren-betten-und-pflegepersonal-als-flaschenhals/>
- Sell, S.** (30.6.2020) Entleerte Krankenhäuser, verloren gegangene Patienten, eine Leere-Betten-Prämie mit Durchschnittsproblem. *Aktuelle Sozialpolitik*. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://aktuelle-sozialpolitik.de/2020/06/30/leere-betten-praemie/>
- Sell, S.** (13.10.2020) Pflegewelten 2020: Zwischen Arbeit mit Bauchschmerzen und einer 36-Stunden-Woche bei vollem Lohnausgleich. *Aktuelle Sozialpolitik*. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://aktuelle-sozialpolitik.de/2020/10/13/beispiele-aus-den-pflegewelten-2020/>
- Statistica websayfası** (2021) Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://de.statista.com/>
- Süddeutsche Zeitung** (12.04.2020). Gewerkschaft Verdi: Schwächen im Gesundheitssystem. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.sueddeutsche.de/bayern/gewerkschaft-verdi-schwaechen-im-gesundheitssystem-1.4879738>
- Szymanowski, G.** (16.12.2020) Meinung: Tönnies ist überall. *Deutsche Welle*, Erişim Tarihi 18.12.2020, <https://www.dw.com/de/meinung-t%C3%B6nnies-ist-%C3%BCberall/a-55962139>
- van den Bussche, H.** (2019) Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsbl* 62, 1129-1137. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02997-9>
- Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte websayfası** (2021) Erişim Tarihi 11.02.2021, <https://www.vdaee.de/index.php>
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft websayfası** (2021) Erişim Tarihi 11.02.2021, <https://www.verdi.de/>
- Wachtler, B., Michalski, N., Nowossadeck, E., Diercke, M., Wahrendorf, M., Santos-Hövenner, C., Lampert, T., Hoebel, J.** (2020) Socioeconomic inequalities in the risk of SARS-CoV-2 infection – First results from an analysis of surveillance data from Germany. *Journal of Health Monitoring*; 5:18-29
- Wieler, L., Rexroth, U., Gottschalk, R.** (2020) Emerging COVID-19 success story: Germany's strong enabling environment. *Exemplars in Global Health Platform. Our World in Data*. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-germany>
- Worldometer websayfası.** (2019) Elaboration of data by United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Erişim Tarihi 10.11.2020, <https://www.worldometers.info/population/countries-in-europe-by-population/>