

# EKONOMİK KRİZİN KADINLARIN SAĞLIK HİZMETİNE ERİŞİMİNE ETKİLERİ

Meltem ÇİÇEKLIOĞLU\*

**Öz:** Kapitalist üretim sürecinin yarattığı krizler yalnızca ekonomik hayatı değil, siyasal ve toplumsal kurumları etkilemektedir. Emegün yeniden üretimini sağlayan sosyal güvenlik, sağlık hizmeti ve eğitim gibi kurumsal yapılarda meydana gelen dönüşüm, yoksullar ve kadınlar açısından krizlerin etkisini daha da ağırlaştırmaktadır. Kriz dönemlerinde kamusal alanda sağlık ve sosyal güvenlik gibi hizmetlerde yapılan kısıtlamalar, kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını zorlaştırmış, ayrıca hane içindeki çocuk, yaşlı ve hastalar için harcadıkları bakım emeği yükünü artırmıştır. Küresel ekonomik krizlerin kadınların sağlık hizmetlerine erişimi üzerindeki etkisini toplumsal cinsiyet rolleri açısından değerlendiren bu çalışmada, üreme rolleri nedeniyle daha fazla sağlık ihtiyacı olan kadınların aynı zamanda kaynaklar üzerindeki kontrol ve/veya karar verme süreçlerindeki dezavantajları açısından sağlık hizmetlerine erişim düzeyleri değerlendirilmiştir. Ayrıca, krizin kadınların sağlık hizmetine erişimindeki etkileri örneklerle açıklanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** kriz, sağlık hizmetlerine erişim, toplumsal cinsiyet

## *The Effects of Economic Crisis on Women's Access to Health Service*

**Abstract:** *The crises created by the capitalist production process affect not only economic life but also political and social institutions. The transformation of institutional structures such as social security, health service and education, which provide the reproduction of labor, further aggravates the impact of crises for the poor and women. Restrictions on services such as health and social security in the public sphere have made it difficult for women to benefit from health services and also increased the burden of care work for children, elderly and patients in the household. In this study, which evaluates the impact of global economic crises on women's access to health services, the level of access to health services in terms of the disadvantages of control and / or decision-making on the resources of women who are in need of more health because of their reproductive roles have been evaluated. In addition, the effects of the crisis on women's access to health care are explained with examples.*

**Key words:** *crises, access to health services, gender*

## Giriş

Kriz genellikle zorluk ve yıkım tehlikesiyle gelen ani değişikliklerle karakterize bir olgudur. Dolayısıyla krizlerden ilk aşamada ve en ağır etkilenenler kriz öncesinde de en kötü durumda olanlardır. Kapitalist üretim tarzının karakteristik özelliklerinden biri olan kriz, son 30 yıldır Dünya'nın güneyi ve doğusundaki özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ekonomileri etkilemiştir (Alpizar ve ark., 2010). Yaşanan kriz deneyimlerinden elde edilen bulgular, toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizlik ve yeterli sosyal güvence ağlarının yokluğu da dâhil olmak üzere, zaten var olan yapısal eşitsizliklerin de etkisiyle, özellikle kırsalda yaşayan, göçmen olan, seks işçisi olarak çalışan, HIV/AIDS pozitif kadınlar gibi yoksul kadınların krizden daha fazla etkilendiğine işaret etmektedir (Raaber, 2011).

Gelişmiş ekonomilerden başlayarak dünya geneline yayılan 2008 finans krizi ve ekonomik durgunluk

gıda, enerji, su, çevre, iş ve bakım hizmetlerindeki krizle iç içe geçmiştir (Alpizar ve ark., 2010). Özellikle gelişmekte olan ülkeler için, finansal kriz, gıda ve ithal edilen petrol fiyatlarındaki artış ile birleşerek yakıt, yiyecek ve finans krizi hâline gelmiştir (Anderson ve ark., 2010). Yaşanan kriz yalnızca ekonomik hayatı değil, toplumun siyasal ve toplumsal kurumlarını da etkilemektedir (Alpizar ve ark., 2010).

Mevcut finansal krizlerin etkileri değerlendirilirken en fazla ihmal edilen konulardan biri "bakım hizmetlerindeki kriz" dir. Kapitalist toplumda çocuklara, yaşlılara ve hastalara sağlanan bakım hizmetinin niteliği hükümet, piyasa, toplum ve hanenin sunduğu hizmetler arasındaki dengeye bağlıdır (Raaber, 2011). Özellikle son 25 yılda kapitalizmin krizlerine yanıt olarak geliştirilen ve neoliberal ekonomik politikaların uzantısı olan yeniden yapılanma süreçleri toplumsal yaşamda dönüşümlere neden olmuştur

\*Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0002-7059-7573)

Geliş Tarihi / Received : 17.05.2019

Kabul Tarihi / Accepted : 31.05.2019

(Öztürk Yaman, 2010). Bu yaklaşıma göre emeğin yeniden üretimi için düzenlenen sosyal güvenlik, sağlık hizmeti ve eğitim gibi kurumsal düzenlemeler emek gücü maliyetlerini artırmaktadır, özellikle de kapitalizmin krize girdiği dönemlerde bu maliyet artışları azaltılmalıdır. Hatta hizmet sektöründeki yüksek karlılık oranları artışı dikkate alınarak sosyal hizmetler özelleştirilmelidir. Bu çerçevede, krizden çıkmanın anahtarı olarak sunulan yapısal uyum programlarının gerekçesini oluşturmuştur (Çiçeklioğlu, 2011). Bu süreçte kamunun sağlık, eğitim gibi sosyal hizmetlerden çekilmesi ve özelleştirmeler yoluyla bu hizmetlerin metalaştırılması kadınların çoğunun bu hizmetlerden yararlanmasını zorlaştırmasının yanı sıra, hane içindeki çocuk, yaşlı ve hastalara daha fazla bakım emeği harcaması sonucunu doğurmuştur (Öztürk Yaman, 2009).

Küresel ekonomik kriz, sağlık sektörü için de benzer tehditler yaratmaktadır. Mevcut küresel ekonomik krizin etkisini anlayabilmek, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için gerekli önlemlerin tanımlanabilmesi açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, makalenin temel kaygısı küresel ekonomik krizin kadınların sağlık hizmetlerine erişimi üzerindeki etkisini toplumsal cinsiyet rolleri açısından değerlendirmektir. İlk bölümde özellikle üreme rolleri nedeniyle daha fazla sağlık ihtiyacı olan kadınların aynı zamanda kaynaklar üzerindeki kontrol ve/veya karar verme süreçlerindeki dezavantajları açısından sağlık hizmetlerine erişim düzeyleri toplumsal cinsiyet eşitliği yaklaşımı ile değerlendirilmiştir. İkinci bölümde ise ekonomik krizin kadınları sağlık hizmetine erişimlerini hangi mekanizmalarla etkilediği ve yarattığı sonuçlar tanımlanmıştır.

### 1. Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım açısından kadınlar

Kadınlar, hem üreme sağlığı gereksinimleri hem de toplumsal cinsiyet norm ve rolleri nedeniyle sağlık hizmetlerinde öncelikli olarak ele alınması gereken bir risk grubudur. Sağlıkta yapısal belirleyicisi olan toplumsal cinsiyet eşitsizliği, ayrımcılık ve eşitsizlik nedeni olan sınıf ve ırk gibi diğer yapısal değişkenlerle de sıkı bir etkileşim hâlinindedir. Sağlık hizmetleri ise özellikle kadınlar açısından toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sonuçlarını hafifleten bir işleve sahiptir (Etiler, 2011). Bu nedenle sağlık politikalarının oluşturulmasında kadınların sağlık durumunu ve sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyen biyolojik, ekonomik, sosyal ve kültürel faktörleri göz önünde bulunduran toplumsal cinsiyet yaklaşımı kullanılmalıdır

(Tibandebage ve Kida, 2011). Sağlık politikalarında geleneksel yaklaşım, yönetim süreçlerinde alt yapı, teknoloji, lojistik ve finansman gibi konulara odaklanırken, toplumsal cinsiyet duyarlı politikalarda insana ve sosyal ilişkilere dayalı hizmet sunumu yaklaşımı ön plana çıkmaktadır (Sen ve Ostlin, 2007). Sağlık sistemlerinin temel amacı sağlıkta eşitsizliklerin önlenmesidir (Kyriopoulos ve ark., 2014). Oysa kanıtlar sağlık sistemlerinin, hem sağlık hizmetini kullanan hem de sağlık hizmetini sunan olarak kadınlar açısından toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda başarısız olduğunu göstermektedir. Bu başarısızlığın nedenlerinden birincisi, sağlık hizmetlerinin planlaması ve sunumu süreçlerinde kadın ve erkeklerin farklı gereksinimlerinin dikkate alınmamasıdır. İkincisi, toplumdaki kadınların sağlık ihtiyaçlarının ve sorunlarının doğru bir şekilde kabul edilmesini ve ailelerin kadınların sağlığına eşit yatırım yapmaya hazır olup olmadıklarını belirleyen toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin sağlık hizmetlerinin kullanımını şiddetle etkilenmesidir. Diğer bir neden ise kadınların sağlık hizmeti sistemi içinde, özellikle de finansal kaynaklar üzerinde ve diğer alanlardaki karar alma mekanizmalarındaki yetersiz temsil yetleridir (Sen ve Ostlin P. 2007).

Sağlık hizmetine erişim toplumsal cinsiyet bakışıyla incelendiğinde, hem talep tarafını (ailelerin potansiyel kullanıcı olan kadınlara nasıl davrandıkları ve kadınların kendilerini nasıl gördükleri) hem de arz tarafını (hizmet sunanların farklı yaklaşımları) etkileyen faktörlere bağlıdır (Sen ve Ostlin, 2007):

#### Sağlık hizmeti talebi açısından kadınlar

Kadınların sağlık gereksinimleri erkeklerden daha fazladır. Kadınların sağlık hizmeti başvurularının büyük kısmı, aile planlaması, servikal smear ya da diğer tarama testlerini içeren koruyucu sağlık hizmetleri olsa da yüksek başvuru nedenlerinin tümü üreme sağlığı gereksinimlerine atfedilmemektedir. Özellikle düşük gelirli ülkelerde, kadınlar ve sağlık hizmetlerine erişimleri arasında duran bireysel, ailesel ve toplumsal düzeydeki bir dizi engelden dolayı kadınlar sağlık hizmetlerine erkeklerden daha az erişebilmektedirler. Öncelikle kadınların kendisi, ailesi hatta bazen sağlık hizmet sunucuları kronik ağrı, depresyon ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara ait bulgu ve belirtileri hastalık olarak algılamamakta ve ihmal etmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalık, infertilite gibi bazı sağlık sorunları için ise kadınlar sağlık hizmetlerine başvurmadan çekinmektedir. Eşlerin ya da başka hane üyelerinin sağlık hizmeti almak için kadınların ev

dışına çıkmalarını kısıtlaması sağlık hizmeti kullanımının önünde önemli bir engeldir (**Sen ve Ostlin, 2007**). Gwatkin'in Mali Bangladeş, Kamboçya, Peru ve Kazakistan'da üreme çağı kadınlarda yaptığı bir çalışmada, sağlık hizmetine başvuruda en son kararın kendisine ait olduğunu belirten kadın oranının en yüksek olduğu Kazakistan'da bile en iyi gelir durumundaki hanelerde bu oran %77 iken en yoksul hanelerde %53 olarak gerçekleşmiştir (**Gwatkin, 2003**).

### **Sağlık hizmetlerinin sunumu açısından kadınlar**

Sağlık hizmetinin arz tarafını oluşturan hizmet sunumunun kadınlar açısından durumunu, kullanılabilirlik, ödenebilirlik ve kabul edilebilirlik boyutları aracılığı ile değerlendirebiliriz.

**Kullanılabilirlik;** sağlık kurumlarının coğrafi konumu, çalışma saatleri ve randevu için bekleme süreleri gibi etmenler tarafından belirlenir (**Tanık Aksu, 2018**). Sağlık hizmetlerinin uzak olması, ulaşım olanaklarının kısıtlı olması gibi engeller de kadınların sağlık hizmetlerine erişmesini önleyebilmektedir. Ayrıca uzun bekleme zamanları ev içi bakım sorumluluklarının olması da kadınlar için kullanılabilirlik açısından erişimi engelleyen nedenlerden biridir. Polonya da, 2006'da yapılan bir araştırmada, sağlık merkezlerinden uzak oldukları için tıbbi hizmet almaktan vazgeçtiklerini belirten kadınların oranının erkeklerden iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (**European Commission, 2009**).

**Ödenebilirlik;** hizmet aramak için harcanan zamanın fırsat maliyetleri de dâhil olmak üzere, sağlık hizmetinden dolayı ortaya çıkan maliyetlerin karşılanabilir olması anlamına gelmektedir (**Tanık Aksu, 2018**). Kadınların çoğu ya istihdam dışındadır ya da kayıt dışı işlerde çalışmaktadır. Bu nedenle kamusal sigorta kapsamlarından yararlanamazlar ya da bu açıdan eşlerine bağıdırlar. Özel sağlık sigorta ve cepten ödemelerin artması da ödenebilirlik açısından toplumsal cinsiyet eşitsizliğini artırabilir, çünkü özel sağlık sigortası kapsamında olan erkeklerin yüzdesi kadınlara göre daha fazladır. Ayrıca, özel sigorta programları, prim hesaplamalarında yaşa ve cinsiyete özgü riskleri gözönünde bulundurduğu için kadınlar için daha az caziptir (**Sen ve Ostli, 2007**).

**Kabul edilebilirlik;** insanların hizmet sunumu ile ilişkilerini etkileyen sosyal ve kültürel yaklaşımları içerir. Örneğin erkek ve kadın arasındaki temasın yasak olduğu bazı toplumlarda sağlık hizmet sunucusunun erkek olması kadınların sağlık hizmetine erişimi açısından önemli bir engeldir (**Tanık Aksu, F., 2018**).

Sağlık hizmet sunumu ve kadınlar arasındaki ilişkiler incelenirken unutulmaması gereken konulardan biri de hem formal hem de informal sağlık insan gücünün büyük kısmının kadınlardan oluştuğudur. Özellikle hanelerdeki yaşlı, engelli ve kronik hastalar için verdikleri ücretsiz bakım hizmeti ise genellikle göz ardı edilme eğilimindedir. Sağlık hizmet sistemi içindeki kadın sağlık çalışanları ise karar vermeyi gerektiren pozisyonlarda daha az yer almakta ve erkek meslektaşlarına göre işten çıkarılma olasılıkları da yüksek olmaktadır (**Sen ve Ostli, 2007**).

### **2. Kriz kadınlar için sağlığa erişimi nasıl etkiliyor?**

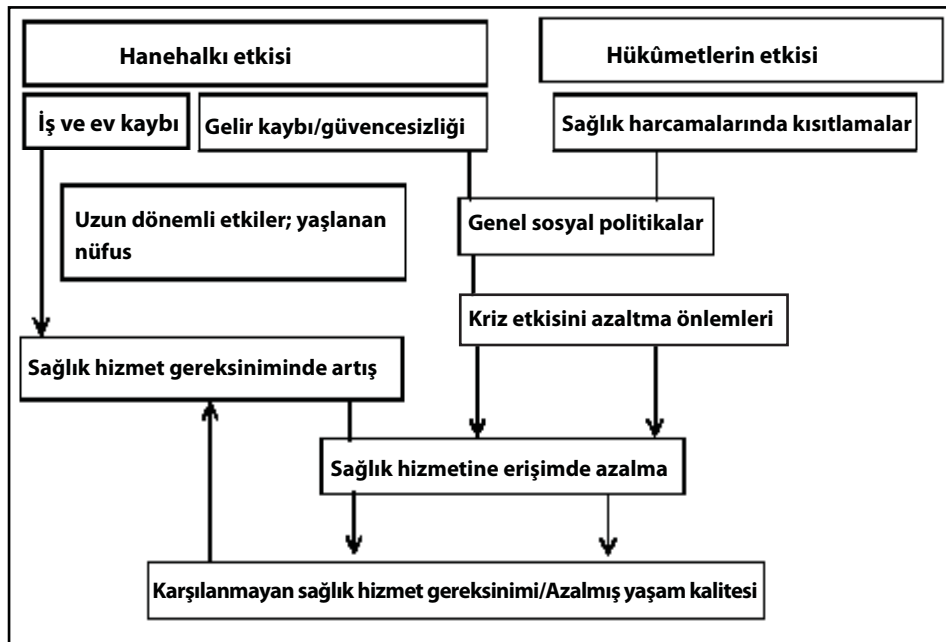
Sağlık hizmetlerine erişim kendi başına bir sağlık göstergesi değildir, ancak sağlık göstergeleri ile doğrudan ilişkilidir. Örneğin, meme kanseri erken teşhis olanaklarına erişimin azalması, hastane yatış oranlarının ve mortalitenin artışıyla doğrudan ilişkili bulunmuştur. Ekonomik krizlerin sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisi sadece hane halklarının gelirlerinin azalması açısından değil aynı zamanda krizden kurtulma stratejisi olarak kullanılan, hükümetlerin sağlık harcamalarındaki eşit görülmemiş sınırlamaları açısından da değerlendirilmelidir (**EPHA, 2015**). Ekonomik krizlerin sağlık etkisini değerlendiren pek çok çalışmada kadınların ve kız çocuklarının daha fazla etkilendikleri saptanmıştır. Özellikle yoksul ailelerde azalan hane gelirleri, kamu sağlık harcamalarının azalması kadınların sağlık hizmet kullanımında azalmaya, kendi kendine ilaç kullanımı ve geleneksel tedavi yöntemlerinin kullanımında artışa neden olmaktadır (**Stavropoulou ve Jones, 2013**).

Krizin sağlık hizmet kullanımına etkisini değerlendiren çalışmalarda sıklıkla kullanılan bir değişken de karşılanmayan sağlık gereksinimidir. Üzerinde tam uzlaşmaya varılmış bir tanım olmasa da EUROSTAT, karşılanmayan sağlık gereksinimini, sağlık gereksinimi olmasına rağmen ücretin yüksekliği, ulaşımın zorluğu ya da uzun bekleme süresi nedeniyle hizmete ulaşamama olarak tanımlamaktadır. Avrupa Birliği ülkelerinden 31'ini kapsayan bir çalışmada karşılanmayan gereksinimin yıllar içindeki değişimi gelir grupları açısından değerlendirilmiş, 2008-2009 yıllarında karşılanmayan sağlık gereksiniminin en zenginler dışında kalan grupların tümünde arttığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmada kriz sonrası dönemde en yoksullar dışındaki tüm gelir gruplarında karşılanmayan gereksinimde azalma gözlenmesine rağmen, zaten karşılanmayan gereksinimin en

yüksek düzeyde olduğu bu grupta herhangi bir gelişme olmamıştır. Yani kriz en yoksul olanlarda zaten yoğun olan karşılanmayan gereksinimi artırmış ve uzun erimli süreçte bu bozulma kalıcı hâle gelmiştir (EPHA, 2015). Yunanistan'da 2007 ile 2011 yılı verilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada krizin sağlık hizmetine erişimi azalttığı, bu azalmanın en çok yaşlılarda olduğu, kadınlarda da erkeklere göre daha fazla düşüşün olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada bedelini ödeyemediği için sağlık hizmetlerine erişememenin kadınlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (Kentilelenis ve ark.2014).

Sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen finansal, kültürel ve coğrafi etmenlerin çoğu toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizliklerle de bir aradadır. Bu faktörlerin etkisine bağlı olarak ekonomik durgunluk dönemleri, sağlık durumunda toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizliklerin artmasına neden olmaktadır (Bettio, F., ve ark, 2013). Krizle ilgili yapılan ve gelişmekte olan 59 ülkeyi kapsayan bir çalışmada kişi başına düşen GSYH'da %1'lik bir düşüşün, erkek bebeklerdeki mortaliteyi 1000 doğumda 1.5 kat artırırken, kız bebeklerde 1000 doğumda 7.4 artırdığı saptanmıştır. Dahası, ekonomik durgunluk dönemlerinde doğuştan yaşam beklentisi kadınlar için yedi yıl, erkekler için altı yıl düşerken, ekonomik büyüme dönemlerinde her iki cinsiyet için iki yıl artmaktadır (Stavropoulou, M. And Jones, N, 2013).

Kriz süreçlerinde sağlık hizmetine erişimi engelleyen mekanizmaların anlaşılması, sürece yönelik doğru kamu politikası müdahalelerinin planlanmasının temel koşuludur. Kriz dönemlerinde, toplumun geneli ve özellikle işsizlerin sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık gereksinimi talebine ve/veya sağlık hizmeti sunumuna (arz) etki eden mekanizmalar aracılığıyla etkilenmektedir. Krizin sağlık hizmeti talebi ve sunumuna etkisini hane halkları ve hükümetlerin politikaları üzerinden değerlendiren yaklaşımdaki süreçler Şekil 1'de şematize edilmiştir. Kriz dönemlerinde hane halkları gelirleri, işten çıkarmalar, konut kredi borçlarının artması, destek olarak verilen çocuk parasında yapılan kısıtlamalar yoluyla azalmakta, tüm bunların üzerine artan yaşam maliyetleri de eklendiğinde bireylerin sağlık hizmetine olan talepleri etkilenmektedir. Sağlık hizmetinin sunumunun ücretsiz olduğu sağlık finansman modellerinde bile ulaşım ve ilaç maliyetleri, artan hane içi gereksinimler nedeniyle sağlık hizmetine erişimde engellere neden olabilmektedir. Devletler vergi gelirlerinin azalması ve artan borçları gereğiyle, gayri safi yurt içi hasılda görece büyük bir oranı oluşturan sağlık hizmetleri bütçelerini azaltma yoluna gitmektedir. Kısaca tanımlanan bu kavramsal çerçeve kullanılarak kadınların sağlık hizmetine erişimlerine etkisi açısından kriz süreci iki başlık altında değerlendirilecektir (EPHA, 2015).



Şekil 1. Krizin sağlık hizmetine erişim üzerindeki etkisi

Kaynak: EPHA, 2015

### A.Krizin erişime etkisinin sağlık hizmetleri sunumu açısından değerlendirilmesi: Hükûmetlerin rolü

Kriz karşısında kamu bütçe açığını azaltma ihtiyacı içinde olan birçok ülkede sağlık harcamalarının azaltılması gündeme gelmektedir. Avrupa'da 2008 krizi ve sonrasında sağlık harcamalarında net bir düşüş gözlenmemiş, ancak harcamaların artış hızında durgunluk olduğu saptanmıştır. Yaşlanmakta olan nüfusun artan sağlık talepleri de düşünüldüğünde, bu durgunluk, reel harcamalarda önemli bir düşüşe işaret etmektedir (EPHA, 2015). Kriz dönemlerinde kamu sağlık harcamalarının azaltılmasının yanı sıra maliyet kontrolü mekanizmaları ile sağlık maliyetlerinin bireyselleştirilmesi de yaygınlaştırılmaktadır. Sağlık reformları olarak tanımlanan bu mekanizmalardan biri, vergiler, primler, ek ödemeler yoluyla sağlık finansman sistemleri gelirlerinin artırılmasıdır. Avrupa 2008 krizinde, ilaçlarda KDV oranları Estonya'da %5'ten %9'a çıkarken, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, Portekiz ve Polonya'da %1'lik artış olmuştur. Diğer bir maliyet kısıtlama yöntemi ise sağlık güvence sistemlerinde kapsamın daraltılmasıdır. Bu kapsamda İspanya'da Kraliyet Kararnamesi ile 26 yaşın altında ve iş piyasasına hiç girmemiş olan gençler sağlık güvencesi kapsamında çıkarılmıştır. Benzer şekilde, mali kriz sonrası Yunanistan sağlık reformu kapsamında işsizlik hakları 12 ay ile sınırlanmış, bu kişilerin sağlık hizmetlerine erişimleri de engellenmiştir. Bu uygulama nedeniyle, 2013 yılında 100.000 kişinin sağlık güvencesinden mahrum kaldığı bildirilmiştir (EPHA, 2015).

Kadınların özellikle birinci basamak ve dış hekimliği hizmetlerini daha fazla kullandığı bilinmektedir. Bu nedenle, kamu tarafından sağlanan hizmetlerdeki ve sosyal güvenlik kapsamındaki kısıtlamaların kadınlar üzerinde daha çok etki yapacağı açıktır. Ayrıca kadınlarda yoksulluk oranlarının daha yüksek olması nedeniyle maliyet kontrol mekanizmaları kadınlar üzerindeki yükü daha da artıracaktır. Maliyet kısıtlamaları nedeniyle, Çek Cumhuriyeti'nde, yoksul ailelerdeki kadınların (özellikle bekâr annelerin) sağlık hizmeti için para ödemek zorunda kaldıklarında, hane halkı bütçesine etkisini düşünerek sağlık hizmeti almakta tereddüt ettikleri saptanmıştır (Bettio, ve ark, 2013).

Ekonomik durgunluk dönemlerinde hükûmetlerin aldığı diğer bir önlem özellikle kamuda sağlık kurumu, yatak veya personel sayısının kısıtlanması ile hizmet arzının kısılanmasıdır. Romanya'da 2011 yılında kırsalda bulunan 67 devlet hastanesi kapatılmıştır. Bu sayı ülkedeki kamu hastanelerinin

%15'ini oluşturmaktadır. Bu kurumların kapatılması hareket kabiliyetinin kısıtlı olduğu ve ulaşım ücretlerinin ek maliyet yarattığı özellikle yoksullar ve kadınlar için sağlık hizmetinde erişimde sorunlara yol açmıştır (EPHA, 2015). 1997-1999 yılları arasındaki Asya ekonomik krizi sırasında, Endonezya 'da kamu sağlık harcamaları %21 oranında gerilemesi sağlık hizmeti sunumunda aksamalara yol açmıştır. Bu dönemde doğum öncesi ve sonrası izlem sayıları düşerken, sağlık personeli olmadan yapılan doğum oranları %1.6'dan %7.1'e yükselmiştir (Stavropoulou ve Jones, 2013). Meksika'da krizin etkisini 1991-94 dönemindeki üreme çağındaki kadın ve 0-4 yaş çocuk ölümleri üzerinden değerlendiren bir çalışmada, kamuda çalışan hekim sayısındaki yüzde 1'lik bir düşüşün, üreme çağındaki kadınların ölüm oranlarında %0.4, 0-4 yaş arası çocuk ölümlerinde ise %0,25 artışa yol açtığını göstermiştir (Cutler ve ark., 2002). 1990'da Peru da yaşanan krizin sonuçlarını değerlendiren bir çalışmada ise 1985-1990 arasında Peru'da toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının oranı %4.3 den %3'e gerileyerek %58'lik bir düşüş yaşanmıştır. Paxson ve Schady'nin çalışması bu dönemde antenatal hizmetlerin azaldığını, evde doğumların ise arttığını saptamıştır. Yazarlar bu değişimin kamu sağlık harcamalarındaki kısıtlamadan mı, hane halklarının gelirinin azalması ve cepten ödemelerdeki artıştan mı kaynaklandığını, veri yetersizliği nedeniyle ayırt edemediklerini belirtmişlerdir (Paxson, ve Schady, 2005).

Kemer sıkma politikalarıyla gerçekleşen kamu sektöründeki iş ve ücret kesintileri kadınları hizmet kullanıcıları olarak etkilediği kadar hizmet sunucusu olarak da etkilemektedir. Avrupa Birliği'nde kamu sektörü çalışanlarının yaklaşık %70'i kadınlardan oluşurken, kamu sağlık sektöründe de kadınların oranı oldukça yüksektir (Manganara, 2014). Avrupa 2008 krizinde Yunanistan, İrlanda, İzlanda ve Estonya'da hemşire ve genel pratisyenlerin ücretlerinde azalma olmuş, Portekiz'de fazla mesai ücretleri yarıya indirilmiştir. İspanya'da, çoğu sağlık personeli olmak üzere, 2010'da tüm memurlar için maaşlar %5-7 oranında düşürülmüştür. Özellikle Güney ve Doğu Avrupa ülkelerinde ücret düşüşlerinin sağlık çalışanlarında yoğun göçlere yol açmasından ve bu nedenle zaten gerilemiş olan sağlık hizmeti sunumunda gecikmelere ve erişimle ilgili sorunlara yol açmasından endişe edilmektedir (EPHA, 2015).

Ek ödemeler ve cepten ödemeler erişimi doğrudan etkileyebilecek en tartışmalı ekonomik önlemlerdir.



Kriz döneminde AB ülkelerinde ilaç ödemelerinde, hekim başvurularında ya da her ikisinde birden alınan ek ödemeler artmıştır. İlaçlar için Avusturya ve Belçika'da otomatik yıllık artışlar başlatılmış, İzlanda'da, 2010-2011'de reçeteli ilaçlar için cepten ödemeler artırılmıştır. Estonya'da hastane hizmetlerindeki hemşirelik bakımı için %15 oranında ek ödeme başlatılırken, İspanya'da ilaçlar için gelire göre ek ödeme uygulaması getirilmiştir (**EPHA, 2015**). Danimarka, İzlanda ve İsveç'te, kullanıcı ücretlerinin özellikle kadınlar için finansal engelleri arttırdığı saptanmıştır (**European Commission, 2009**). Fransa'da 2009'dan sonra sağlık harcamalarını azaltmak için hekim muayenesi ve tıbbi tahlil başına bir avroluk sabit bir katkı uygulanması başlatılmış, ilaçta yapılan geri ödeme oranları, 2012'de %35'ten %30'a düşürülmüştür. Tıbbi hizmetlerin maliyetlerindeki bu artış sağlık hizmeti kullanımından vazgeçme şeklinde sonuçlanmış, 2008-2013 arasında yapılan bir karşılaştırmada finansal nedenlerle sağlık hizmet talebindeki azalma oranının erkeklerde %12.3 iken, kadınlarda %18.5 olduğu saptanmıştır (**Ordioni, 2015**). Asya'da da kriz süreci ve sonrasında uygulanan yapısal reformlar, devlet harcamalarının azaltılmasının yanı sıra cepten harcamaların artmasına dayanmaktadır. Sağlıkta kamu güvencesi ve sigorta sistemlerinin olmadığı koşullarda cepten ödemeler yoksullaştırıcı sağlık harcamalarına neden olabilmektedir. Ekonomik kriz öncesinde bile Bangladeş'deki ailelerin yarısının sağlık çalışanı tarafından sunulan doğum hizmeti, dördte üçünün ise sezaryan hizmeti alacak maddi gücü olmadığı saptanmıştır. Bu koşullarda ekonomik kriz dönemlerinde artan cepten harcamaların özellikle anne, yenidoğan ve çocukların sağlık hizmet kullanımını önünde önemli bir engel oluşturacağı açıktır (**Anderson, 2011**). Sonuç olarak kriz sürecinde uygulanan ek ödemeler ve maliyetlerdeki artış, hem yüksek hem de alt orta gelir düzeyindeki ülkelerde sağlık hizmetine erişimde toplumsal cinsiyet ve gelir eşitsizliklerini artırmıştır.

### **B. Krizin erişime etkisinin sağlık hizmetleri talebi açısından değerlendirilmesi:**

#### **Hane halklarının rolü**

Kriz, hem gıda yoksunluğu, işsizlik, yoksulluk gibi değişkenler üzerinden hem de hane halkı içindeki toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizlikler üzerinden sağlık gereksinimlerini etkilemektedir. İşsizlik ve gelir azalması ABD'de meyve ve sebze tüketiminin azalması ve atıştırmalık yiyecek ve fast-food alımının artması ile ilişkili bulunmuştur. İşsizlik oranlarındaki %1'lik artış meyve ve sebze tüketiminde %3-6'lık bir azalmaya yol açmıştır (**EPHA, 2015**). 2008

ekonomik krizinde Güney Afrika'da, gıda fiyatları 2010 ve 2011 yılları arasında %7,1 artarken, Rusya Federasyonu'nda 2008'den beri her yıl %7 ile %11 arasında artmıştır. Toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle ailenin gıda güvenliğini sağlama görevini üstlenen kadınların kriz durumlarında artan gıda fiyatları karşısında ailenin diğer fertlerine yiyecek sağlamak için yemek yemeyi bırakan ilk grup olduğu bilinmektedir. Örneğin, altı ülkeyi (Bangladeş, Endonezya, Jamaika, Kenya, Yemen, Zambiya) kapsayan niteliksel bir çalışmada, kriz döneminde ailelerde gebe bile olsa kadınların beslenme konusunda öncelikli olmadığı saptanmıştır (**UNAIDS, 2012**). Gıdaya erişimde sorun yaşayan bu kadınların sağlık durumları kötüleşeceği gibi aynı zamanda sağlık hizmetine ulaşmakla ilgili sorunlar yaşayacakları açıktır.

İş kaybı ve azalan gelirlerle günlük yaşamı sürdürme sıkıntısı ruhsal sorunların artmasına neden olmaktadır. 2008 krizi sırasında Tayland'da kadınlarda intihar oranı %8,6 artmıştır (**UNAIDS, 2012**).

İrlanda'da, krizin başlangıcından bu yana, kadınlarda depresyon, erkeklerde şizofreni veya alkolizm nedenli hastane başvuruları artmıştır (**Bettio ve ark., 2013**). İzlanda Ulusal Sağlık Araştırması'ndan elde edilen veriler, kriz sonrasında strese bağlı sorun prevalansındaki artışın kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, ABD'de yapılan bir çalışma, kadınlarda ekonomik durgunluk öncesi %10 olan anksiyete tanısı sıklığının kriz sonrasında %12'ye çıktığını göstermiştir (**Karanikolos ve ark, 2016**).

Ekonomik yoksullaşma ve erkeklerin işten çıkması sonucu oluşan geleneksel "ekmek parası getiren" rollerini yerine getirmedeki hayal kırıklıkları kriz dönemlerinde kadına yönelik şiddetin de artmasına yol açmaktadır. Meksika'da 1990'larda, eski Sovyetler Birliği ve Doğu Avrupa'da geçiş yıllarında, 1997-1999 mali krizinde Asya ülkelerinde aile içi şiddet artmıştır. Son küresel ekonomik kriz sırasında, Bangladeş, Kamboçya ve Endonezya'da ekonomik sıkıntılarının aileye yansımaları sonucunda kadına yönelik şiddetin arttığı bildirilmiştir. Gelişmiş ülkelerde de kadına yönelik şiddette artış olmuştur. Ayrıca, hem ABD hem de Birleşik Krallık'tan elde edilen veriler, yardım hatları, danışmanlık hizmetleri ve barınaklar gibi aile içi şiddete maruz kalan insanlara yardım için tasarlanan hizmetlerin birçoğunun, bütçe kesintileri nedeniyle finansman zorluklarıyla karşı karşıya kaldığını ve artan yardım talebiyle baş edemediğini ortaya koymaktadır (**Stavropoulou ve Jones, 2013**).

Kriz dönemleri işten çıkarmaların yoğun yaşandığı dönemlerdir, ancak çoğunlukla ilk işten çıkartılanlar kadınlar olmaktadır. Kadınların çoğunlukla düşük ücretli, geçici ve vasıfsız işlerde çalışmaları onları daha da kırılgan yapmaktadır. Ayrıca kadınlar ve erkekler belirli sektörlerde ve mesleklerde çalışma eğilimi göstermektedir ve bu durum ülkelerdeki kadın istihdamının durumuna ve krizin etki ettiği iş kollarına göre işten çıkarma süreçlerinde kadın ve erkeklerin farklı şekillerde etkilenmelerine yol açmaktadır (**Bettio ve ark, 2013**). Güney ülkelerinde krizin en şiddetli şekilde etkilediği alanlar işgücünün %60-80'ini kadınların oluşturduğu ihracata yönelik imalat sanayileridir ve işten çıkarmalar da en çok bu sektörlerde olmuştur (**UNAIDS, 2012**). Avrupa'da kriz sonrası süreçte uygulanan kemer sıkma politikaları özellikle kamu sektöründe işten çıkarmalara ve ücret kesintilerine yol açmıştır. AB'de kamu sektörü çalışanlarının yaklaşık %70'ini kadınlar oluşturmaktadır. AB'de en çok Yunanistan ve İspanya'da kadınlar işsizlikten etkilenmiştir. Mayıs 2013'te Yunanistan'da işsizlik oranı kadınlarda %31.9 iken, erkeklerde %24.6'dır. Kadınlar için işsizlik, yoksulluk riskini artıran bir durum olmasının yanısıra ülkelerin sağlık güvence sistemlerine bağlı olarak sağlık sigortası kapsamı dışında kalmalarına yol açan bir durum da olabilmektedir (**Manganara, 2014**).

Hane halkı gelirlerinin azalması sağlık hizmet gereksinimini de etkileyen önemli bir sosyal belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Yunanistan'da kemer sıkma önlemlerinin alınmasının ardından işsiz kalan bireylerin sağlıklarında kötüleşmenin çalışanlara göre 1, 61 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu, hem sağlığın sosyal belirleyicisi olarak işsizliğin etkisinden hem de güvencesizlik nedeniyle sağlık hizmetine erişimde yaşanan sorunlardan kaynaklanmış olabilir. ABD'de emeklilik yaşına yakın yaşanan iş kayıpları olan hemşirelerde ölümcül olmayan miyokard enfarktüsü riskinin arttığı saptanmış ve bu artış iş güvencesizliğinin kısa vadedeki etkisi olarak tanımlanmıştır (**EPHA, 2015**).

Azalan hane geliri ve sağlık sigortasının olmaması koruyucu sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere sağlık hizmetlerinin kullanımında önemli düşüslere neden olabilir. 1990'ların sonundaki krizle ilgili olarak Peru'da yapılan tahminler, GSYH'deki %1'lik bir düşüşün, doğum öncesi ziyaretlerin sayısında %0, 28'lik, dört ya da daha fazla doğum öncesi ziyaret yapılan kadınların sayısında %0, 31'lik bir düşüşle ilişkili olduğunu göstermektedir (**Hou, 2013**). Yunanistan'da işsizlik ve buna bağlı güvencesizlik, hamile kadınların doğum öncesi bakımı ve doğum

için ortalama bir hane bütçesi için çok yüksek olan 1.300 € civarındaki maliyetinin karşılanamaması sonucunu doğurmuştur. Yunanistan'da, kriz döneminde uzun süredir düşüş eğiliminde olan ölü doğumlar artmış, 2008'de ölü doğum hızı 1.000 canlı doğumda 3.31 iken 2010'da 4.36'ya yükselmiştir. Ölü doğumlar için en önemli risk faktörü olan fetal büyüme geriliğinin tesbiti ve önlenmesi etkin bir prenatal izlem ile mümkündür. Bu nedenle kriz dönemindeki ölü doğum artışları kadınların gelir azalması ya da işsizlik nedeniyle antenatal hizmete erişimindeki engellerle ilişkilendirilmiştir (**EPHA, 2015**).

Kriz dönemlerinde işsizlik kadar istihdamda olan kadınlar için de sağlık erişimde sıkıntılar olduğu belirtilmektedir. İstihdamdaki kadınların iş gücü piyasasındaki kısıtlayıcı iş sözleşmeleri nedeniyle izin alamamaları, hastalık semptomları olan kadınların uygun tıbbi hizmet almalarını ya da erken teşhis olanaklarına erişmelerini engellemektedir. Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda, işgücü piyasasındaki performans baskısı nedeniyle kanser teşhislerinde gecikmelerin olduğu saptanmıştır (**EPHA, 2015**).

Kadınlar toplumsal cinsiyete dayalı rolleri nedeniyle hane içinde bakım görevini de ağırlıklı olarak üstlenmektedirler. Kadınların informal bakım yükleri sağlık ve sosyal güvence sistemlerindeki korumanın azaldığı durumlarda daha da artmaktadır (**Sen ve Ostli, 2007**). Avrupa'daki 2008 krizinin başlamasından bu yana, kamu bütçesinde kısıtlama yapan İrlanda ve İspanya gibi ülkelerde uzun süreli bakım ödeneklerinde azalmalar olmuştur. Bakım ödeneklerindeki azalma kadınları hem informal bakım sağlayıcısı oldukları için hem de uzun süreli bakıma daha çok ihtiyacı olan grup oldukları için daha fazla etkilemektedir (**Bettio ve ark., 2013**).

Küresel ekonominin asimetrik doğası nedeniyle, refah düzeyinin iyi olduğu dönemlerde birikimden en düşük payı yoksullar alırken, kriz dönemlerinde ortaya çıkan baskı ve risklerden ilk ve en çok etkilenenler yine yoksullar olmaktadır. Toplumda ve hanelerde var olan toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, yoksulluğun arttığı durumlarda kaynakların kadınlar ve erkekler arasında eşitsiz dağılımına neden olarak kadınların dezavantajlı durumunu daha da artırmaktadır. Yaşanan kriz deneyimleri, kadınların hem üretici hem de tüketici olarak krizin yarattığı yükün büyük bölümünü üstlenmek zorunda bırakıldıklarını göstermiştir. Bu nedenle krizin sağlık üzerindeki etkilerini değerlendirirken, hem sağlık durumu hem de sağlık hizmetlerine erişim açısından kadınlara özel koşulların toplumsal cinsiyet yaklaşımı ile değerlendirilmesi zorunludur.

**Kaynaklar**

- Alpizar, L., Clark, C., Rosenhek, S. Vidal, V.** (2010) *Context and trends influencing the funding landscape for gender equality and women's organizations, movements: FundHer research update brief*. Association for Women's Rights in Development (AWID). [Electronic Versions]. Erişim Tarihi Şubat 2019, <http://www.awid.org/Library/Context-and-Trends-Influencing-the-Funding-Landscape-for-Gender-Equality-and-Women-s-Organizations-Movements>.
- Anderson, I., Axelson, H., Tan, B. K.** (2011) *The other crisis: the economics and financing of maternal, newborn and child health in Asia*. *Health Policy and Planning*, 26:288-297.
- Bettio, F., Corsi, M., D'Ippoliti, C., Lyberaki, A., Lodovici M.S. Verashchagina, A.** (2013) *The impact of the economic crisis on the situation of women and men and on gender equality policies; synthesis report* Publications Office of the European Union, Luxembourg. Erişim Tarihi Şubat 2019, <https://www.ehu.eu/documents/2007376/2226923/The+impact+of+the+economic+crisis+on+the+situation+of+women+and+men+and+on+gender+equality+policies%3%A7>
- Cutler, D. M., Knaul, F., Lozano, R., Mendez, O., Zurita, B.** (2002) *Financial crisis, health outcomes and ageing: Mexico in the 1980's and 1990's*. *Journal of Public Economics* 84: 279-303.
- Çiçeklioğlu, M.** (2011) *Türkiye'de Sağlık Reformları, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara*
- Etiler, N.** (2011) *Türkiye'de Sağlık Reformlarının Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara*
- EPHA.** (2015) *Access to Healthcare and the Economic Crisis in Europe Health in Economic Policies and the Case for Universalism* Erişim Tarihi Şubat 2019, [http://epha.org/wp-content/uploads/2015/12/Universal\\_Access\\_Report\\_final\\_Nov2015.pdf](http://epha.org/wp-content/uploads/2015/12/Universal_Access_Report_final_Nov2015.pdf)
- European Commission.** (2009) *Access to healthcare and long-term care: Equal for women and men? Publications Office of the European Union, Luxembourg*.
- Gwatkin, D.R.** (2003) *Initial country-level information about socioeconomic differences in health, nutrition, and population, volumes I and II* Washington DC, The World Bank [Elektronik Versiyon], Erişim Tarihi Şubat 2019, <https://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/IndicatorsOverview.pdf>
- Hou X, Velényi EV, Yazbeck AS, Iunes RF, Smith O.** (2013) *Learning from Economic Downturns: How to Better Assess, Track, and Mitigate the Impact on the Health Sector. Directions in Development*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0060-3.
- Karanikolos, M., Heino, P., McKee, M., Stuckler, D., and Le-gido-Quigley, H.** (2016) *Effects of the global financial crisis on health in high-income OECD countries: A narrative review*, *International Journal of Health Services* 46(2): 208-240.
- Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D.** (2014) *Greece's health crisis: from austerity to denialism*. *Lancet*. 2014;383(9918):748-753.
- Kyriopoulos, I.I., Zavras, D., Skroumpelos, A., Mylona, K., Athanasakis, K., Kyriopoulos, J.** (2014) *Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece*. *International Journal for Equity in Health* 25;13:54.
- Manganara, J.** (2014) *The effects of the economic crisis on women in Europe*. 4 december 2014 in *Economy, News*. Erişim Tarihi Şubat 2019, <https://womenalliance.org/the-effects-of-the-economic-crisis-on-women-in-europe>.
- Ordioni, N.** (2015) *Gendered dimensions of the impact of the economic crisis in France*. In *The Impact of the Crisis on Gender Equality and Women's Wellbeing in the European Union Mediterranean Countries Emerging Crimes Unit of UNICRI (Vittoria Luda di Cortemiglia, including Inna Kotava and Georgiana Ward-Booth)* published by UNICRI. Erişim Tarihi Mart 2019, [http://www.unicri.it/news/files/VAW\\_draft\\_last\\_lowq.pdf](http://www.unicri.it/news/files/VAW_draft_last_lowq.pdf).
- Öztürk Yaman, M.** (2010) *Kapitalist gelişme ve kriz sürecinde kadın emeği: Asya deneyiminden çıkarılacak dersler*. *Çalışma ve Toplum*, 105-132.
- Öztürk Yaman, M.** (2009) *Geç Kapitalistleşen Ülkelerde Krizlerin Kadınların Hayatında Yarattığı Güçlükler*, *EconAnadolu 2009: Anadolu International Conference in Economics*'e sunulmuş tebliğ, *Anadolu Üniversitesi, Eskişehir*, 17-19 Haziran.
- Paxson, C., Schady, N.** (2005) *Child Health and Economic Crisis in Peru*, *The World Bank Economic Review*, 19(2): 203-223.
- Raaber, N.** (2011) *Krizin kadınlar üzerindeki etkisi: Bölgeler arasında başlıca ortak eğilimler*. *Kalkınmada Kadın Hakları Derneği (AWID), Editörler; Cindy Clark ve Alejandra Scampini*, [Elektronik Versiyon], Erişim Tarihi Şubat 2019, [http://www.forum.awid.org/forum12/wp-content/uploads/2011/03/BRIEF11\\_tur\\_web.pdf](http://www.forum.awid.org/forum12/wp-content/uploads/2011/03/BRIEF11_tur_web.pdf).
- Sen, G., Ostlin, P.** (2007) *Unequal, unfair, ineffective and inefficient: gender inequality in health—why it exists and how we can change it*. Stockholm: Karolinska Institute, 2007. [Elektronik Versiyon], Erişim Tarihi Ocak 2019, [https://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/wgekn\\_final\\_report\\_07.pdf](https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf).
- Stavropoulou, M., Jones, N.** (2013). *Off the balance sheet: the impact of the economic crisis on girls and young women A review of the evidence*. Overseas Development Institute, London, UK. Erişim Tarihi Şubat 2019, <https://www.compromisorse.com/upload/estudios/000/227/economic-report-2013.pdf>.
- Tanık Aksu, F.** (2018) *Mültecilerin sağlık hizmetine erişimi*, *Toplum ve Hekim*, 33:268-276.
- Tibandebage, P., T. Kida.** (2011) *The gendered impact of the global economic crisis on financing and access on health care in Tanzania*. ESRF Discussion Paper 37. Dar es Salaam: Economic and Social Research Foundation. [Elektronik Versiyon] Erişim Tarihi Mart 2019, <http://esrf.or.tz/docs/esrfdiscussionpaper37.pdf>.
- UNAIDS.** (2012) *Impact of the global economic crisis on women, girls and gender equality*. Geneva, Switzerland. Erişim Tarihi Şubat 2019, [http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2368\\_Women\\_girls\\_and\\_gender\\_en.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2368_Women_girls_and_gender_en.pdf).