**COVİD-19 PANDEMİSİ VE SAĞLIĞI KÜRESEL KAMUSAL BİR MAL OLARAK DÜŞÜNMEK**

**Duygu Dündar Öztaşçı[[1]](#footnote-1)**

**ÖZET**

Krizler, devletler ve uluslararası kuruluşlar gibi kurumların güçlü ve zayıf yönlerini ortaya çıkarmaları açısından tarihi dönüm noktalarıdır. **Bu çalışmanın amacı:** Covid-19 Krizi’nin devletlerin ve uluslararası kuruluşların hangi güçlü ve zayıf yönlerini ortaya çıkardığını tespit etmektir. **Yöntem:** bu amaçla söz konusu kurumların Covid-19 pandemisi kapsamında aldığı önlemler hakkında yapılan çalışmalar incelenmiştir. **Bulgular:** Covid-19 pandemisi ile mücadelede devletlerin etkin bir rol aldığı ve ayrıca güçlü sağlık sistemine sahip ülkelerin görece süreci daha iyi yönetebildiği konusunda literatürün hem fikir olduğu görülmüştür. Diğer taraftan uluslararası kuruluşların pandemiyle mücadele konusundaki küresel aktör rolünü yerine getiremedikleri görülmüştür. **Sonuç:** İçinde bulunduğumuz sürecin en önemli derslerinden birisi sağlığın küresel kamusal bir mal olduğuna yönelik kabuller olabilir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü tarafından kurulan “Covid-19 Araçlarına Erişim Hızlandırıcısı (ACT)” ve bu çalışmanın aşı ayağını oluşturan “Covid-19 Aşılarına Küresel Erişim Aracı (COVAX)” gibi küresel iş birlikleri önem kazanmaktadır. Buradan hareketle küresel düzeyde, “salgın hastalıklarla mücadele fonu” ve “salgın hastalıkların tedavisi ve aşısının geliştirilmesine yönelik Ar-Ge merkezi” gibi kurumlar politika önerisi olarak sunulabilir.

**ANAHTAR KELİMELER:** Pandemi, Devlet müdahalesi, Küresel kamusal mal, Uluslararası kuruluşlar, Küresel iş birliği.

**THE COVİD-19 PANDEMİC AND THINKING HEALTH AS A GLOBAL PUBLIC GOODS**

**ABSTRACT**

Crises are historical turning points in terms of revealing the strengths and weaknesses of institutions such as states and international organizations. **The aim of the study:** To determine which strengths and weaknesses of states and international organizations have been revealed by the Covid-19 Crisis. **Method:** For this purpose, the studies about the measures taken by the said organizations within the scope of the Covid-19 pandemic were examined. **Findings:** It has been seen that the literature agrees that states take an active part in a struggle with the Covid-19 pandemic and also countries that have a strong health system can relatively better manage the process. On the other hand, it has been seen that international organizations cannot fulfill the role of the global actor in a struggle with the pandemic. **Conclusion:** One of the most important lessons of the current process may be the acceptance that health is a global public good. For this reason, global cooperation such as the “Accelerator for Access to Covid-19 Tools (ACT)” created by the World Health Organization and the “Global Access Tool for Covid-19 Vaccines (COVAX)”, which constitutes the vaccine part of this study, are becoming importance. These and similar studies need to be supported and developed with the participation of all countries. From this point, institutions such as on a global scale “fund to fight epidemics” and “R&D center for the treatment of epidemics and development of vaccines” can be presented as policy recommendations.

**KEYWORDS:** Pandemic, State rugulation, Global public goods, International organizations, Global cooperation.

**GİRİŞ**

Devletin ekonomiye müdahale gerekçeleri genellikle piyasa başarısızlıkları teorisi ile açıklanmaktadır. Sağlık sektöründe müdahale gerekçelerinden biri de piyasa başarısızlıklarıdır. Piyasa başarısızlıkları, eksik rekabet, kamu malları, dışsallıklar, eksik ya da aşırı üretim, eksik bilgi, işsizlik ve diğer makroekonomik sorunlar olarak ifade edilebilir (Stiglitz ve Rosengard, 2015: 93). Piyasanın Pareto etkinlikten uzaklaşmasına neden olan piyasa başarısızlıklarının dışında hükümet müdahalesi için iki önemli gerekçe daha vardır. Bunlardan ilki, gelirin piyasa ekonomisine hiçbir müdahale olmaksızın [birincil gelir dağılımı] dağılımının sosyal olarak eşit olmama ihtimalidir. İkincisi ise bir bireyin kendi refahı hakkında yargıda bulunmak için doğru ya da yeterli idrake sahip olmama ihtimalidir (Stiglitz ve Rosengard, 2015: 271).

Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin sahip olduğu pozitif dışsallıklar ve salgın hastalık durumlarında ortaya çıkan negatif dışsallıklar, sağlık sektörüne kamu müdahalesinin gerekçeleri arasında gösterilebilir. Piyasa ekonomisinde ön koşul olan karlılık sağlanamazsa hizmetin eksik üretimi söz konusu olabilir ve bu durumda yeterli gelire sahip olmayan bireyler bu hizmetlerden faydalanamaz. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri gibi temel sağlık hizmetlerinin kamu sektörü tarafından herkese eşit olarak sağlanması, kamu yararınadır. Sosyal ve ekonomik açıdan düzenin ve devamlılığın sağlanması, toplumu oluşturan sağlıklı bireylerin varlığına bağlıdır.

Devletin sağlık sektörüne müdahalesinin en önemli gerekçelerinin başında gelir eşitsizliği gelmektedir. Çünkü herhangi bir birey, geliri yetmediği için sağlık hizmetlerinin faydasından dışlanamaz. Özellikle de tedavi edilmediğinde, toplumun geri kalanını da tehdit eden bulaşıcı hastalıklar için devlet müdahalesi kaçınılmazdır. Ayrıca uluslararası belgeler tarafından temel insan haklarından biri olarak kabul edilen sağlık hakkı, sosyal güvenlik hakkında olduğu gibi devlet tarafından güvence altına alınmalıdır. Sağlığı temel insan hakları arasında kabul eden ilk uluslararası belge İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948)’ne göre “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır”.

İçinde bulunduğumuz ve küresel bir salgın (pandemi) haline gelen Covid-19 (*Corana Virus Disease-2019*) salgını ile mücadele sürecinde devletlere ve uluslararası kuruluşlara önemli görevler düşmektedir. Ancak tecrübe edildiği üzere en önemli görevi tekil olarak devletler üstlenmek durumunda kalmış ve uluslararası kuruluşlar mücadele sürecinde geri planda kalmıştır. Diğer taraftan Covid-19 krizinin neden olduğu ekonomik ve sosyal krizlerin boyutu dikkate alınırsa ülkelerin özellikle de az gelişmiş ülkelerin bu krizle tek başına mücadele edebilmesi zor görünmektedir. Gelişmiş ülkeler ise krizin ekonomik ve sosyal hasarlarını tek başına onarabilse bile tüm dünya güvenli hale gelene kadar ya da tüm dünya aşılanana kadar Covid-19 salgını bütün ülkeleri tehdit etmeye devam edecektir. Dünya bu salgını atlatsa da gelecekte olası salgın risklerinin varlığı, bu risklere karşı uluslararası bir iş birliğini gerekli kılmaktadır. Her şeyden önce bir halk sağlığı krizi haline gelen bu salgın, sağlığın bir kamu malı olduğunu tüm dünyaya bir kez daha hatırlatmıştır. Bu nedenle bu makalede salgından çıkarmamız gereken en önemli dersin sağlığın küresel kamusal bir mal olduğu savunulurken, küresel düzeyde sağlık hizmetlerine eşit erişim ve benzer salgın risklerine karşı hazırlık konularında uluslararası bir iş birliğinin gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu kapsamda çalışmanın ilk bölümünde salgın hastalıklarla mücadelede devlet müdahalesinin gerekliliği ve önemi üzerinde durulmuştur. İkinci bölümde sağlığı, niçin küresel kamusal bir mal olarak kabul etmemiz gerektiği ve pandemiden çıkarmamız gereken en önemli dersin bu olması gerektiği açıklanmaktadır. Üçüncü bölümde seçilen ülkelerin pandemi ile mücadelede aldığı mali önlemlere yer verilmiş ve dünya genelinde alınan mali önlemlerin ülke GSYİH’sine oranları üzerinden gelişmiş, gelişmekte olan ve düşük gelirli ülkeler arasında bir karşılaştırma yapılmıştır. Dördüncü ve son bölümde ise bazı uluslararası kuruluşların pandemi ile mücadele sürecinde aldığı önlemler veya yürüttüğü çalışmalar açıklanmıştır. Sonuç bölümünde ise teorik ve politik çıkarımlar bağlamında politika önerilerine yer verilmiştir.

1. **SALGIN (BULAŞICI) HASTALIKLARLA MÜCADELEDE DEVLET MÜDAHALESİ**

Salgın (bulaşıcı) hastalık, bir kişiden diğerlerine bulaşabilecek her türlü hastalık olarak ifade edilir ve dolayısıyla toplumun tamamı için bir risktir (Lee ve Owen, 2008: 48). Salgın hastalıklar belirli bölgede ortaya çıkabileceği gibi bir ülkenin tamamına ya da birden fazla ülkeye de yayılabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün tanımlarına göre, belirli bir bölgede, bir toplumda ya da bir grup insanda yaygınlaşan salgın hatalıklar “epidemi” olarak adlandırılırken, bölge ve gruplar üstü coğrafi bir salgın söz konusu ise bu, “pandemi” olarak adlandırılır. Başka bir ifade ile pandemi, “Dünya çapında veya çok geniş bir alanda meydana gelen, uluslararası sınırları aşan ve genellikle çok sayıda insanı etkileyen bir salgın” olarak tanımlanır (Kelly, 2011). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre hayvandan insana kolayca bulaşan yeni bir virüsün olması ve bunun insandan insana kolay ve sürekli bir şekilde bulaşması halinde bu virüs, pandemi olarak nitelenir. Söz konusu kriterlere sahip olan Covid-19 salgını da WHO tarafından 11 Mart 2020’de pandemi olarak ilan edilmiştir.

Tüm toplumu tehdit eden böyle bir riskin önlenmesi, kontrol altına alınması ve tedavi edilmesine yönelik çabalar, toplumun tamamına fayda sağladığı için salgın hastalık riskine karşı alınan önlemler *kamu yararı* niteliği kazanmaktadır. Bu nedenle salgın hasatlıkların yayılmasını önlemek için alınan önlemlerin faydası, bir *kamu malı* özelliği göstermekte ve faydasından kimsenin dışlanması ya da bir diğerine rakip olması söz konusu değildir. Kamu mallarının üretiminin piyasaya bırakılması halinde bazı piyasa başarısızlıkları nedeniyle eksik üretim sorunu oluşacaktır. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili birçok malın eksik üretilmesine yol açan bazı piyasa başarısızlıklarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Lee ve Owen, 2008: 48-49):

* Ödeme yapıp yapmadığına bakılmaksızın bir hastalık gözetim sisteminin faydasından kimsenin dışlanamaması, bireylerin bu tür mallara yatırım yapmasını engeller,
* Bağışıklık kazandırma programı gibi bazı işlevler piyasaya bırakıldığında bedavacılık sorunu oluşabilir,
* Sınırlı sayıda bireyi etkileyen salgın hastalıklara yönelik mal ve hizmetlerin, piyasa ekonomisinin karlılık koşullarını sağlamaması eksik üretime neden olur,
* Toplumdaki negatif dışsallığa sahip bazı bireysel ya da kolektif davranışlar, salgın hastalıkların risklerini arttırabilir,
* Toplumsal faydası yüksek bir eylemim maliyetinin toplumsallaştırılması gerekebilir ve bunu ancak devlet yapabilir.

Genel olarak kamu mallarının üretimi, sadece piyasaya bırakıldığında eksik üretim oluşacak ve devletin müdahale etmesi gerekecektir. Ancak devlet müdahalesi sadece piyasa başarısızlıkları ile gerekçelendirilmemektedir. Ayrıca, hastalar ve sağlık hizmeti sunucuları arasında hastalar aleyhine eksik bilginin söz konusu olması, hastalık gözetim sistemleri, aşılar vb. olumlu dışsallıklara sahip kamu mallarının varlığı, hastalar açısından oluşabilecek ters seçim ve ahlaki tehlike gibi sorunların varlığı da devletin sağlık hizmetleri sunumuna müdahalesinin gerekçelerini oluşturmaktadır. Sağlık sorunları hakkında bilgi sahibi olmayan hastalar, kendi adlarına sağlıkla ilgili ve tıbbi kararlar almaları için sağlık profesyonellerine güvenirler. Hastalar, hekimlerin kararlarının ve eylemlerinin yeterliliğini değerlendirmek ve klinik hizmetlerin çevresel ve kişilerarası yönlerine, yani en iyi değerlendirebilecekleri unsurlara odaklanmak konusunda yetersizdir. Toplu aşılama, çevre sağlığı faaliyetleri, sağlık eğitimi ve teşviki, gözlem (sürveyans), sınırlarda bulaşıcı hastalıkların kontrolü vb. gibi kamu malları olarak adlandırılan bazı önemli sağlık hizmetleri, özel hizmet sunucular için karlı değildir ve esas olarak hükümetler tarafından sağlanmaktadır (WHO, 2006: 4).

Devletlerin salgın hastalıkların yayılmasını önlemeye yönelik kamu mallarına ilişkin rolü, Tablo 1.1’de yer alan altı temel ilkeyi ve bunların gerçekleştirilmesi için birtakım faaliyetleri gerektirir.

**Tablo 1.1 Temel İlke ve Faaliyetler**

|  |  |
| --- | --- |
| **İLKELER** | **FAALİYETLER** |
| Gözetim ve Raporlama | -Epidemiyolojik eğitim ve denetimin sağlanması  -Gözlem standartlarının geliştirilmesi  -Hastalık eğilimlerinin coğrafi ve zamansal olarak izlenmesi  -Yeni hastalık tehditlerinin tanımlanması ve salgınların tespiti  -Şüpheli ve teyit edilmiş vakaların, yerel, ulusal, bölgesel ve küresel düzeylerde ilgili makamlara bildirilmesi  -Uygun önlem ve kontrol tedbirlerinin tasarımı  -Müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi |
| Kapsamlı Acil Durum Planlaması | -Büyük salgınlarla başa çıkmak için olay planının geliştirilmesi ve uygulanması  -Salgının ilan edilmesi, salgın kontrol ekibinin oluşturulması ve kontrol faaliyetlerinin başlatılması için protokollerin kabul edilmesi  -Salgın ekibi üyelerinin ve diğer ilgili organların görev ve sorumluluklarının belirlenmesi  -Kaynak mobilizasyonu için düzenlemeler  -Salgın kontrol ekibi ve halkla iletişim için düzenlemeler  -Salgın olaylarından sonra olay planının değerlendirilmesi |
| Net Komut ve Kontrol Yapıları | -Atılması gereken ilk adımlar için karar ve eylemleri yönetecek operasyonel komuta ve kontrol yapıları  -Kaynak elde etme ve tahsis etme önceliklerini belirlemek, genel müdahaleyi planlamak ve koordine etmek için ustaca planlanmış komuta ve kontrol yapıları  -Stratejik hedefler ve genel yönetim çerçevesi oluşturmak, uzun vadeli kaynak ve uzmanlık sağlamak için stratejik komuta ve kontrol yapıları  -Uygun bir halk sağlığı müdahalesi sağlamak için gerekli yasal çerçevenin oluşturulması |
| Bütünleştirilmiş Müdahale | -Yerel, ulusal, bölgesel ve küresel düzeylerde kombine ve koordineli bir müdahale sağlamak için çeşitli kuruluşlar ve sağlık sistemi düzeyleri arasındaki ilişkilerin gözden geçirilmesi |
| Yeterli Dalgalanma Kapasitesi | -İzolasyon ve enfeksiyon kontrolü tesisleri de dahil olmak üzere sağlık sisteminin birinci ve üçüncü seviyelerinde yetersiz tesislere yatırım yapılması  -Gerekli klinik uzmanlık ve becerilere sahip personelin işe alınması ve eğitimi  -Bulaşıcı hastalık kontrol önlemleri konusunda diğer sağlık personelinin temel eğitimi |
| Şeffaf ve Etkili İletişim | -Topluma, açık, zamanında ve gerçek anlamda doğru bilgi verilmesi  -Medya ile çalışma konusunda üst düzey yetkililerin eğitimi  -Halk sağlığı konularında halk eğitim programının geliştirilmesi |

**Kaynak:** Lee ve Owen (2008: 51)

Tablo 1.1’de yer alan temel ilkeler ve bu ilkelere bağlı faaliyetler, salgının kontrol altına alınması ve önlenmesi adına hükümetlere yol göstermekle birlikte, uygulamalar ülkeden ülkeye farklılaşmaktadır.

OECD (2020a: 1)’e göre “hükümetler, korona virüsün ve ekonomik etkisinin üstesinden gelmek için hızlı ve güçlü bir şekilde hareket etmelidir”. Bu bağlamda küresel ölçekte kurumsal destek sağlayan bir kuruluş olmasına rağmen OECD, Covid-19 ile mücadelede tek başına hükümetlerin rolüne vurgu yapmaktadır. Ayrıca, enfeksiyonu ve bulaşmayı önlemek için etkili halk sağlığı önlemlerinin alınması, sağlık sistemlerinin ve çalışanlarının desteklenmesi, savunmasız sosyal grupların ve işletmelerin gelirlerini korumak için politikaların uygulanması gibi bir takım öneriler sunmaktadır. Söz konusu öneriler kapsamında sokağa çıkma yasakları, geçici seyahat yasakları gibi önlemlerin talepte neden olduğu düşmenin, salgın hafifledikten sonra geri kazanılması ve güven duygusunun canlı tutulması için destekleyici makroekonomik politikaların uygulanması tavsiye edilmektedir.

OECD’nin tavsiye niteliğindeki görüşleri Covid-19 pandemi sürecinde hükümet müdahalelerinin sağlık, sosyal ve ekonomik alanların düzenindeki önemine vurgu yapmaktadır. Diğer taraftan özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin, salgını kontrol altına almada başarılı olsalar bile aşı çalışmaları veya üretilen aşılara erişim açısından başarı sağlamaları oldukça zordur. Bu nedenle sağlık sektöründe devletlerin etkin rol alması tek başına yeterli olmayıp hastaların tedavisi ve aşıya erişim sürecinde küresel ölçekte eşitliğin sağlanması, uluslararası iş birliğini gerektirmektedir.

1. **SAĞLIĞI KÜRESEL KAMUSAL MAL OLARAK YENİDEN DÜŞÜNMEK**

Sağlığın küresel tanımı, “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu” iken ulusal tanımı, “yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” şeklindedir.

Sağlık hakkı, devletin olumlu bir müdahalesi ile gerçekleşen pozitif statü hakları içinde değerlendirilmektedir (Bayındır, 2007: 552). İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948), sağlık hakkını “herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı” olarak tanımlarken; Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (1976) “herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve zihinsel sağlık standartlarına sahip olma hakkı” olarak tanımlanmıştır.

Sağlık hizmetleri temelde özel mal özelliklerini taşırken, sahip olduğu dışsallıklar nedeniyle kamusal mal özelliklerini de sahiptir. Sağlık hizmeti sadece o hizmeti kullanan bireye fayda sağlıyorsa, tam özel mal; ancak faydası toplumu oluşturan tüm bireylere yayılıyorsa tam kamusal mal olarak nitelendirilmektedir (Akdemir ve Karakurt, 2009: 223). Sağlıklı bireylerin toplumsal faydası yüksek iken aksi durumda ortaya çıkabilecek tehlikeler ve maliyetler çok yüksek boyutlara ulaşabilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kamu sektörü tarafından üretilmesi kaçınılmazdır. Bunun yanı sıra fiyatlandırılmasının mümkün olması ve pazarlanabilir olması sağlık hizmetlerine, finansmanına bu hizmetlerden yararlanan bireyleri de dahil ederek özel sektör tarafından üretilebilen yarı kamusal mal niteliği kazandırmaktadır (Altay, 2007: 35).

Sahip olduğu tüm bu özelliklerin yanı sıra sağlık hizmetlerinin yarattığı iki önemli dışsallık nedeniyle sağlık, küresel kamusal bir mal özelliği de kazanmaktadır. Bu iki dışsallıktan ilki, salgın hastalıkların ülke sınırlarını aşarak küresel bir risk oluşturması şeklindeki negatif dışsallıktır. İkincisi, salgın hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve bu hastalıklardan korunmaya yönelik aşıların geliştirilmesi ile bu tür salgın hastalıkların teşkil ettiği küresel riskin azaltılması şeklindeki pozitif dışsallıktır. Sahip olduğu bu özellikler nedeniyle sağlık, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından küresel kamusal mal olarak sınıflandırılmaktadır (Yılmaz ve Yaraşır, 2011: 10). Mevcut durumda tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemisi, sağlığın küresel bir kamusal mal olduğunu ve salgın durumundaki negatif dışsallıkların tüm dünyayı nasıl hızlı bir şekilde etkileyebileceğini gözler önüne sermiştir.

Salgının insan hayatı ve sağlığı açısından neden olduğu felaketler aynı zamanda sosyal ve ekonomik açıdan da büyük sorunlara neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık, kendi başına bir amaç olmaktan ziyade sosyal ve ekonomik hayatın ayrılmaz bir parçası ve büyümenin de temel unsurlarından biridir. Sağlık hizmeti sağlama sorumluluğu, temelde ulusal düzeyde bir sorumluluk olsa da küreselleşmeyle birlikte insan sağlığının korunması için gerekli araçlar da küresel bir niteliğe bürünmektedir (Yardım ve Parlak, 2020: 134).

1980’li yıllarda başlayan “sağlıkta reform” tartışmaları ile birlikte Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü gibi kurumların da liderliğinde, ulusal sağlık sistemlerinde bir dönüşüm başlamıştır. Sağlık hizmetlerindeki bu dönüşümün en önemli nedeni ise sağlık harcamalarının devletlere olan maliyetlerindeki artış olarak gösterilmiştir. 1970’lerden itibaren kabul görmeye başlayan Neoliberal ekonomi politikalarının etkili olduğu bu dönüşüm çabaları, sağlık alanında özelleştirme ve yerinden yönetim uygulamalarını beraberinde getirmiştir (Erol ve Özdemir, 2018: 123).

Söz konusu reformlar birçok OECD ülkesinde sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu-özel ortaklığı modelinin benimsenmesini sağlamıştır. Refah odaklı sağlık sistemlerinde başlatılan ve özel hizmet arzını artırmayı amaçlayan birçok aktif özelleştirme politikasının bir sonucu olarak, hükümetler sağlık hizmeti sunumunda kamu-özel ortaklığını yönetme konusunda giderek daha fazla endişelenmektedir. Özelleştirme politikalarının finansman ve sağlık sunum sistemlerindeki etkisini inceleyen bazı araştırma sonuçlarına göre (WHO, 2006: 6):

* ABD’de kar amacı gütmeyen hastaneler (kamu) ile kar amacı güden hastaneler (özel) karşılaştırıldığında, performansları benzer bulunmuştur.
* Kanada’da aşılama programları üzerine yapılan kapsamlı bir çalışma, kamu kurumlarının hesap verebilirlik, prosedürlerin standardizasyonu, aşı uygulamaları, insan kaynakları kullanımı, kayıt yönetimi, maliyet vb. açılarından özel kurumlara göre daha avantajlı olduğunu ortaya koymuştur.
* California’da, yedi yerel hükümet, daha fazla verimlilik elde etme umuduyla 1970’lerin sonunda kamu hastanelerini özel yönetime devretmiş ve birkaç yıllık denemeden sonra bunlardan beşi, birim işletim maliyetlerinin azaldığına veya verimliliğin arttığına dair bir kanıt bulunamadığından sözleşmelerini feshetmiştir.
* Küba’da 1959 devriminden sonra, sağlık sisteminin özel sektörün hakimiyetinden neredeyse tamamen kamu sektörünün hakimiyetine geçtiği ve bunun hizmet sunumunda büyük bir artışla ve Kübalıların sağlık durumundaki olağanüstü iyileşmeyle ilişkili olarak, okuryazarlık da dahil olmak üzere bir dizi sosyal gelişmeyi beraberinde getirdiği tespit edilmiştir.
* Şili’de 1970'lerin askeri diktatörlüğü, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini teşvik ederek hükümetin hizmet sunumuna katılımını azaltmış ve bunun sonucunda nüfusun tamamı için beklenen yaşam süresi azalmasa da yoksul kesimlerinin, sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkilenmiştir.
* Sağlık hizmetlerini özelleştirmenin temel amacının bireysel tercihleri ​​genişletmek olmasına rağmen 1989 yılında dünya çapında yapılan bir çalışma, “sadece sanayileşmiş toplumlarda ayrıcalıklı tüketicilerden oluşan küçük bir grup” için bu amaca ulaşılabileceğini ortaya koymaktadır.

Bu değerlendirmelerden ulaşılabilecek sonuçlardan biri, kamu malı olan sağlığın büyük oranda özel sektör tarafından sunumunun toplumun önemli bir kısmının sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilediğidir. WHO (2006: 6)’ya göre sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine yönelik tecrübeler arttıkça buradan çıkarılan dersler, sağlık hizmetlerinin zamanla daha fazla devlet kontrolüne geçmesine neden olacaktır. WHO’nun sağlık hizmetlerinin geleceğine yönelik bu öngörüsünün, içinde bulunduğumuz Covid-19 Krizi ile birlikte gerçekleşmesi beklenebilir. Tüm dünyada sadece sağlık alanında değil ekonominin tüm alanlarında devlet kontrolünün artmasına neden olan bu kriz, sağlık hizmetlerinde 1980’lerde başlayan özelleştirme dalgalarının tersine dönmesine neden olabilir. Henüz tüm devletlerin mücadeleye devam ettiği Covid-19 pandemisi, sağlık hizmetlerinin sunumunun niçin özel sektöre bırakılamayacağı veya bırakılmaması gerektiği dersini, tüm dünyaya anlatmaktadır.

Covid-19 pandemisi, sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet ve toplum arasındaki ilişkiyi “müşteri” odaklı bir dönüşüme sürükleyen Neo-liberal politikaların haksızlığını kanıtlamıştır. Yani salgın temel insan haklarından olan sağlığın, piyasa mantığıyla değil kamu yararı göz önüne alınarak devlet tarafından güvence altına alınmasının ve hizmet sunumu ve finansmanının büyük ölçüde devlet tarafından gerçekleştirilmesinin önemini ortaya çıkarmıştır (Valiyeva, 2020: 395).

Pandemi, sağlığın devlet tarafından güvence altına alınması gereken bir hak olması gerektiğinin önemini ortaya koymakla birlikte, küresel düzeyde de bir iş birliğinin önemine işaret etmektedir. Her ne kadar pandemiyle mücadele kapsamında her ülke kendi uygulamalarını hayata geçirse de salgına karşı tek başına başarıya ulaşması mümkün değildir. Çünkü salgını kendi sınırları içinde tamamen sona erdiren bir ülke, kapılarını kapatıp tüm dünyanın salgından arınmasını bekleyemez. Ülke ekonomilerinin iç içe geçtiği küresel ekonomik düzende her ülke, ekonomisini ayakta tutmak için diğer ülkelere muhtaçtır. Bu nedenle salgının hızlı bir şekilde tüm dünyada sona ermesi ve insanların sağlığına kavuşması, sosyal ve ekonomik hayatın devamlılığı açısından küresel bir çıkar haline gelmektedir.

Yukarıda yer verdiğimiz teorik yaklaşımlar ve güncel gelişmelerden hareketle Covid-19 pandemisinden çıkarılabilecek en önemli derslerden birisinin de sağlığın küresel kamusal bir olduğuna yönelik görüşlerin güçlenmesidir. Lucchese ve Pianta (2020: 101-103)’ya göre, Covid-19 pandemisinden en azından üç ders çıkarmamız gerekir: (i) sağlığın küresel kamusal bir mal olduğu, (ii) refah devletinin, piyasaya etkili bir alternatif olduğu ve (iii) refah devleti ve halk sağlığının, eşitsizlikleri azalttığı. WHO’ya göre, “herkes güvende olana kadar kimse güvende olmayacak”. Bu nedenle pandemiyle mücadelede her ne kadar hükümetlerin rolü ağırlık kazansa da küresel iş birliklerinin de yeri önemlidir. Stiglitz (2012: 357)’in ifadesiyle, “küreselleşmeyi küresel eşitlik ve verimliliği artıracak şekilde yeniden düzenlemek mümkün”.

1. **SEÇİLMİŞ ÜLKELERDE MALİ ÖNLEMLER**

Toplamda 250 ülkenin incelendiği bir araştırmada[[2]](#footnote-2) ülkeler, karantina verimliliği, hükümet politikalarının verimliliği, izleme ve tespit, sağlık hizmetlerine hazırlık, ülke güvenlik açığı ve acil durum hazırlığı olmak üzere altı kritere göre puanlandırılarak en yüksekten düşüğe doğru sıralanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, en yüksek puana sahip ilk beş ülke sırasıyla, Almanya, Yeni Zelenda, Güney Kore, İsviçre ve Japonya’dır. Türkiye ise 36. sırada yer almakta ve Polonya (37), İtalya (43), Rusya (45), İsveç (49) ve Fransa (54) gibi birçok Avrupa ülkesinden daha iyi durumdadır. Salgın başlangıcında gevşek politikaları ile dikkat çeken ABD ise 55. sırada yer alırken Güney Amerika, Orta Doğu ve Afrika ülkeleri, sıralamanın sonlarında yer alan ülkelerdir.

Yukarıda değinilen araştırma sonuçlarına göre ilk üç sırada yer alan ülkelerin aldığı mali önlemler, IMF (International Monetary Fund) tarafından derlenen Covid-19’a Politika Tepkileri[[3]](#footnote-3)’ne göre kısaca şu şekildedir:

* **Almanya:** Covid-19 ile mücadele ve sonrasında ekonomik toparlanmayı desteklemek amacıyla pandeminin başından bu yana bütçeye ek üç mali önlem paketi açıklamıştır. Bunlar sırasıyla: Mart 2020’de 156 milyar Euro (GSYİH’nin yüzde 4,7’si), Haziran 2020’de 130 milyar Euro (GSYİH’nin yüzde 3,9’u) ve Mart 2021’de 60 milyar Euro (GSYİH’nin yüzde 1,7’si). Bu paketler kapsamında, sağlık sektörüne yönelik (sağlık ekipmanı, hastane kapasitesi ve Ar-Ge (aşı) harcamaları), işçiyi ve istihdamı korumaya yönelik (kısa vadeli çalışma ödeneği (Kurzarbeit), düşük gelirli ebeveynler için genişletilmiş çocuk bakımı yardımı ve serbest meslek sahipleri için gelir desteği) harcamalar, küçük işletmelere ve sektöre yeni atılan girişimcilere hibe ve faizsiz kredi destekleri, ailelere doğrudan gelir destekleri ve geçici KDV indirimi yoluyla dolaylı gelir destekleri gibi harcamalar veya vazgeçilen gelirler söz konusudur. Ayrıca kamu kalkınma bankası (KfW) ve yeni kurulan kamu istikrar fonu (WSF) aracılığıyla farklı büyüklükteki firmaların, kredi garantörlerinin ve kar amacı gütmeyen kuruluşların mevcut garanti hacmi ve kamu garantilerine erişimi genişletilmiştir. Federal hükümet tarafından açıklanan bu mali paketlere ek olarak birçok yerel yönetim tarafından açıklanan önlem paketlerine göre 141 milyar Euro tutarında doğrudan destek ve 70 milyar Euro’ya yakın kredi garantileri için harcama yapılmıştır[[4]](#footnote-4).
* **Yeni Zelenda:** 1 Nisan 2021 itibariyle güncellenen verilere göre, toplam 62,1 milyar Yeni Zelanda Doları (NZ $) mali önlem paketi açıklamıştır. GSYİH’nin %19,2’sine denk gelen bu önlem paketinin 10,3 milyar NZ $ olası bir beklenmedik durumda kullanılmak üzere ayrılmıştır. Önlem paketinde yer alan harcamalardan bazıları şu şekildedir: 3,9 milyar NZ $ veya GSYİH’nin % 1,2’si sağlıkla ilgili harcamalar, karantina maliyetleri ve aşı satın alınmasına yönelik harcamalar, 2,4 milyar NZ $ veya GSYİH’nin % 0,7’si savunmasız insanları korumaya yönelik yapılan sosyal harcamalar, 14,8 milyar NZ $ veya GSYİH’nin % 4,6’sı Covid-19’dan ciddi şekilde etkilenen işverenlere yönelik ücret sübvansiyonları, 0,6 milyar NZ $ veya GSYİH’nin % 0,2’si işini kaybeden kişilere doğrudan gelir desteği, 2,8 milyar NZ $ veya GSYİH’nin % 0,9’u işletmelerde nakit akışını kolaylaştırmak için vazgeçilen gelir (vergi indirimi), 3,8 milyar NZ $ veya GSYİH’nin %1,2’si altyapı yatırımları, 0,6 milyar NZ $ veya GSYİH’nin % 0,2’si ulaştırma projeleri, 0,6 milyar NZ $ veya GSYİH’nin % 0,2’si havacılık sektörü destekleri, 0,4 milyar NZ $ veya GSYİH’nin % 0,1’i turizm kurtarma paketi. Ayrıca hükümet, özel sektör Ar-Ge yatırımlarını desteklemek için 0,2 milyar NZ $ kısa vadeli Ar-Ge Kredi Programı başlatmıştır. Bunlara ilaveten Yeni Zelenda hükümeti, 2023’ün sonuna kadar 50 veya daha az işçi çalıştıran küçük işletmelere 100.000 NZ $ kadar kredi sağlayacağını ve 28 Mart 2020’de tüm tıbbi ve hijyen ithalatlarında gümrük vergilerinin geçici olarak kaldırıldığını duyurmuştur.
* **Güney Kore:** Ulusal Meclis, 2020 yılında 17 Mart, 30 Nisan, 3 Temmuz ve 22 Eylül tarihlerinde olmak üzere 4 ek bütçe kabul etmiştir. İlki 0,8 trilyon Güney Kore Wonu (KRW) gelirden vazgeçmekte ve ek 10,9 trilyon KRW harcama (hastalıkların önlenmesi ve tedavisi ve pandemiden etkilenen işletme, hanehalkı ve yerel yönetimlere kredi, garanti ve destek sağlanmasına yönelik) öngörmektedir. 30 Nisan’da kabul edilen ek bütçe, 14,3 trilyon KRW hanehalkına transfer ödemesine ve 8 trilyon KRW acil yardım ödeme programını finanse edilmesine yönelik harcamadan oluşur. 35.1 trilyon KRW tutarında olan üçüncü ek bütçe ile 11.4 trilyon KRW gelirden vazgeçilmiş ve firmalar için finansal destek, istihdam ve sosyal güvenlik genişlemesi, hastalık kontrolü ve dijital ve yeşil endüstrilere yapılan harcamalar için ek 23.7 trilyon KRW ek harcama kabul edilmiştir. Ayrıca hükümet 14 Temmuz’da açıkladığı yeni bir paket ile üçüncü pakete toplam 6,3 trilyon KRW harcama daha dahil etmiştir. 22 Eylül’de kabul edilen ek bütçede ise küçük işletme ve KOBİ’ler için 3,9 trilyon, istihdam desteği için 1,5 trilyon, düşük gelirli hane halkı için 0,4 trilyon destek ve kreş desteği ve diğerleri için 2 trilyon olmak üzere toplam 7,8 trilyon KRW ek harcama kabul edilmiştir. Ulusa Meclis tarafından 2 Aralık 2020’de 2021 bütçesi 482,6 trilyon KRW gelir (2020 bütçe planında öngörülen 2021 gelirinden yaklaşık 23 trilyon KRW daha düşük) ve 558 trilyon KRW (2020 bütçe planında öngörülen miktardan 11 trilyon KRW daha yüksek) harcama ile kabul edilmiştir. Buna ilaveten 25 Mart 2021’de kabul edilen ek bütçe ile 14,9 trilyon KRW ilave harcama (küçük işletmeler ve çalışanlar için yardım, istihdam desteği, aşı uygulaması ve küçük işletmeler ve düşük gelirli hane halkı için mali destekleri içeren) 2021 bütçesine eklenmiştir[[5]](#footnote-5).

Salgınla mücadelede başarılı olarak adından sık söz edilen ülkelerin başında Almanya gelmektedir. Almanya’nın bu başarısının en önemli nedenlerinden biri hükümetin, Covid-19 ile mücadelede köklü bir kurum olan Robert Koch Enstitüsü’nün tavsiyelerini sıkı bir şekilde uygulamış olmasıdır. Almanya bu tavsiyelere göre birçok ülkeden daha önce yaygın testlere başlayarak erken teşhis ve gerekli karantina önlemlerini uygulamaya koymuş, yaşlıları ve kronik rahatsızlığı olanları korumaya yönelik tedbirler almış ve test kapasiteleri ile yoğun bakım kapasitelerini arttırmaya yönelik adımlar atmıştır (BBC News Türkçe, 2020). Almanya’nın sağlık sistemi Bismarck modeline dayanmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 107) ve bu modelde sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ve özel hastaneler yer alırken finansmanı ise işçi ve işveren primlerinden elde edilen zorunlu bir sigorta tarafından sağlanmaktadır (Suchecka, 2014: 127). OECD verilerine göre toplam sağlık harcamalarının 2019 yılında 6.646 ABD doları olduğu Almanya’da toplam harcamaların 5.648 ABD doları kamu tarafından zorunlu sigortalar yoluyla finanse edilirken, 998 ABD doları isteğe bağlı sigortalardan finanse edilmiş ve 800 ABD doları cepten ödeme şeklinde finansman sağlanmıştır.

Türkiye’de alınan mali önlemlere de kısaca değinilecek olursa, Covid-19’a karşı ilk mali önlem 18 Mart 2020’de açıklanan ve 100 milyar TL’lik bir kaynak içeren “Covid-19 Ekonomik İstikrar Kalkanı Paketi” olmuştur. Bu paket kapsamında yaklaşık 53,6 milyar TL’lik gelir vergisi stopaj kesintisi, KDV ve sosyal güvenlik primi tahsilatı ertelenmiştir. Birçok firma ve gelir vergisi mükellefinin mücbir sebep kapsamında vergi ödemeleri ertelenmiştir. Firmalara ve hanehalkına kredi kolaylıkları sağlanmıştır. İhtiyaç sahibi ailelere nakit desteği sağlanmış ve en düşük emekli aylığı 1000 TL’den 1500 TL’ye yükseltilmiştir. Hazine Destekli Kredi Garanti Sistemi kapsamında yasal kaynak miktarı 25 milyar liradan 50 milyar liraya çıkarılarak, finansmana erişimde teminat sıkıntısı yaşayan küçük büyük tüm işletmelerin açılacak paketler dahilinde toplamda 450 milyar TL’den fazla kredi imkanından yararlanması sağlanmıştır. Tüm sağlık çalışanlarına yönelik performans ücret ödemeleri için 5,7 milyar TL ayrılmıştır. Küçük işletmelere ve kamu tasarrufunda olup kiraya verilen taşınmazlara yönelik kira destekleri açıklanmıştır. Turizm sektöründe 1 Nisan – 31 Aralık 2020 arasında konaklama vergisinin alınmayacağı ve yurtiçi havayolu taşımacılığında 3 ay süreyle KDV’nin %18’den %1’e indirildiği duyurularak bu sektörler desteklenmiştir (Hazine ve Maliye Bakanlığı, 2020a). Ekonomik İstikrar Kalkanı Paketi, daha sonra ortaya çıkan ihtiyaçlar dahilinde genişletilmiş ve 29 Eylül 2020’de Hazine ve Maliye Bakanı’nın yaptığı Yeni Ekonomi Programı sunumunda, Covid-19 ile mücadelede alınan tedbirlere yönelik ek harcamalar ve vazgeçilen gelirler toplamının, 494 milyar TL’ye ulaşmış olduğu belirtilmiştir. Bu tutarın alt bileşenleri Tablo 3.1’de gösterilmektedir.

**Tablo 3.1** Türkiye’nin Aldığı Mali Önlemlerin Toplam Tutarı

|  |  |
| --- | --- |
| Ödeme Türleri | (Milyar TL) |
| Kullandırılan Kredi Toplamı | 267,4 |
| Sosyal Destek Programı | 6,2 |
| Kısa Çalışma Ödeneği | 18,7 |
| Nakdi Ücret Desteği | 4,4 |
| İşsizlik Ödeneği | 3,6 |
| Biz Bize Yeteriz Türkiye’m Kampanyası | 2 |
| SGK-Bağkur Prim Erteleme | 40 |
| Vergi Ertelemeleri | 29,4 |
| Kredi Ertelemeleri | 122,3 |

**Kaynak:** Hazine ve Maliye Bakanlığı, (2020b).

IMF’ye göre Türkiye’de salgınla mücadele için kabul edilen ihtiyari mali destek paketleri toplamının, yetkililerce Mart ayı itibariyle 638 milyar TL olacağı tahmin ediliyor. Bu tutar GSYİH’nin %12,7’sine denk gelmektedir. IMF’nin verilerine göre bu tutarın yaklaşık 165 milyar TL’si veya GSYİH’nin %3,3’ü bütçe içi önlemler şeklindedir. Temel mali önlemler şunlardan oluşmaktadır: GSYİH’nin %6,4’ü firmalara ve hane halkına kredi garantileri, GSYİH’nin %2,6’sı kamu bankalarının kredi ödeme ertelemeleri, GSYİH’nin %1,4’ü firmalar için vergi ertelemeleri, GSYİH’nin %0,4’ü kamu bankaların öz sermaye enjeksiyonları, GSYİH’nin % 0,6’sı kısa çalışma ödenekleri. Ayrıca Mart 2020’de başlayıp Mart 2021’de sona eren kısa çalışma ödeneği uygulaması 22.04.2021 tarihli ve 3910 sayılı Cumhurbaşkanı kararı ile 30.06.2021’e kadar uzatılmıştır. En son açıklanan 29 Nisan – 17 Mayıs 2021 arası dönemde tam kapanmanın ardından bazı desteklerin de süresi uzatılmıştır. Bunlar: 29.04.2021 tarihli ve 3929 sayılı Cumhurbaşkanı Kararı ile kabul edilen esnaf ve sanatkarlara 3 ay süre ile verilecek olan 1000 TL’lik hibe desteğinin bir ay daha uzatılması ve bu hibeden yararlanıp da işyerleri kira olanlara büyükşehirlerde 750 TL, diğer illerde ise 500 TL olarak verilecek olan kira desteğinin de 3 aydan 4 aya çıkarılmasıdır. Ayrıca 29.04.2021 tarihli ve 3930 sayılı Cumhurbaşkanı Kararı ile 4857 sayılı İş Kanunun geçici 10’uncu maddesi gereği işten çıkarma yasağı ve nakdi ücret desteğinden yararlanma süresi 17/05/2021 tarihinden itibaren 30/06/2021 tarihine kadar uzatılmıştır.

Aşağıdaki grafiklerde IMF tarafından Nisan 2021’de yayınlanan mali izleme[[6]](#footnote-6) verilerine göre ülkelerin Covd-19 ile mücadeleye yönelik aldığı mali önlemler, GSYİH’si içindeki payına göre verilmektedir.

**Kaynak:** IMF, *COVID-19 Pandemisine Yanıt Olarak Ülke Mali Önlemlerinin Mali İzleme Veritabanı,* Nisan 2021.

Grafik 3.1’de gelişmiş ülkelerde Covid-19 pandemisi ile mücadeleye yönelik alınan önlemlerin GSYİH’ye oranları gösterilmektedir. Buna göre gelişmiş ülkelerdeki mali önlemlerin önemli bir kısmının, likidite desteklerinden oluştuğu görülmektedir. Ekonomiye, GSYİH’sine oranla en yüksek likidite desteğini veren üç ülke %35.3 ile İtalya, %27.8 ile Almanya ve %28.3 ile Japonya’dır. GSYİH’sine oranla en yüksek ek harcama ve vazgeçilen gelire sahip ülkeler ise %25.5 ile ABD, %19.3 ile Yeni Zelanda, %16.2 ile Britanya, %16.1 ile Avustralya, %16 ile Singapur ve %14.6 ile Kanada’dır.

**Kaynak:** IMF, *COVID-19 Pandemisine Yanıt Olarak Ülke Mali Önlemlerinin Mali İzleme Veritabanı,* Nisan 2021.

Grafik 3.2’ye göre, gelişmekte olan ülkelerde Meksika, Türkiye, Romanya, Kazakistan, Hindistan, Kolombiya ve Peru hariç mali önlemlerin daha büyük payının ek harcamalar ve vazgeçilen gelirlerden oluştuğu görülmektedir. GSYİH’sine oranla en yüksek ek harcama ve vazgeçilen gelire sahip ülkeler, %8.8 ile Brezilya, %8.2 ile Şili ve Tayland, %7.8 ile Polonya, %7.3 ile Peru ve %6.1 ile Gürcistan’dır. Diğer taraftan GSYİH’sine oranla en yüksek likidite desteği sağlayan ülkeler, %11.4 ile Peru, %9.4 ile Türkiye, %6.2 ile Brezilya, %5.7 ile Kolombiya, %5.4 ile Polonya ve %5.1 ile Hindistan’dır. Pakistan, Birleşik Arap Emirlikleri (BAE) ve Gürcistan’da ise likidite desteği sıfırdır. Türkiye, GSYİH’sinin %9.4’ü kadar bir likidite desteği ile gelişmekte olan ülkeler grubunda en yüksek likidite desteği sağlayan ikinci ülke olmasına rağmen GSYİH’sinin %1.9’u kadar bir ek harcama ve vazgeçilen gelirle, %2’nin altında ek harcama ve vazgeçilen gelire sahip üç ülkeden biridir.

**Kaynak:** IMF, *COVID-19 Pandemisine Yanıt Olarak Ülke Mali Önlemlerinin Mali İzleme Veritabanı,* Nisan 2021.

Düşük gelirli ülkelerin (Grafik 3.3) ise Nijerya hariç tamamında mali önlemlerin büyük bir kısmının ek harcama ve vazgeçilen gelirlerden oluştuğu görülmektedir. GSYİH’sine oranla en yüksek ek harcama ve vazgeçilen gelire sahip ülkeler, %5.1 ile Gine-Bissau, %4.4 ile Özbekistan ve %3.2 ile Senegal’dir. GSYİH’sine oranla %1’in üzerinde likidite desteği sağlayan ülkeler, %2.1 ile Honduras, %1.8 ile Gine-Bissau, %1.3 ile Özbekistan ve Nijer’dir. Nijerya, Bangladeş, Fildişi Sahili ve Kenya’da ise likidite desteği sıfırdır.

Üç grafik karşılaştırıldığında ise GSYİH’sine oranla gelişmiş ülkelerde (Grafik 3.1) mali önlemlerin önemli bir kısmının likidite desteğinden, gelişmekte olan (Grafik 3.2) ve düşük gelirli ülkelerde (Grafik 3.3) ise ek harcama ve vazgeçilen gelirlerden oluştuğu görülmektedir.

1. **COVİD-19 İLE MÜCADELEDE ULUSLARARASI KURULUŞLAR**

Aşağıda öncelikle küresel ölçekte sağlık hizmeti sunan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) olmak üzere diğer bazı uluslararası kuruluşların Covid-19 ile mücadele sürecinde aldığı önlemler açıklanacaktır.

DSÖ, sağlığı sosyal bir hak, sağlık hizmetini de kamusal bir hizmet olarak kabul etmektedir. Hastalık kontrol programlarında eşgüdümünün sağlanması, sağlık konularında uzman görüş belirlenmesi, aşı vb. biyolojik maddelerde standartlar konması, burslar verilmesi, sağlıkla ilgili yayınlar yapılması, ülkelere sağlık projelerinde maddi ve bilimsel destek sağlanması gibi görevleri vardır. Ayrıca afet ve salgın hastalıklar gibi olağanüstü durumlarda tüm ülkelere sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır (Gediz Oral, 2014: 86).

**Dünya Sağlık Örgütü (WHO)** öncülüğünde başlatılan, ‘Covid-19 araçlarına erişimi hızlandırıcı’ (*The Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator*) ve bunun aşı ayağı olan Covid-19 Aşılarına Küresel Erişim Aracı (COVAX)[[7]](#footnote-7) salgınla mücadelede küresel iş birliğine gösterilebilecek en önemli örneklerden biridir. DSÖ Genel Direktörünün ev sahipliğinde Nisan 2020'nin sonunda başlatılan bu iş birliği, hükümetleri, bilim adamlarını, işletmeleri, sivil toplum kuruluşlarını ve küresel sağlık kuruluşlarını kapsamaktadır[[8]](#footnote-8). Covid-19 araçlarına erişimi hızlandırıcı (ACT), teşhis, tedavi, aşılar ve sağlık sistemi olmak üzere dört temel faaliyet alanı üzerinden çalışmalar yürütmektedir. Dünya genelinde salgın kaynaklı ölüm oranını ve ağır hasta sayısını azaltmayı ve yakın vadede küresel ölçekte toplumsal ve ekonomik faaliyeti yeniden tesis ederek pandeminin sona ermesini hızlandırmayı hedeflemektedir. Bu araçların adil ve eşit bir şekilde dağıtılması için gerekli ilkeleri, çerçeveyi ve mekanizmaları geliştirerek, erişim ve tahsis iş akışını yönetmek ise DSÖ’nün görevidir[[9]](#footnote-9).

Covid-19 araçlarına erişimi hızlandırıcının (ACT) aşı ayağını oluşturan COVAX, çok çeşitli COVID-19 aşı adaylarının araştırma, geliştirme ve üretimini destekleyecek ve fiyatlarını müzakere edecek bir platform olarak kurulmuştur. Bu platform sayesinde gelir düzeylerine bakılmaksızın tüm katılımcı ülkeler, geliştirildiklerinde bu aşılara eşit erişime sahip olacaktır. İlk hedef, 2021 sonuna kadar yüksek riskli ve savunmasız insanları ve ön saflardaki sağlık çalışanlarını korumak için 2 milyar doz aşıya erişimi sağlamaktır[[10]](#footnote-10).

Salgınla mücadelede yürüttüğü bu çalışmalar ve ülkelerin aşıya eşit erişimi açısından önemli bir rol üstlenen DSÖ’ye bazı eleştiriler de yöneltilmektedir. Bu eleştiriler, üye ülkelerin Uluslararası Sağlık Tüzüğü’ne uymakta oldukça dirençli olmalarına rağmen DSÖ’nün ülkeleri bu noktada zorlayacak yeterli argümana sahip olmaması, kaynaklarının önemli bir bölümü finanse eden ülkelerin, kaynak aktarımlarını arttırmadıkları halde kendi önceliklerini DSÖ’ye dayatabilmeleri (Tekin-Koru, 2020: 103) ve Covid-19 salgını için acil durum ilan etmede geç kalmasıdır (Tekin-Koru, 2020: 103; Kaya ve Şimşek, 2020: 1001).

**Gıda ve Tarım Örgütü (FAO),** Covid-19 pandemisinin gıda ve tarım üzerindeki etkilerini hafifletmek için hükümetlere, savunmasız grupların zorunlu gıda ihtiyaçlarını karşılamaya, sosyal koruma programlarını arttırmaya, küresel gıda ticaretini ve yerel tedarik zincirini sürdürmeye ve küçük çiftçilerin gıda üretimini arttırmaya yönelik becerilerini desteklemeye yönelik çağrılarda bulunmaktadır. Hükümetlere bu çağrılara yönelik politika örnekleri sunmak için geçmiş politika deneyimlerini tarım ve gıda sistemleri için artı ve eksilerini analiz ederek bunların bir derlemesini yapmaktadır[[11]](#footnote-11). Ayrıca gıda güvensizliğinin yüksek olduğu ülkelere, insani yardımların yapılması çağrısında bulunuyor[[12]](#footnote-12).

**Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)** Covid-19 ile mücadelede hayati önem taşıyan sağlık, beslenme, eğitim, çocuk koruma, su, temizlik ve hijyen, cinsiyet temelli şiddet ve sosyal koruma hizmetleri sürdürmektedir. Suriye’nin kırsal kesimlerinde Covid-19 nedeniyle gelirlerini kaybeden özellikle de savaştan ciddi zarar görmüş mahallelerde yaşayan ailelere ‘Temel İhtiyaçlar için Nakit’ *(Cash for Basic Needs)* programı kapsamında temel ihtiyaçlarını karşılamalarına destek olmak üzere nakit desteği sunmaktadır. Küresel düzeyde en büyük aşı alıcısı olan UNICEF aşı temin ve tedarik sürecindeki tecrübeleri ile COVAX Covid-19 aşısı üreticileri ve ortakları ile birlikte çalışarak aşıların tedarikine ve ülkelerin aşılama programlarını hazırlamalarına destek vermektedir[[13]](#footnote-13).

**Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP),** ülkelere Covid-19 ile mücadelede hazırlık, tepki ve salgından sonra normale dönme aşamalarında yardımcı olmak için çalışmalar yürütmektedir. Bu çalışmalar kapsamında ülkelere koruyucu, önleyici ve tedavi edici tıbbi ekipman desteği sağlamaktadır. Farklı ülkelerde ve farklı dillerde etnik azınlık topluluklarının ve dezavantajlı grupların Covid-19 hakkında bilinçlendirilmesine yönelik sosyal medya kampanyaları yürütmektedir[[14]](#footnote-14). Mart 2020’de ülkelerin sağlık sistemlerini desteklemek için 150 milyon dolar, kapsamlı ve entegre kriz yönetimi ve müdahale için 250 milyon dolar ve sosyal ve ekonomik etki ihtiyaç değerlendirmesi ve müdahale için 100 milyon dolar olmak üzere toplamda 500 milyon dolar üç ila altı aylık bir müdahale teklifi sunmuştur (UNDP, 2020: 10).

**Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD),** Covid-19’un neden olduğu sağlık, ekonomik ve toplumsal krizlerin koordinasyonunu kolaylaştırmak ve bu alanlardaki zorluklarda mücadelede küresel eyleme katkıda bulunmak için çeşitli ülkelerden veri, analiz ve tavsiyeler derleyip bu derlemeleri temel politika tepkileri olarak yayınlıyor. OECD’nin yaptığı değerlendirmeye[[15]](#footnote-15) göre OECD ülkeleri ve bazı kilit ekonomilerde kabul edilen Covid-19 kurtarma paketleri kapsamında çevresel açıdan olumlu önlemlere 336 milyar ABD doları ayrılmıştır. Bu tutar, toplam tutarın %17’sini oluşturmaktadır ve geriye kalan %83’ü ya çevresel etkileri dikkate almayan ya da daha kötüsü negatif çevresel etkilere sahip olan ekonomik kurtarma paketlerinden oluşmaktadır. OECD, ekonomilerin yeniden toparlanma sürecinde ülkelerin ‘yeşil iyileşme’ *(green recovery)* ye odaklanmalarını tavsiye etmektedir.

**Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO),** hükümetler, işveren ve işçi temsilcileri ile bir araya gelerek, salgın devam ettikçe ve karantina ve tam kapanma gibi önlemler sıkılaştıkça işçilerin istihdam riskine yönelik değerlendirmelerde bulunarak işçileri bu risklerden korumak için en iyi politika, uygulama ve yenilikçi çözüm önerileri sunmak için çalışmalar yapmaktadır. Özellikle bu süreçte göçmen, kadın ve genç işçilerin istihdamını korumaya yönelik politika önerileri sunmaktadır. Çalışma yaşamı ve toplumsal cinsiyet eşitliği ve kayıtlı istihdama geçiş gibi konularda eğitim ve bilgilendirme faaliyetleri yürütmektedir. Uzaktan eğitimde öğrenci ve öğretmenlerin, işçi ve işletmelerin becerilerini geliştirmeye yönelik kaynaklar hakkında bilgilendirmelerde bulunmaktadır. Ülkelere, herkes için insana yakışır iş ve evde çalışma koşulları ile çocuk işçiliği sona erdirmeye yönelik çağrılarda bulunmaktadır. Ayrıca “ILO Monitör: Covid-19 ve iş dünyası” yayınları ile dünya genelinde Covid-19 önlemlerinin istihdam üzerindeki etkilerine yönelik veriler sunmaktadır[[16]](#footnote-16).

**Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO),** küresel ve yerel düzeylerde Covid-19 krizine yönelik alınan önlemler konusunda deneyim ve uzmanlık alışverişini sağlamak için UNESCO web seminerleri düzenlemektedir. Bu seminerler, ırkçılık, ayrımcılık ve dışlanma gibi konulara odaklanarak, Covid-19 için alınan önlemlerin bu konulardaki baskıları arttırmaması için ve Covid-19 salgını gibi krizlerin daha çok kadınlar, göçmenler, mülteciler, gençler ve diğer savunmasız sosyal grupları etkilediği vurgulanarak dayanışma ve yardım çağrılarında bulunmaktadır. Kapanma önlemleri kapsamında birçok ülkede okulların da kapatılması nedeniyle tüm öğrencilerin ayrımcılık yapılmaksızın akademik, fiziksel ve duygusal sağlıkları açısından desteklenmesini sağlamak için hükümetlerle ve ilgili tüm paydaşlarla birlikte çalışmalar yürütmektedir. Farklı yerel düzeylerdeki, öğretme ve öğrenmeyi etkili bir şekilde yönetme deneyimleri açık ve işbirlikçi bir alanda sistematik olarak paylaşılmaktadır. Ayrıca UNESO, herkesin kültürüne erişimini sağlamak, salgından etkilenen sanatçıları desteklemek, onların geçim kaynakları hakkında farkındalık oluşturmak ve görünürlüklerini arttırmak için “ResiliArt” hareketini başlatmıştır[[17]](#footnote-17).

**Avrupa Birliği (AB),** Covid-19 krizi ile mücadelede üye ülkelerle koordinasyonu ve Covid-19’a karşı alınacak tedbirlerin eşgüdümünü sağlamak için üç temel mekanizma oluşturmuştur. Bunlar: erken uyarı ve yanıt sistemi, sağlık güvenlik komitesi ve sağlık güvenlik komitesi iletişimciler ağıdır. AB aynı zamanda küresel düzeyde salgına karşı hazırlık, önleme ve kontrol çalışmalarının arttırılması için farklı sektörlere 232 milyon Avro tutarında fon sağlayacaktır[[18]](#footnote-18) (avrupa.info.tr). Ayrıca AB, 2018 yılında başlatılan ve üye ülkeleri, ulaştırma sektöründen kaynaklanan sınır ötesi sağlık tehditlerinden korunmayı amaçlayan ‘AB Sağlıklı Geçitler’ (*EU Healthy Gateways*) ortak eylemine sahiptir. Bu ortak eylem kapsamında üye ülkelerin geçiş noktalarında hazırlık ve müdahale kapasitelerini iyileştirmeleri hedeflenmiştir[[19]](#footnote-19).

AB pandemiyle mücadelede aldığı bu önlemlerin yanı sıra, Covid-19 krizine karşı erken ve etkin tepki verememekle eleştirilmektedir. İtalya’da ilk vakaların ortaya çıkmasından ancak 47 gün sonra AB Komisyonu’nun kapsamlı bir önlem paketi açıklaması, üye devletleri o zamana kadar kendi önlemlerini almaya zorlamıştır ve bu durum birlik içinde uyum ve dayanışmanın sorgulanmasına neden olmuştur (Nas, 2020). Akdoğan, vd., (2020)’ne göre, AB üye ülkelerinin ortak ekonomi politikaları izlemelerine rağmen ortak bir sağlık politikasının bulunmaması, birlik olarak AB’nin pandemi sürecinde koordinasyonu sağlamakta zorlanmasına ve süreci yönetmekte geç kalmasına neden olmuştur. Birlik içinde sağlık politikalarının ulusal düzeyde kalması ve AB’nin ortak bir sağlık politikası belirleme ve yasama konusunda yetkisinin olmaması, üye ülkeler arasında dayanışmanın yetersiz kalmasına neden olmuştur. Gönen (2020: 328) ise AB’nin ortak sağlık politikasının daha çok bilgi paylaşımı ve ortak araştırma gibi alanları kapsadığı için araştırmacıların, üye ülkelerin birbirine yeterince destek olamadıkları izlenimini edindiği ancak komşu ülkelerin birbirine sağlık desteği vermeye çalıştığı görüşündedir.

Uluslararası kuruluşların, pandemi ile mücadele sürecinde verdiği tepkilerin genel bir değerlendirilmesi yapılacak olursa, büyük bir kısmının politika önerileri sunmak, tavsiye niteliğinde görüşler açıklamak ve bilgilendirici yayınlar paylaşmak dışında önemli bir koordinasyon işlevi üstlenmediği görülmektedir. Küresel ölçekte sağlık hizmeti sunumunda en önemli kuruluş olan DSÖ ve güçlü ekonomilere sahip Avrupa ülkelerini oluşturduğu AB ise pandemi sürecini etkin ve hızlı bir şekilde yönetememekle eleştirilmektedir.

**SONUÇ**

Covid-19 pandemisi, sağlığın özel ve kamusal malların bütün özelliklerini taşımasına rağmen özünde küresel kamusal bir mal olduğunu kanıtlamıştır. Ayrıca sağlığın sahip olduğu negatif ve pozitif dışsallıkların sınırlarını (veya sınırsız olduğunu) da ortaya çıkarmıştır. Pandemi ile mücadele sürecinde öncelikle sağlık alanında olmak üzere ekonominin diğer tüm alanlarında devlet müdahalesinin önem kazanması, sağlığın sahip olduğu bu iki tür dışsallıkla ilişkilendirilebilir. Temelde sağlık hizmetleri sunumunun özel sektör tarafından mı devlet sektörü tarafından mı sağlandığına bakılmaksızın, bütün ülkelerde pandeminin önlenmesine, tedavisinin yapılmasına ve aşısının geliştirilmesine yönelik süreçlerin tamamında devlet müdahalesi ağırlık kazanmıştır. Dünya genelinde sağlık hizmetlerinin sunumunda 1980’lerde başlayan özelleştirme dalgalarının pandemi ile mücadele sürecinde, WHO’nun da öngördüğü gibi tersine döndüğü ve sağlık sektörüne neredeyse bütün ülkelerde devletin hakim olduğu söylenebilir.

Pandemi sürecinde, devletlerin sağlık sektöründe artan önemine karşın uluslararası kuruluşların görece pasif kaldığı görülmüştür. Küresel bir aktör olan OECD pandeminin başında, yalnızca hükümetlere hızlı ve güçlü önlemler almaya yönelik çağrıda bulunma ve politika önerileri sunmakla yetinmiştir. DSÖ ise birçok ülke sınırlarını kapatıp, karantina gibi ciddi önlemler aldıktan sonra Covid-19’u pandemi olarak ilan etmiştir. AB, üye ülkelerin yardım çağrılarına hızlı bir şekilde tepki verememiştir. Bütün bu gelişmeler, pandemi sürecinde devletleri tek başına ve ciddi karalar almaya mecbur bırakmıştır. Sağlık, ekonomi ve sosyal alanların tümünde devletin öneminin arttığı görülmüştür. Hükümetler yalnızca sağlık sektörüne yönelik önlemler almakla kalmayıp, Covid-19 pandemisini atlattıktan sonra ekonomilerinin de hızla normale dönebilmesi ve sosyal yaşamdaki düzeni korumak için bir takım mali önlemler almak zorunda kalmıştır. Bu bağlamda, ülkelerin aldığı mali önlemlerin GSYİH içindeki paylarına göre, gelişmiş ülkelerde daha çok likidite desteği, gelişmekte olan ve düşük gelirli ülkelerde ise ek harcama ve vazgeçilen gelir şeklinde olduğu dikkati çekmektedir. Güçlü ekonomiler hem sağlık sitemlerini hem de ekonomilerini ayakta tutabilmek için daha büyük kaynaklar ayırabilirken düşük gelirli ülkelerin daha az kaynağa sahip olduğu görülmektedir.

Pandemi ile mücadelede düşük gelirli ülkeler, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında sağlık ve sosyal koruma sistemlerinin zayıflığı, ekonomilerinin kırılganlığı ve kaynak yetersizliği gibi birçok dezavantaja sahiptir. Diğer taraftan, Covid-19’un tüm dünyada sona ermeden kimsenin güvende olmadığı da bir gerçektir. Sonuç olarak ülkelerin, pandemi ile tek başına mücadelelerinin bir noktadan sonra yetersiz olacağını ve pandemiyle mücadelede küresel iş birliğinin zorunluluğunu kabul etmek gerekir. Henüz sonu öngörülemeyen pandeminin, tüm dünyada sona ermesi ancak dünya nüfusunun tamamen aşılanmasına bağlıdır. Ancak özellikle düşük gelirli ülkelerin Covid-19 için aşı geliştirme ihtimallerinin düşük olmasının yanı sıra başka ülkelerce geliştirilen aşıları satın alabilmeleri de zordur. Bu nedenle küresel ölçekte aşıya erişimi eşit hale getirmek, pandeminin sona ermesi için bir önceliktir. Bu yalnızca düşük gelirli ülkelerin çıkarı değil, küresel bir çıkar haline gelmiştir. DSÖ’nün öncülüğünde başlatılan Covid-19 Aşılarına Küresel Erişim Aracı (COVAX) gibi küresel iş birlikleri, küresel ölçekte sağlık hizmeti sunumunu eşit hale getirmek açısından oldukça önemli bir başlangıçtır.

Sağlığın, küresel ölçekte sunulan bir kamu malı haline gelmesi için COVAX gibi iş birliklerinin sayısının artması ve bütün ülkelerce desteklenmesi gerekir. Küresel ölçekte sağlık hizmetlerine eşit erişimin, temel bir insan hakkı olduğu ve bireysel çıkarı değil küresel çıkarı desteklediği, bütün ülkelerin üzerinde fikir birliğine varması gereken bir noktadır. Pandemiden çıkarılabilecek derslerden biride, küresel ölçekte pandemi önlem, kontrol ve tedavisine yönelik hazırlık yapılamasının gerekli olduğudur. Bu kapsamda küresel düzeyde, “salgın hastalıklarla mücadele fonu” ve “salgın hastalıkların tedavisi ve aşısının geliştirilmesine yönelik Ar-Ge merkezi” gibi kurumlar politika önerisi olarak sunulabilir.

**KAYNAKÇA**

Akdemir, T. ve Karakurt, B. (2009), Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü Ve Özel Sağlık Kurumlarının Düzenleyici Görevleri, *24. Türkiye Maliye Sempozyumu*, Antalya.

Akdoğan, M., Günay-Atalı, A., Say, B., Gündoğan-Gür, N., (2020), Avrupa Birliği’nin Covid-19 Yönetimi, *Ekonomi, Politika ve Finans Araştırmaları Dergisi,* 5 (Özel Sayı): 32-58.

Altay, A. (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, 18 (64): 33-58.

Bayındır, S. (2007), Sağlık Hizmetlerinde İdarenin ve Hekimlerin Sorumluluğu, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi,* 11 (1-2): 551-589.

Daştan, İ. ve Çetinkaya, V., (2015), OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması, *Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 5(1),* 104-134.

Edizdoğan, N., Çetinkaya, Ö. ve Gümüş, E. (2017), *Kamu Maliyesi.* Ekin Yayınevi, Bursa.

Erol, H. ve Özdemir, A. (2018), Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Dönüşüm ve Sağlık Harcamalarına Etkileri, *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi,* CEEİK 2018 Özel Sayı, 119-146.

Gediz Oral, B. (2014), Sağlık Hizmetlerinin Küresel Kamusal Mal Olarak Değerlendirilmesi: Uluslararası Örgütler, *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 51 (588): 79-96.

Gönen, E. (2020), Covid-19 Öncesi ve Sonrası Avrupa, D. Bayındır içinde, *Salgın: Tükeniş Çağında Dünyayı Yeniden Düşünmek* (s. 311-329), Tellekt, İstanbul.

Hazine ve Maliye Bakanlığı, (2020a), *Covid-19 Ekonomik İstikrar Kalkanı Paketi*, <http://www.isim.org.tr/content/upload/attached-files/covid-19-ekonomik-istikra-20200414170956.PDF> (Erişim tarihi: 17.04.2021).

Hazine ve Maliye Bakanlığı, (2020b), *Yeni Ekonomi Programı 2021-2022-2023*, <https://www.hmb.gov.tr/> (Erişim tarihi: 17.04.2021).

IMF, (2020), Fiscal Monitor Database of Country Fiscal Measures in Response to the COVID-19 Pandemic”, *IMF Fiscal Affairs Department*, October, 2020.

Kaya, İ. ve Şimşek, G. E. (2020), Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Sağlık Tüzüğü: Covid-19 Örneğinde Uluslararası Hukukta Salgın Hastalıklarla Mücadele, *İstanbul Hukuk Mecmuası 78 (2),* 983-1007.

Kelly, H. (2011), The classical definition of a pandemic is not elusive, *Bulletin of the World Health Organization*, Past issues, Volume 89:(7), 469-544.

Lee, K. ve Owen, J. W. (2008), Effective Governmental Responses To Communicable Disease Challenges İn Transitional Societies, *Health Systems and the Challange of Communicable Disease: Experiences from Europe and Latin America, European Observatory on Health Systems and Policies Series*, 47-60.

Lucchese, M. ve Pianta, M. (2020), The Coming Coronavirus Crisis: What Can We Learn?, *Intereconomics*, 55: 98-104, DOI: 10.1007/s10272-020-0878-0.

Nas, Ç. (2020). *Koranavirüs Salgınının Yeni Merkez Üssü Avrupa: AB’nin Kriz Yönetimi Sınavı*, Panorama, <https://www.uikpanorama.com/blog/2020/03/27/koronavirus-salgininin-yeni-merkez-ussu-avrupa-abnin-kriz-yonetimi-sinavi/> (Erişim tarihi: 28.04.2021).

OECD, (2020a), Coronavirus: The world economy at risk, *OECD Interim Economic Assessment,* 2 March 2020.

Suchecka, J. (2014). Transformations And Reforms Of European Health Care Systems: The Case Of Estonia, *Comparative Economic Research*, 17 (3): 123-142.

Stiglitz, J. E. (2012), *Eşitsizliğin Bedeli,* (Çev. O. İşler), İletişim Yayınları, İstanbul.

Stigltiz, J. E. ve Rosengard, J. S. (2015), *Economics of The Public Sector*, W. W. Norton Company, Inc., New York, London.

TCMB, (2020) Koronavirüsün Olası Ekonomik ve Finansal Etkilerine Karşı Alınan Tedbirlere İlişkin Basın Duyurusu, 17 Mart 2020, Sayı: 2020-16.

Tekin-Koru, A. (2020). Covid-19 ve Küreselleşmenin Geleceği, Ö. F. Çolak içinde, *Salgın Ekonomisi* (s. 87-111),Ankara: Efil Yayınevi.

Yardım, M. ve Parlak, M. (2020), Covıd-19 Pandemisinin Bizi Getirdiği Nokta: Küresel Kamu Malı Kavramı ve Uluslararası Yönetişim ve Finansmanı Konusunda Sorunlar, *Sağlık ve Toplum Özel Sayı,* Temmuz, 133-136.

UNDP, (2020), *COVID-19 UNDP’s Integrated Response,* <https://www.undp.org/publications/covid-19-undps-integrated-response> (Erişim tarihi: 20.04.2021).

WHO, (2006), The Role of Government in Health Development, *WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean*, EM/RC53/Tech.Disc.1, July 2006.

Valiyeva, K. (2020), Covid-19 İle Ulus Devleti Yeniden Düşünmek, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı*, Yıl:19 Sayı:37 Bahar (Özel Ek): 390-403.

Yılmaz, B. E. ve Yaraşır, S. (2011), Bir Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık ve Finansmanında Resmi Kalkınma Yardımlarının Rolü, *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları Dergisi*, Sayı: 55, 1-33.

**İnternet Kaynakları:**

https://tr.euronews.com/2020/04/15/covid-19-salg-n-krizini-en-iyi-hangi-ulke-yonetti (Erişim tarihi: 18.03.2021).

<https://www.dkv.global/covid-safety-assessment-250-list> (Erişim tarihi: 18.03.2021).

https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19 (Erişim Tarihi: 28.03.2021).

https://www.gavi.org/covax-facility?gclid=CjwKCAjwkN6EBhBNEiwADVfyaw4u-yrJWmIECIDAotWodCV9wXutXOwiKfZ5Znxa900bcYmwCoP\_FRoCYtIQAvD\_BwE#what (Erişim tarihi: 17.04.2021).

https://www.who.int/ (Erişim tarihi: 17.04.2021).

https://www.gavi.org/ (Erişim tarihi: 17.04.2021).

<https://www.dkv.global/covid-safety-assessment-250-list> (Erişim tarihi: 20.01.2021).

<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (Erişim tarihi: 20.04.20201).

<https://en.unesco.org/> (Erişim tarihi: 20.04.2021).

<https://www.unesco.org.tr/Home/AnnouncementDetail/2497> (Erişim tarihi: 20.04.2021).

<https://www.avrupa.info.tr/tr> (Erişim tarihi: 20.04.2021).

<https://www.healthygateways.eu/> (Erişim tarihi: 20.04.2021).

https://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm (Erişim tarihi: 20.04.2021).

http://www.fao.org/2019-ncov/analysis/en/ (Erişim tarihi: 20.04.2021).

http://www.fao.org/home/en/ (Erişim tarihi: 20.04.2021).

https://www.unicef.org/ (Erişim tarihi: 20.04.2021).

<https://www.undp.org/> (Erişim tarihi: 20.04.2021).

https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home.html (Erişim tarihi: 20.04.2021).

https://www.oecd.org/coronavirus/en/themes/green-recovery#Green-recovery-database (Erişim tarihi: 20.04.2021).

<https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52053276> (Erişim tarihi 24.04.2021).

1. Selçuk Üniversitesi Akşehir İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü Mali İktisat Anabilim Dalı, Arş. Gör. [duygu.dundar@selcuk.edu.tr](mailto:duygu.dundar@selcuk.edu.tr), ORCID: 0000-0003-3917-9653. [↑](#footnote-ref-1)
2. Londra merkezli yapay zeka ve veri analizi şirketi Deep Knowledge Group ülkelerin Kovid-19 ile mücadele kapsamında aldığı önlemlere ilişkin verileri analiz ederek sonuçları 24 Ağustos 2020’de yayımlamıştır. Daha detaylı bilgi için bakınız, <https://www.dkv.global/covid-safety-assessment-250-list> (Erişim tarihi: 18.03.2021). [↑](#footnote-ref-2)
3. <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19> (Erişim Tarihi: 28.03.2021). [↑](#footnote-ref-3)
4. Almanya için veriler 2 Nisan 2021 itibariyle güncellenen verilerdir. [↑](#footnote-ref-4)
5. Güney Kore içi veriler 1 Nisan 2021 itibariyle güncellenen verilerdir. [↑](#footnote-ref-5)
6. IMF, Nisan 2021, Covid-19 Pandemisine Yanıt Olarak Ülke Mali Önlemlerinin Mali İzleme Veritabanı, *Fiscal Monitor Database of Country Fiscal Measures in Response to the COVID-19 Pandemic,* <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19> (Erişim tarihi: 22.04.2021). [↑](#footnote-ref-6)
7. Daha detaylı bilgi için bakınız, <https://www.gavi.org/covax-facility?gclid=CjwKCAjwkN6EBhBNEiwADVfyaw4u-yrJWmIECIDAotWodCV9wXutXOwiKfZ5Znxa900bcYmwCoP_FRoCYtIQAvD_BwE#what> (Erişim tarihi: 17.04.2021). [↑](#footnote-ref-7)
8. Bill ve Melinda Gates Vakfı, CEPI, FIND, Gavi, The Global Fund, Unitaid, Wellcome, WHO ve Dünya Bankası. [↑](#footnote-ref-8)
9. <https://www.who.int/> (Erişim tarihi: 17.04.2021). [↑](#footnote-ref-9)
10. <https://www.gavi.org/> (Erişim tarihi: 17.04.2021). [↑](#footnote-ref-10)
11. Daha detaylı bilgi için bakınız, <http://www.fao.org/2019-ncov/analysis/en/> (Erişim tarihi: 20.04.2021). [↑](#footnote-ref-11)
12. <http://www.fao.org/home/en/> (Erişim tarihi: 20.04.2021). [↑](#footnote-ref-12)
13. <https://www.unicef.org/> (Erişim tarihi: 20.04.2021). [↑](#footnote-ref-13)
14. <https://www.undp.org/> ve <https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home.html> (Erişim tarihi: 20.04.2021). [↑](#footnote-ref-14)
15. Daha detaylı bilgi için bakınız, <https://www.oecd.org/coronavirus/en/themes/green-recovery#Green-recovery-database> (Erişim tarihi: 20.04.2021). [↑](#footnote-ref-15)
16. <https://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm> (Erişim tarihi: 20.04.2021). [↑](#footnote-ref-16)
17. <https://en.unesco.org/> ve <https://www.unesco.org.tr/Home/AnnouncementDetail/2497> (Erişim tarihi: 20.04.2021). [↑](#footnote-ref-17)
18. <https://www.avrupa.info.tr/tr> (Erişim tarihi: 20.04.2021). [↑](#footnote-ref-18)
19. Daha detaylı bilgi için bakınız, <https://www.healthygateways.eu/> (Erişim tarihi: 20.04.2021). [↑](#footnote-ref-19)