

KOVID-19 SONRASI GELECEĞİN STRATEJİK BİLEŞENİ: SAĞLIKTA EŞİTLİK

Dr. Hicran ATATANIR

Sosyal Güvenlik Kurumu, Sosyal Güvenlik Uzmanı, Türkiye

ÖZET

Eşitlik, hukuken tanınmış hakların gerçekleşmesi ve gereğince kullanılabilmesi için temel bir ilkedir. Toplumsal yaşama yön veren sosyoekonomik politikaların insan yaşamına ‘eşit hak ve yükümlülükler’ noktasında etki etmesini mümkün kılan eşitlik; insan yaşamının korunması ve sürdürülebilir sağlık sistemlerinin varlığı açısından da stratejik öneme haiz bir önkoşuldur. Eşitlik ilkesi, ulusal ve uluslararası çeşitli düzenlemelerle güvence altına alınmış hukuki bir arka plana sahip olsa da Kovid-19 pandemisi, eşitsizlik virüsü ile enfekte halde olan dünyaya güçlü bir ayna tutmuştur. Yansıda ise vazgeçilmez bir hak olan sağlığı şekillendiren sistemin ve barındırdığı eşitsizliklerin insan yaşamı üzerindeki telafi edilemez etkileri görülmüştür.

Kovid-19 pandemi süreci tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de dikkatlerin sağlık temelinde eşitlik ilkesine odaklanması üzerinde sarsıcı bir etki uyandırdı. Hem ulusal hem de uluslararası mevzuatta sağlık temelinde eşitliği güvence altına alan çeşitli hükümler bulunmakta ve bu hükümler sağlık hakkının her boyutunda hiç kimseye ayırım yapılmaksızın sağlık hizmetlerine eşit erişimi amaçlamakta ise de kimi ülkelerde kısa zaman dilimlerinde binlere varan ölüm oranları, insanların sağlık hizmetlerine eşit koşullarda erişip erişemediği sorusunu gündeme getirdi. Yaşanan süreç kimi ülkelerde özellikle yaşlılar, sağlık güvencesine sahip olmayanlar, evsizler gibi kırılgan gruplar açısından

sağlık hizmetlerine erişimde ciddi krizlerin yaşanmasına yol açarken, Türkiye gibi kimi ülkelerde ise pandemi öncesinde alınan tedbirler ve benimsenen bilimsel strateji doğrultusunda sürecin bir sağlık krizine dönüşmemesi için ciddi bir emek sarf edilmiştir.

Kovid-19 pandemisi sağlıkta eşitlik ilkesinin terkedilmesinin binlerce insanın yaşamına mal olabileceğine ne yazık ki yaşanan yüzbinlerce can kaybı ile işaret etmiştir. Bu çalışmada Kovid-19 sonrası geleceğin stratejik bileşenlerinden biri olarak kabul edilen sağlıkta eşitlik; sağlığın sosyal belirleyicileri, pandemi sürecinde öne çıkan sosyoekonomik eşitsizlikler ve sağlık hakkının kamusalılığı arasındaki ilişki çerçevesinde ele alınmaya çalışılmıştır. Pandemi ile mücadele sürecinde eşitlik ilkesini korumanın ve eşitliği stratejik bir bileşene dönüştürmenin sağlık politikaları üzerindeki etkisine dair değerlendirmelere ise son bölümde yer verilmiştir.

GİRİŞ

İlk olarak Çin'in Vuhan Eyaleti'nde Aralık ayının sonlarında solunum yolu belirtileri (ateş, öksürtük, nefes darlığı) gelişen bir grup hastada yapılan araştırmalar sonucunda tanımlanan “Kovid-19”, başlangıçta bu bölgedeki deniz ürünleri ve hayvan pazarında bulunanlarda tespit edilmiştir. Daha sonra insandan insana bulaşarak Vuhan başta olmak üzere Hubei eyaletindeki diğer şehirlere ve Çin Halk Cumhuriyeti'nin farklı eyaletlerine ve dünya ülkelerine yayılmıştır. Esasen koronavirüsler hayvanlarda ya da insanlarda hastalığa neden olabilen büyük bir virüs ailesidir ve bu virüs ailesinin insanlarda, basit soğuk algınlığından Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) ve Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) gibi daha şiddetli hastalıklara kadar çeşitli solunum yolu enfeksiyonlarına neden olduğu bilinmektedir.¹ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 114 ülkede 118 bin vaka görülmesinin ve 4 bin 291 kişinin yaşamını kaybetmesinin ardından 11 Mart 2020 tarihinde bu yeni tip koronavirüsü (Kovid-19) “pandemi” ilan etmiştir.

Kovid-19 ölçeğinde bir pandemi ve beraberinde getirdiği kriz koşulları, insanların yaşam ve sağlık haklarını korumak, uzun vadede sosyal-ekonomik

1 Sağlık Bakanlığı, <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir.html>, Erişim: 27.10.2020.

tahribatın etkilerini hafifletmek için bir dizi önlemi de beraberinde getirmiştir. Kamusal alanı ve günlük yaşam pratiklerini derinden ve uzun soluklu olarak etkileyen bu pandemi karşısında kimi gruplar daha hassas koşullar arz etmiştir. İlk haftalarda kronik hastalığı olanlar ile 65 yaş üstü nüfus üzerinde ölümcül etkisini gösteren koronavirüs, sağlık hizmetlerine duyulan gereksinimi olağanüstü seviyeye taşımıştır. Yaşanan süreç sağlık hizmetlerine ulaşmadan yaşamını kaybeden insanların günden güne artışı ile dramatik bir tabloya dönüşürken dikkatler, sağlığın kamusallığına odaklanmıştır.

Nitekim 24 Ekim 2020 tarihi itibarıyla Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde toplam 5.728.142 vaka görülmüş ve 207.509 kişi² yaşamını kaybetmişken; Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise 8,6 milyon vaka görülmüş ve 224.819 kişi³ ise yaşamını kaybetmiştir. Dünya geneline bakıldığında ise pandemi 42,6 milyondan fazla vakanın ve 1,1 milyondan fazla vefatın olduğu bir düzeye ulaşmıştır.⁴ Ülkemizde ise aynı tarih itibarıyla toplam 359.784 vaka olduğu ve 9.727 insanımızın hayatını kaybettiği görülmektedir.⁵

Haftalar içerisinde yüz binlerce insanın yaşamını kaybetmesi ile insani bir kriz boyutuna ulaşan bu tablo karşısında ülkeler ilk aşamada yüz yüze temas alanlarını sınırlandırıp, bireysel önlemler alınmasını teşvik etme yoluna gitmiş ancak alınan bu tedbirlerin yeterli olamayacağı görülmüştür. Gün geçtikçe daralan ekonomik ilişkiler ve tedarik zincirleri ise toplumları işsizlik ve güvencesizlik tehdidi altında sosyoekonomik açıdan belirsiz bir sürece taşımıştır. Diğer yandan insani gelişim endekslerinin üst sıralarında yer alan ekonomilerin beklenenin aksine en çok can kaybı yaşayan ülkeler olarak sıralanması bu belirsizliği derinleştirmiştir.⁶

2 "COVID-19 situation update for the EU/EEA and the UK, as of 3 September 2020", European Centre for Disease Prevention and Control, <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>, Erişim: 25.10.2020.

3 "Coronavirus in the U.S.: Latest Map and Case Count", The New York Times, <https://www.nytimes.com/interactive/2020/us/coronavirus-us-cases.html>, Erişim: 25.10.2020.

4 "Koronavirüs haritası: Dünyada vaka sayısı 41 milyonu aştı, ülkelerde son durum ne? <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-51719684>, Erişim: 25.10.2020.

5 Sağlık Bakanlığı, <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html/>, Erişim: 25.10.2020.

6 İnsani gelişme endekslerine göre ilk beş ülke şu şekilde sıralanmaktadır: Norveç (0,954), İsviçre (0,946), İrlanda (0,942), Almanya (0,939) ve Hong Kong (0,939) oldu. Detaylı bilgi için bakınız: Human Development Report, 2019.

Grafik1: DSÖ Bölgesinde Durum

DSÖ Bölgesine Göre Durum



Kaynak: WHO Coronavirus Hastalığı (COVID-19) Dashboard⁷

Pandemiler gibi binlerce insanın eş zamanlı enfekte olabildiği koşullarda sağlık hizmetlerinin kapasitesi ve bu kapasitenin yaşam ve sağlık haklarını doğrudan etkileyen önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır. Sağlıkta eşitlik insan yaşamını ve yaşamın her anını yakından ilgilendirmesine karşın Kovid-19 pandemisi ile ortaya çıkan bu acı tablo, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği yeniden tartışmaya açmış ve sağlığın kamusallığını yeniden tanımlama ihtiyacı doğurmuştur. Yaşam ve sağlık haklarının kriz koşullarında da korunabilmesi, bilhassa pandemi gibi sağlık hizmetlerine erişim gereksinimini keskinleştiren anlarda hayati bir önem kazanmaktadır.

Kovid-19 sonrası geleceğe dair derslerden belki de ilki; her bir insanın sağlığının diğer insanların sağlığı ile olan yakın ilişkisinin ne denli belirleyici bir güce sahip olduğudur. Bu ders, kimseyi geride bırakmadan sağlık hakkının korunabilmesi için izlenmesi gereken stratejiye eşitlik ilkesi odağında bakılmasını gerektirir. Kovid-19 sonrası geleceğin bileşenlerinden biri olarak sağlıkta eşitlik stratejisi, sağlığın sosyal belirleyicilerine yatırım yapılmasını, sağlık hakkının kamusallığının korunmasını, hak temelli sağlık politikalarının

7 WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, <https://covid19.who.int/>, Erişim: 11.11.2020.

geliştirilmesini işaret etmektedir. Eşitlik ilkesini gözeterek sağlık hakkını tüm kamu için korumaya yönelik atılacak her adım, dünya genelinde ve yerelde insanlık ailesinin üstün yararına hizmet edecektir.

1. Sağlığa Hak Temelli Yaklaşım ve Sağlığın Kamusalılığı

Sağlığa hak temelli yaklaşım; insan haklarını sağlıkta gelişim için çatı olarak kullanma, sağlık politikası, programları ve mevzuatını insan hakları açısından doğuracağı sonuçlar boyutu ile araştırma ve tartışma, insan haklarını; sağlıkla ilişkili politika ve programları politik, ekonomik ve sosyal alanlar da dâhil olmak üzere tüm alanlarda tasarlama, yürütme, denetleme ve değerlendirmenin ayrılmaz bir parçası haline getirme süreçlerini ifade etmektedir.⁸ Sadece sağlıklı olmak hakkı olarak anlaşılması gereken sağlık hakkı, hak ve yükümlülükleri birlikte bünyesinde barındırmaktadır. Hakkın özgürlük boyutu, bir kimsenin, kendi sağlığı ve vücut kontrolünü elinde bulundurabilmesi, işkenceye ve rızaya dayanmayan tıbbi ve deneysel müdahalelere tabi olmamasını da içermektedir.⁹

Anayasamızda sağlık hakkı sosyal haklar arasında yer almıştır (m. 56). Ancak anayasada sosyal haklar bakımından devletin ekonomik gelişmeye paralel olarak –mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde– hak yararlanıcıları için katkıda bulunması da kabul edilmiştir (m. 65). Diğer yandan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesi “*Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır*” hükmünü içerir. Sağlık hakkına ilişkin Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nin 12. maddesinin birinci paragrafına göre; “*Bu Sözleşme'ye Taraf Devletler, herkesin, ulaşılabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkını kabul ederler*”. Hakkın tam olarak gerçekleşmesini sağlamak için ise: “*Ölü doğum oranının ve çocuk ölümlerinin azaltılması ile çocukların sağlıklı şekilde gelişimleri için önlemler alınması; çevre ve endüstri sağlığını her bakımdan ileriye götürme; salgın ve yöresel hastalık-*

8 WHO, Basic Documents, Forty-third Edition, Geneva, , 2001, aktaran: Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi-World Health Organization, Sağlık ve İnsan Hakları Üzerine 25 Soru 25 Cevap, 2002, s.16.

9 Birleşmiş Milletler 'de İnsan Hakları Yorumları İnsan Hakları Komitesi ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, 1981-2006, Çev. Lema Uyar, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2006, İstanbul, s.239.

larla mesleki ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü; hastalık halinde herkese tıbbi hizmet ve bakım sağlayacak koşulların yaratılması” konularında girişimde bulunurlar.¹⁰

Sağlık hakkı, hasta hakları ve sosyal güvenlik hakkı ile doğrudan ilişkili bir insan hakkıdır. Sağlık hakkı içerisinde hasta hakkı, sağlık profesyonellerinin ödevleri ve sorumlulukları, sağlık riskleri ve bunların onarımı, sağlık bakıcılarının sorumlulukları ile mağduriyetlerin giderilmesi hususları yer almaktadır. Ayrıca, sosyal güvenlik hakkı çalışanların mesleki hastalıkları ile iş kazalarına karşı koruma öngöreceğinden sağlık hakkı ile yakın bağlantılı bir haktır. Bu nedenle sosyal güvenlik hakkının olmadığı ülkelerde sağlık hakkı ve dolayısıyla yaşama hakkı, özellikle yoksul kesimler bakımından, kullanılamaz bir hak haline gelmektedir.¹¹

Sosyal ve ekonomik bir hak olan sağlık, “sosyal devlet” ilkesi ile birlikte gelişim gösteren bir hak olup, devletlere yapma veya yerine getirme yükümlülüğü yüklemektedir. Pozitif bir statü hakkı olarak sağlık; devletlere bu hakkı gerçekleştirmeye yönelik her türlü hizmeti mümkün olan en yüksek standardında sağlama sorumluluğu yüklemektedir. Uluslararası insan hakları hukukunda mümkün olan en yüksek sağlık standardına ulaşma hakkı, bu hakkın en iyi biçimde uygulanmasını güvenceye alan bir dizi sosyal düzenlemeler–normlar, yasalar ve bunların gerçekleşmesini mümkün kılan bir ortam– talebi biçiminde yer alır. Bu nedenle sağlık hakkı gıda, barınma, insana yakışır işlerde çalışma, eğitim, siyasi katılım, bilimsel ilerlemelerin ve bunların uygulamalarının faydalarından yararlanma, ayrımcılığa uğramama, işkence ve kötü muamele görmeme, kişisel verilerin ve mahremiyetin korunması, bilgiye erişim ve örgütlenme gibi diğer insan haklarının yaşama geçirilmesi ile yakından ilişkilidir. “Sosyal devlet” ilkesi ile birlikte düşünüldüğünde sağlık hakkı, sağlık hizmetlerinin belirli standartlara sahip diğer kamu hizmetleri ile birlikte sunulması halinde gerçekleştirilecek bir hak olarak da kabul edilebilir.

24/4/1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun birinci maddesi de “*Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren*

10 *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, Adopted and Opened For Signature, Ratification and Accession by General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966.

11 İbrahim Şahbaz, *Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı*, TBB Dergisi, Sayı 86, 2009, Ankara, s.405-410.

bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi devlet hizmetlerindedir.” hükmüne amirdir. Bu normatif çerçeve sağlığın kamusal alan ile olan yakın ilişkisine, sağlık hakkının sadece zamanında ve uygun sağlık hizmeti almakla sınırlı olmadığına işaret etmektedir. İnsanın hem ruhen hem bedenen iyi olması hali olarak da tanımlanan sağlık, kişilerin erişebildiği sosyal ve ekonomik olanaklarla doğrudan bağlantılıdır. Sağlık hakkı, güvenli ve içilebilir suya erişim, temizlik olanakları, yeterince güvenli gıda alabilme, beslenme ve barınma, sağlıklı çalışma ortamları ve çevre şartlarına, sağlık bilgisine ve öz bakım becerisine sahip olmak gibi sağlığın sosyal belirleyicilerini de içeren kamusal bir haktır.

Türkiye’de halk sağlığı disiplinin kurucusu kabul edilen Nusret Fişek’e göre halk sağlığı kavramı İngilizce “Public Health” ve Fransızca “Sante Publique” sözcüklerinin yanlış bir çevirisidir. Doğrusu “Kamu Sağlığı” olmakla birlikte dilimize; “Halk Sağlığı” olarak yerleşen kavram, 19’uncu yüzyıldan beri kullanılmaktadır. Kavramın klasik olarak kabul edilen tanımını yapan Winslow’a (1923) göre halk sağlığı: *“organize edilmiş toplumsal çalışmalar sonunda çevre sağlık koşullarını düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu tedavisini sağlayacak sağlık örgütleri kurarak, toplumsal çalışmalarını her bireyin sağlığını sürdüreceği bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde geliştirerek hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığıyla çalışma gücünün artırılmasını sağlayan bir bilim ve sanattır.”*¹² Bu bilim ve sanatın icrasında sağlığa hak temelli yaklaşmak: sağlık hizmetlerini bahşedilen bir iyilik olarak değil; insanlığın hak mücadelesinin bir kazanımı olarak ele almakla mümkündür. Sağlık hakkının tam anlamıyla gerçekleştirilmesi, temelde insanların insanca yaşayabilecekleri koşulların her alanda iyileşmesini, insanların sağlık hizmetlerine tam erişim sağlayabilmesini, kamu sağlığının önleyici politikalar ile korunması için yatırım yapılmasını gerektirmektedir.

Kovid-19’un kısa sürede bir halk sağlığı tehdidi oluşturmasının nedenlerinden biri de sağlık hizmetlerinin erişilebilirlik ve kapsayıcılık düzeyidir. Virüsün ayırt edici belirtilerini erken tespit etmeye imkân verecek halk sağlık taramalarında ve koruyucu malzeme tedarikinde geç kalınmıştır. Halk sağlığının

12 Nusret FİŞEK, *Halk Sağlığında Terim Kargaşası Bir Sorun mudur?* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bülteni, Ocak 1983, https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_3/33.html, Erişim: 17.07.2020.

bir bütün olarak korunmasında alınan tedbirlerin gerek süreç gerekse toplumun tüm kesimleri için kapsayıcı bir perspektifle ele alınması, halk sağlığına hak temelli bir yaklaşımın bir gereğidir. Bu yaklaşım terkedildiğinde sağlık hizmetlerine erişim olanakları sınırlanmakta ve dün olduğu gibi bugün de pandemiler, vaktinde ve kapsayıcı şekilde alınamayan önlemler nedeniyle kitlesel ölümlere neden olmaktadır. Bu ölümler elbette halk sağlığı için ayrılan kaynaklarla, bu kaynaklara eşit erişim olanakları ile insanların yaşam koşullarının virüs tehdidinden uzak kalma/kalamama noktasında barındırdığı zorunluluklar ile yakından ilgilidir. BM Genel Sekreteri Antonio Guterres'in da ifade ettiği gibi Covid-19; “en korumasız insanları, yoksulluk içinde yaşayanları, dar gelirli çalışanları, kadınları ve çocukları, engellileri ve marjinalleştirilmiş grupları orantısız şekilde etkiledi.”¹³ Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanmasının önünde politik/yasal engeller olmasa da pandeminin ortaya koyduğu tablo; sosyoekonomik eşitliklerin sağlıkta eşitliğin önünde bir engel olduğudur.

2. Sağlıkta Eşitlik

Ulusal mevzuatımızda 1982 Anayasasında, çeşitlik kanunlarda ve özellikle 6701 sayılı Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Kanunu ile düzenlenmiş bulunan eşitlik ilkesi ile herkes “*hukuken tanınmış hak ve hürriyetlerden yararlanmada eşit*” kabul edilmiştir. Birleşmiş Milletler (BM) Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi’ni gözeterek Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesinin sağlık hakkına ilişkin kabul ettiği 14 No’lu Genel Yorumda sağlık hakkı *varlık, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik ve kalite* olmak üzere dört ölçüt çerçevesinde değerlendirilmektedir. İşler halde halk sağlığı ve sağlık bakımı kuruluşları, malzemeleri ve servisleri, programları yeterli miktarda var olması *varlığı*; sağlık kuruluşlarının, malzemelerinin ve hizmetlerin ayrımcılık yapılmadan herkesin erişimine fiziksel, ekonomik ve bilgi olarak açık olması *erişilebilirliği*; tıbbi etiğe saygılı, kültürel olarak uygun, cinsiyete ve yaşam döngüsü gereklerine duyarlı, aynı zamanda hizmet alanların mahremiyetlerine saygı duyulacak ve onların sağlık seviyelerini yükseltecek biçimde tasarlanmış olması *kabul edilebilirliği*; bilimsel ve tıbbi gerekçelere uygun ve iyi kalitede olması ise *kalite* ölçütünü oluşturmaktadır.¹⁴ DSÖ

13 United Nations (UN), *UN chief: Impacts of COVID-19 disproportionately affect poor and vulnerable*, <https://news.un.org/en/story/2020/06/1067502>, Erişim: 14 Kasım 2020.

14 CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health

1977 yılında, dünyadaki tüm insanların sosyal ve ekonomik yönden verimli bir yaşam sürebilmesi için yapılması gerekenleri “2000 Yılında Avrupa’da Herkes İçin Sağlık Hedefleri” adlı bildirme ile belirlemiştir. Bildirgeye göre; sağlıkta eşitliğin sağlanabilmesi amacıyla devletlerin sağlık düzeyi farklılıklarını azaltması, bu hedefe ulaşılabilmesi için ise sağlığın temel önkoşullarını herkese sağlaması, yaşam biçimlerine bağlı riskleri azaltması, yaşama ve çalışma konularının sağlıkla ilgili yönlerini iyileştirmesi ve herkese temel sağlık hizmeti sağlaması gerekmektedir.¹⁵

Sağlık sistemleri, dünya ekonomisinin en büyük sektörlerinden birisidir. “2019 Küresel Sağlığa Bakış: Geleceği Şekillendirmek” adlı rapora göre; 2013-2017 yılları aralığında küresel sağlık harcamalarında %2,9’luk bir artışın arka planında yaşanan ve artan nüfus, daha da yaygınlaşan kronik hastalıklar, yenilikçi ancak yüksek maliyetli dijital teknolojilere yönelik sağlık talepleri ve harcamalar yer almaktadır.¹⁶ DSÖ tarafından yayınlanan “Küresel Sağlık Harcaması: Geçiş Sürecinde Bir Dünya” adlı raporda, dünyada sağlık hizmeti harcamalarının yılda 7,3 trilyon doları bulduğunu, bunun da küresel gayri safi yurt için hasılasının yüzde 10’una tekabül ettiğini belirtmektedir.¹⁷ Bu rakamsal boyut binlerce yıl öncesinde aile üyeleri, dini örgütler ya da bazen profesyonel bir şifa verici tarafından tedavi sunulan bir kişiyle, bir hastalık arasındaki basit ve özel bir ilişkinin, geçmiş iki yüzyıl içinde nasıl genişlediğini ve bir sağlık sistemi tarafından kapsanan kompleks bir ağa nasıl dönüştüğünü yansıtmaktadır.¹⁸

DSÖ’nün “Küresel Sağlık Harcaması: Geçiş Sürecinde Bir Dünya” adlı raporunda; düşük ve orta gelirli ülkelerle, zengin ülkeler arasında sağlık hizmetlerine ayrılan mali kaynak açısından derin uçurumu gözler önüne sermektedir. Sağlık harcamaları açısından ilk 10 içinde yer alan ülkelerde kişi başına yılda 5 bin dolar üstü harcama yapılırken, bu sıralamada son 10 içinde yer alan

(Art. 12) Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000 (Contained in Document E/C.12/2000/4).

15 WHO, *Herkes İçin Sağlık Hedefleri 2000*, Avrupa Bölgesi “Herkes İçin Sağlık Stratejisi Hedefleri”, Copenhagen, 1989.

16 Deloitte, 2019 Global Health Care Outlook: Shaping the Future, <https://www2.deloitte.com/tr/tr/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2019-global-healthcare-outlook.html>, Erişim: 11.11.2020.

17 WHO, *Global Spending on Health: A World in Transition*, Global Report, Working Paper/19.4, Switzerland.

18 Özgür Uğurluoğlu ve Yusuf Çelik, *Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1 (2005), Ankara, s.4.

ülkelerde ise kişi başı harcanan para yılda 30 doları geçmemektedir. Dünya nüfusunun sadece yüzde 20'sinin zengin ülkelerde yaşamasına karşılık sağlık harcamalarının yüzde 80'ini temsil etmesi uçurumun derinliğine dair fazla söze yer bırakmamaktadır.¹⁹ Temel sorun dünya genelinde toplam sağlık harcamalarının yüzde 51'i hükümetlerin bütçesinden, yüzde 35'i ise vatandaşların cebinden çıkarken yoksulluk içinde yaşayan 1,3 milyar kişinin sağlık hizmetlerine yeterli bir biçimde ulaşamamasıdır. Kovid-19 halihazırda yoksulluk virüsü ile enfekte dünya düzeninde sosyoekonomik eşitsizlikleri derinleştirerek yayılmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri genel olarak kamu, yarı kamu, özel ve kâr amacı gütmeyen vakıf kuruluşlarınca sağlanmakta ve finansmanı da vergiler, sosyal güvenlik primleri ya da özel sigorta primleri ile gerçekleşmektedir. Son 20 yıl içindeki hızlandırılmış reformlarla ve 2003 yılında başlayan "Sağlıkta Dönüşüm" programıyla Türk Sağlık Sistemi yeniden düzenlenmiş, sosyal güvenlik reformu ile genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmiştir. Bu değişiklikler, sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığına ve erişilebilirliğine katkı sağlamış ve yüksek sağlık harcamalarına karşı düşük gelir seviyeli kesimler için mali koruma koşullarında iyileşmeler görülmüştür.²⁰ Diğer yandan sağlık sistemlerinde eşitlik ilkesinin hakkaniyetle gözetilmesi sunulan hizmetlerin kapsayıcılık, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik ve işlevsellik açısından insan onuruna yakışır bir düzeye birlikte sahip olmasını gerektirir. İnsanların sağlık güvencesine sahip olamaması bu güvenceye sahip olsa da ulaşabileceği sağlık hizmet kalitesinin sınırlılığı, ilaç ve tedavi hizmetlerindeki yeniliklerin kamusal sağlık hizmetlerine yansımaması, sağlık harcamalarının orantısız dağılımı gibi göstergeler sağlıkta eşitsizliği yansıtan unsurlar olarak sıralanabilmektedir.

19 Kamunun sağlık harcamaları 2016 yılı rakamlarının temel alındığı bu rapora göre, yıllık toplam 7,3 trilyon dolar olan sağlık harcamalarının 5,6 trilyon doları kamu tarafından karşılanıyor. Rapora göre, zengin ülkelerde kamu, kişi başına ortalama 2 bin 257 dolar ödüyor. Sağlık harcamaları için orta ve ortanın üstü gelir grubundaki ülkelerin hükümetleri, her bir vatandaşı için yılda 270 dolara kadar, orta gelir gelir grubunun altındaki ülkelerin hükümetleri ise 58 dolar kaynak ayırıyor. Zengin ülkeler, sağlık bütçelerini her yıl ortalama yüzde 4 artırırken, düşük ve orta gelirli ülkeler ise yüzde 6 artış sağlıyor. Hükümetlerin sağlık harcamaları artarken, vatandaşların kendi ceplerinden yaptıkları harcamalar da düşmüyor, tam tersi artış gösteriyor.

20 OECD, "OECD Reviews of Health Systems-Turkey: The Performance of the Turkish Health System and its Determinants", (02.2008), https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-turkey-2008_9789264051096-en, Erişim: 17.10.2020.

Eşitsizliklere dair yapısal nedenlerin üzerine gidilmediği, yetersiz kaynakların ve elverişsiz yaşam koşullarının aynı toplumsal kesimler üzerinde keşiştiği, eğitim, sağlık ve istihdama erişimde fırsatların ve sonuçların herkes için eşit olmadığı toplumlar ayrımcı uygulamalarla karakterizedir. Pandemiler, afetler, kamuoyunda yankı uyandıran kimi olaylar²¹; oluşturdukları ulusal güvenlik tehdidinin yanı sıra ayrımcı uygulamaların toplumsal bilinç altını temsil eden kalıp yargılara, sosyal dışlanmaya ve ötekileştirilmeye karşı duyulan öfke patlamalarına neden de olabilmektedir. Toplumun ruh sağlığını olumsuz etkileyen bu döngüsel eşitsizlik ilişki dizisi ancak her insanın onur ve haysiyetinin sağlık başta olmak üzere toplumsal sistemler tarafından hukuken ve fiilen olarak güvence altına alınacağı bir eşitlik stratejisi ile aşılabilir.

3. Kovid-19 Sonrası Gelecekte Sağlıkta Eşitliği Stratejik Bir Bileşene Dönüştürmek

Eşitliği stratejik bir bileşene dönüştürmek, kamusal politikaları hak temelli bir yaklaşımla; kimseyi geride bırakmadan katılımcı, hesap verilebilir, şeffaf ve ayrımcılık karşıtı bir yaklaşım ile kesintisiz olarak sürdürebilmeyi gerektirir. Kriz koşulları barındıran Kovid-19 Pandemisi gibi bir süreçte eşitlik ilkesine bağlılığın ve hizmetlerde devamlılığın korunması, yalnızca ülke yönetimine duyulan güveni değil uluslararası alandaki ülke imajını da tazeleyen bir başarıdır.

Mevcut küresel düzende pandemi süreci, artan ilaç, tıbbi cihaz ve koruyucu ekipman gereksinimine karşı uluslararası tedarik zincirinin kırılganlığını ortaya çıkarırken, ulus-devlet bilincinin ve milli üretimin önemini gözler önüne sermiştir. ABD, İtalya ve İspanya gibi ülkelerde kısa sürede yaşanan kitlesel ölümler, ekonomik resesyon, otoriterleşme eğilimleri gibi sonuçları itibarıyla Kovid-19 kendisinden sonraki geleceğe etki edecek değişim tohumları ile ders çıkarılması gereken yeni başlıklar ve tartışma gündemleri ile hayatlarımıza girmiştir. Bugünden yapılacak doğru okumalar ile yaşanacak olası salgınların ve çok boyutlu hasarlarının önüne geçmek için kamusal sağlık hizmetlerindeki daralmanın ve erişilebilirlik açmazının ele alınması gerekmektedir.

21 Amerika Birleşik Devletleri'nde bir polis memurunun dizi ile George Floyd'u boğarak herkesin gözü önünde öldürmesi tepki toplamış ve bu ırkçı şiddeti günler süren sokak protestoları, yağmalar ve şiddet vakaları izlemiştir.

Devletlerin ekonomik olarak küçülmeye gitmesinin, online ya da seyreltilmiş yüz yüze eğitim uygulamalarına geçişin, iş yaşamında dijitalleşmenin ve işsizlik oranlarının katlanarak büyümesinin sıkça konuşulduğu pandemi sürecinde değişim beklentisinin eşitlik talebi üzerinde yoğunlaştığı gözlemlenmiştir. Öyle ki güçlü ekonomileri ile anlagelen ülkelerde dahi sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri, finans ve istihdam dengeleri pandemi süreci ile kırılğan hale gelmiş; kamusal politikalara yapılan yatırımların, sağlık sistemlerinin ve etkili kriz yönetimlerinin sahip olduğu önem öne çıkmıştır. Bu süreçte sağlık çalışanları en önemli aktörler olarak belirirken tıp teknolojileri, koruyucu sağlık sistemleri ve genel sağlık sistemleri değişim ve iyileşme beklentilerinin odaklandığı ana başlıkları oluşturmuştur.

Barınma olanaklarına, gıdaya ve sağlık hizmetlerine erişim, online eğitim için gerekli teknik donanım ve internet bağlantısına sahiplik gibi başlıklarda yoğunlaşan ve tüm insanların eşit fırsatlara sahip olmadığı gerçeğinin altını bir kez daha çizen gereksinim alanları, pandemi ile mücadelede eşitlik ilkesinin öneminin daha iyi kavranmasına imkân tanımıştır. Başta tarım ve zirai ürünler olmak üzere ekonomide üretim kapasitesinin düşmemesi, insanların evlerine kapandıkları süreçte temel gıdalara erişim sağlayabilmesi hayati bir önem taşımıştır. Bu bağlamda pandemi sürecinde kendi kendine yetebilen bir ekonomi beklentisi güçlenirken, sağlık, gıda ve enerji başta olmak üzere çeşitli alanlarda milli üretime yönelmeye yönelik çağrılar artış göstermiştir.

Gelinen noktada, Kovid-19 virüsünün dünya genelinde hızla yayılmasıyla birlikte sağlık başta olmak üzere ekonomi, sosyal ve eğitimsel eşitsizlikler tüm dünyada pandemi sürecinde daha da net olarak gözler önüne serilen sonuçları ile varlığını korumaktadır. Sağlık hakkına eşit erişimi gözeten uygulamaların yokluğuna artan işten çıkarmalar, iş güvencesi ve sosyal güvenlik hak kayıpları eklenmektedir. Bu tabloyu değiştirmek kuşkusuz kısa vadede kolay olmasa da sağlıkta eşitliği sağlamak için insanı ve yaşam hakkını odağına alan bir stratejik ortak aklı inşa ederek gelecek nesillerin ödeyecekleri bedelleri en aza indirgeyebilmek için bazı adımlar atılabilir.

a. Eşitsizlik Gerçeği ile Yüzleşmek

Eşitsizlikler, sosyal adaletten yoksun üretim ve bölüşüm ilişkilerinden doğan, etkileri itibariyle insan onuruna yakışır yaşam olasılığı üzerinde ölümcül sonuçlar doğuran sosyoekonomik bir virüstür. Eşitsizlikler, en zengin % 1'in

6,9 milyar insanın iki katından daha fazla servete sahip olduğu bir dünya yaratıldı ve bu dünyada en zengin 26 kişinin serveti, dünya nüfusunun yarısınıninkine eşit bir düzeye kadar yükselebildi. ²² Dünya servetinin yüzde 60'ının 2 bin 153 kişinin elinde olduğu ²³ insanlık ailesinde eşitsizlikler milyonlarca insanın gelire, mal varlığına, sağlığa, eğitime, kayıtlı istihdama, sosyal korumaya ve kamu hizmetlerine erişimine dair doğrudan ve dolaylı engellerle kemikleşen ve süregelen bir seyir izliyor. Eşitsizlikleri ve izlediği seyri rakamlarla ortaya koymak nispeten kolay olsa da varlığını ve varlığını neden koruduğunu açıklamak zor görünmektedir.

Eşitsizliklerin varlığını açıklayabilecek nedenlerden biri olarak ayrımcılık, hukuki anlamda, eşit konumdaki kişilere, bir hakkın kullanılmasında ya da bir yükümlülüğün yerine getirilmesinde meşru ve makul bir temele dayanmaksızın farklı muamelede bulunulması ya da eşit durumda olmayan kişilere, meşru ve makul bir temele dayanmaksızın aynı muamelede bulunulması olarak tanımlanmaktadır. ²⁴ Ayrımcı bir uygulama olarak sağlıkta damgalama, belirli bir hastalığı yaşayan bir kişi veya gruba, hastalığın görüldüğü yerlere ve hastalıkla ilgili şeylere dair olumsuz, kötileyici, düşmanca, değersizleştirici ve ayrımcı tutumları içerir. Özellikle bulaşıcı hastalıklarda, hastalıkla ilişkilendirilen bir bağlantı nedeniyle insanlar damgalanır, gerçekçi olmayan ya da gerçeğin çarpıtıldığı bilgilerle basmakalıp düşünceler dolaşıma girer ve hedefteki insanlar ayrımcılığa maruz kalır. Daha önceden ayrımcılığa maruz kalan gruplar ise salgın dönemlerinde damgalamanın hedefinde yer alabilir. ²⁵ Kovid-19 tedavisi gören ya da görmekte olan kişilerin ve yakınlarının damgalanmaması ve ayrımcılığa uğramaması için sağlık temelinde ayrımcılık yasağının altını daha net olarak çizmeye yönelik çalışmalar ile kamuoyunun farkındalık düzeyinin artırılmasında ve ayrımcı muamelelerin yaşanmasına fırsat verilmemesinde yarar bulunmaktadır. Nitekim Kovid-19 virüs ile ilişkilendirilen kişilerin yanı sıra ²⁶ virüs bulaşan, tedavi gören ve iyileşen kişilerin farklı muameleyle maruz

22 Oxford Committee for Famine Relief (OXFAM), <https://www.oxfamamerica.org/explore/issues/extreme-inequality-and-poverty/>, Erişim: 07.11.2020

23 World Economic Forum Annual Meeting, Davos 21-24 Ocak 2020, https://www.weforum.org/events/world-economic-forum-annual-meeting-2020_Erişim: 09.11.2020

24 Ulaş Karan, Uluslararası İnsan Hakları Hukuku ve Anayasa Hukuku Işığında Eşitlik İlkesi ve Ayrımcılık Yasağı, On İki Levha Yayıncılık, İstanbul s. 68.

25 Türk Psikiyatri Derneği, COVID-19 ve Damgalama, <https://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/243202019327-DamgalanmaCOVID.pdf>, Erişim: 10.08.2020.

26 "ABD'de Asyalılara coronavirus ayrımcılığı", NTV, <https://www.ntv.com.tr/dunya/abdde-asyalilara-corona-virus-ayrimciligi,Bc0ioZ4GgUCdmGqf6YPTOA,E.T.09.09.2020>.

kaldıkları yönündeki haberler²⁷ medyada her geçen gün daha fazla sayıda yer almaya devam etmektedir. Yine bu süreçte kronik rahatsızlıklara sahip olanları, 65 yaş üstündekileri ve engelli çalışanları işten çıkarma ve ücretsiz izin uygulamaları ile işe geri çağırılmama gibi ayrımcı uygulamalar da halihazırda ayrımcılığa uğrayabilen bu grupları daha korunmasız bir alana itmektedir.

Toplumlardaki korunmasız ve marjinal gruplarda yüksek oranda sağlık sorunları bulunma eğilimi vardır. Açıkça ya da dolaylı ayrımcılık temeli insan haklarının ihlal edilmesine yol açar ve çoğunlukla bozuk sağlığın kökenini oluşturur. Uygulamada, ayrımcılık kendini hedefleri yeterince belirlenmemiş sağlık programları ve sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlılığı biçiminde gösterebilir.²⁸

Kovid-19'un sağlıktaki mevcut eşitsizlikler üzerinde derinleştirici bir etkisi özellikle yoksul haneler, sosyal güvencesi bulunmayanlar, gündelik çalışanlar, göçmenler, küçük ölçekli üreticiler, düşük gelir sahipleri ve evsizler gibi en savunmasız gruplar üzerinde yoğun olarak gözlemlendi. Nitekim Uluslararası Çalışma Örgütüne (UÇÖ) göre pandeminin yarattığı iktisat ve emek krizi, küresel boyutta işsizliği 25 milyon kişi kadar arttırabilecek düzeye ulaşmıştır.²⁹ Ücretli çalışanlar açısından ise ekonomi ve tedarik zincirleri daralırken, talepteki keskin düşüşleri işten çıkarmaların izlemesi işsizlik sarmalına yeni halkaların eklenmesini beraberinde getirdi. Diğer yandan işten çıkarmaları yasaklama, kısa çalışma ödeneği ile sosyal yardımların kapsamını genişletme yönünde alınan tedbirler ile toplumun alım gücünü desteklemeye ve işsizlik riskini azaltmaya yönelik sosyopolitik tedbirlere başvurulmaya devam ediliyor.

Artan işsizliğin sosyal koruma mekanizmaları ile dengelenememesi, gelir şoku yaşayan pek çok insanın pandemi ile gelen ekonomik kriz dalgası karşısındaki kırılganlığı, kayıt dışı istihdam, herhangi bir sağlık ya da sosyal güvencesi olmayan insanlar ve daha fazlası eşitsizlik gerçeğinin birbiri üzerine eklenmiş neden-sonuç halkalarından yalnızca bir kısmı. Özetle Kovid-19'un ekonomik yükü altında kalan milyonlarca işsiz, daralan üretim ve tedarik zincirleri, pandemi koşullarının çevrelediği sosyal politikalar mevcut sosyoeko-

27 "COVID-19'lusun damgası!", Sabah, <https://www.sabah.com.tr/pazar/2020/05/03/covid-19lusun-damgasi>, Erişim: 15.08.2020.

28 WHO, Basic Documents, Forty-third Edition, s.11.

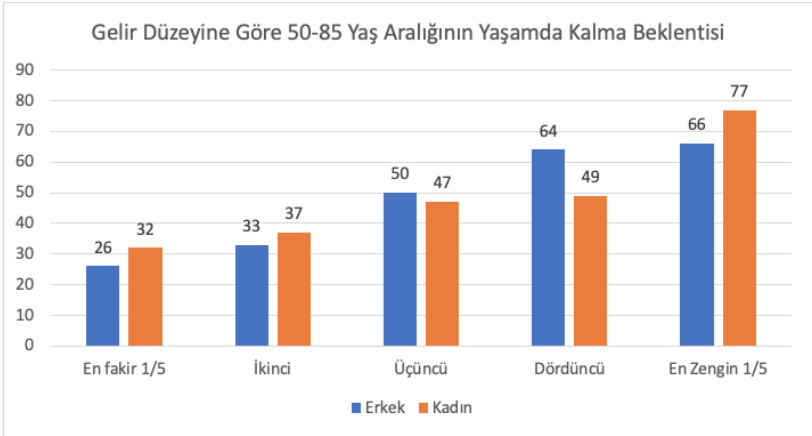
29 ILO, Covid-19 and the World of Work: Impact and policy responses, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_738753.pdf, Erişim: 21.06.2020.

nomik eşitsizliklerin etkisini ağırlaştırmaktadır. Dolayısı ile Kovid-19 sonrası gelecekte sağlıkta eşitliği bir stratejik bileşene dönüştürebilmek için başlangıç noktasını sosyoekonomik eşitsizlikler oluşturmaktadır.

b. Sosyoekonomik Eşitsizliklerle Mücadele Etmek

Bilindiği gibi Kovid-19'un ilk doğrudan etkisi, hastalık ve ölüm oranları açısından insan sağlığına iken dolaylı etkisi sosyoekonomiktir ve uzun vadede yıkıcı etkiler taşır. Bu etkiler arasında işsizlik, gelir şoku ve gelir eşitsizliği sağlık hizmetlerine erişime engel oluşturabildiği gibi eğitime, barınmaya, gıda hakkına ve insani hizmetlere erişimde de eşitsiz koşulları neden-sonuç ilişkisi içinde yeniden üretir. Bu nedenle pandemi süreciyle sarsılan ekonomiler ve yeniden tanımlanan sosyoekonomik koşullar ve sağlık eşitsizlikleri arasındaki ilişki; insan yaşamı üzerinde kalıcı etkiler doğurmayı sürdürecektir. Ancak bu yeni bir olgu değildir; nitekim daha az gelir sahibi olan insanların yaşam beklentisinin, daha çok geliri olan insanlara oranla daha düşük olduğu bildiğimiz bir gerçekliktir:

Grafik 2: Yaşam Beklentisi ve Gelir Düzeyi (ABD, 2020)



Kaynak: Philip N. Cohen, Family Inequality and Health Disparities,

<https://familyinequality.wordpress.com/2020/04/21/health-disparities-covid-19-lecture/>

Tüm dünyadaki insanların sosyal ve ekonomik yönden verimli bir hayat sürdürebilmesi için hükümetlerin üstlenecekleri rollere 1977 yılında Dünya Sağlık Asamblesi'nde dikkat çekilmiş, 1978 yılında Alma-Ata Konferansı'nda "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikasının temelleri atılmış ve Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 yılındaki 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısı'nda "*Herkese Sağlık Politikaları: 21. Yüzyılda 21 Hedef*" sloganıyla resmen kabul edilmiştir.³⁰ Bu hedeflerden ilki "2020 yılına kadar Avrupa'da sağlık durumundaki farklılıkların en az 1/3 azaltılması" iken, ikincisi ise "sağlık hakkaniyet"tir. Buna ilkeye göre yine "2020 yılına kadar, ülkelerdeki, sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılık, dezavantajlı grupların sağlık düzeyleri geliştirilerek, tüm üye ülkelerde en az ¼ azaltılmalı"dır. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerindeki etkisine dair uluslararası çalışmalar yarım asırlık bir geçmişe sahip olmasına karşın gelinen nokta, yukarıdaki tablonun da işaret ettiği gibi, gelir düzeyinin yaşam beklentisi üzerindeki etkisini koruduğudur. Bu etkiyi kırabilmek sağlığın sosyal bileşenlerine yatırım yapılmasını gerektirmektedir.

Sosyoekonomik eşitsizlikler nedeniyle ekonomik büyümenin yoksullukla mücadele üzerindeki iyileştirici etkisini yitirdiği dünyamızda, Kovid-19 sonrası gelecekte ekonomik iyileşmenin yıllar süreceği öngörülür ise bu sürecin özellikle en yoksul gruplar için eşitsizlikleri süregelen bir soruna dönüştürme tehdidi barındıracağı ifade edilebilir. Bu yoksul kesimler üzerinde sağlık başta olmak üzere çeşitli alanlarda eşitsizliklerin ve sonuçlarının kalıcılığı riski anlamına gelmektedir. Genel olarak kamu harcamalarını sınırlandırma eğilimi, zayıf sosyal güvenlik ağları ile giderek esneyen ve güvencesizleşen istihdam ilişkileri, dünya ülkelerinin çoğu için Kovid-19 ile belirsiz hale gelen üretim-bölüşüm ilişkilerini hızla daha da kaygan bir zemine dönüştürmektedir.

Diğer yandan kentsel ve kırsal alanlar arasındaki sosyoekonomik eşitsizlikler de keskindir. Ülkeler içinde fırsat eşitliğine, kamusal hizmetlere ve altyapı olanaklarına erişimde kentlerde yaşayanlar kırsalda yaşayanlara oranla daha avantajlı olabilmektedir. Kovid-19 pandemisi karşısında özellikle kırsal kesimdeki yoksullar yeterli düzeyde sanitasyon, sağlık hizmetleri, eğitim, bilgi teknolojisi, sosyal koruma ve kamu altyapısına sahip olmayan koşullarla çev-

30 Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978) https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf, Erişim: 12.10.2020.

rili kalabilmektedir. Oysa kamu sağlığı kaynakları, tüm toplum içindir; kentin ve kırsal ekonomik koşulları değişse bile sağlığı korumak için coğrafi erişilebilirlik gözetilerek tahsis edilmelidir.

Pandemi sürecinin ilk günlerinde tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de tanı kiti, tedavide kullanılacak ilaçlar, maske ve dezenfektan malzemelerine nasıl ulaşılabileceği kamuoyunun gündeminde önemli bir yer teşkil etti ve herkesin ücretsiz olarak erişim sağlamanın gerekliliği sıklıkla dile getirildi. Sosyoekonomik koşulların herkes için eşit olmadığı ülkemizde de ne kadar süreceği halen net olarak öngörülemeyen pandemi sürecinde bu koruyucu malzemelerin halen herkes için eşit erişilebilirlikte olmadığını söylemek mümkün. İnsanların aynı maskeyi günlerce takmak zorunda kaldığı koşullarda sosyoekonomik eşitsizliklerle mücadele esasen bu insanların sağlık ve yaşam hakkı için yatırım yapılması gereken çok boyutlu bir alanı işaret etmektedir. Nusret Fişek’in de işaret ettiği gibi “*sosyal yönden tam iyilik hali*” olarak sağlığın ön koşulu sosyal yaşantısının sağlıklı olmasıdır. Çalışma ve yaşam güvenliğinin sağlamadığı, iş bulma olasılığının bulunmadığı, gelir dağılım dengesizliğinin yarattığı huzursuzluğun giderilemediği toplumlarda kişinin tam iyilik halinde olması olanaksızdır.³¹ İş kazası ve meslek hastalıklarının yaygın olduğu, kayıt dışı ekonomideki genişleme ve işsizlik baskısının insanları güvencesizliğe mecbur bıraktığı koşullarda bir gelir elde eden kesimlerin kendi yaşamlarında sosyoekonomik eşitsizlikleri ters yüz edebilme olanağı da sınırlanmaktadır.

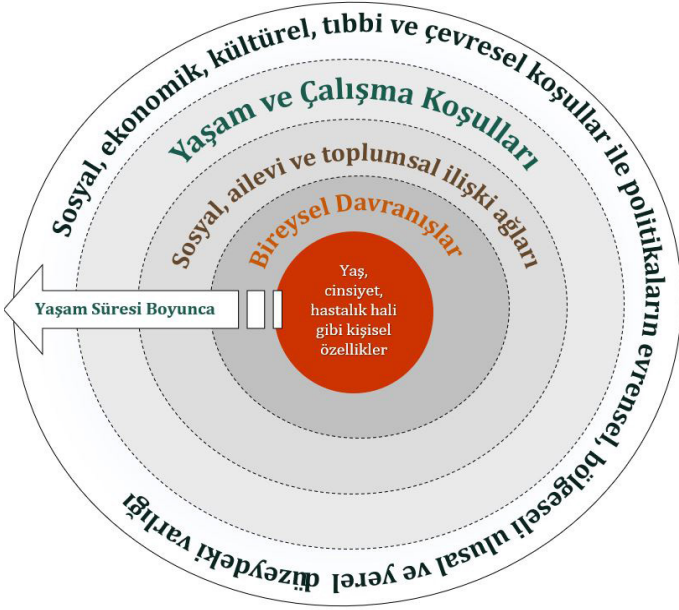
c. Sağlıkın Sosyal Bileşenlerine Yatırım Yapmak

Sağlığın sosyal belirleyicileri, yaşama sağlıklı başlamak, eğitim, ekonomi, işsizlik ve iş güvenliği, istihdam ve çalışma koşulları, gıda güvenliği, bağımlılık, sağlık hizmetlerine erişim, ulaşım, barınma durumu, sosyal dışlanma ve sosyal destekler olarak sıralanmaktadır.³² Sosyal ve ekonomik politikalar bir çocuğun tam potansiyeli ile büyüyüp gelişip sağlıklı bir hayat mı yaşayacağı, yoksa yaşamının hastalıklı mı olacağı üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Aynı politikalar sizin salgın döneminde evde kalıp kalamayacağınızı da Kovid-19’a yakalanıp yakalanmayacağınızı da büyük oranda belirlemektedir. Birinin salgınla kurduğu ilişki dünya haritasındaki yerine, içinde bulunduğu

31 Nusret Fişek, *Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları*, Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No:144, 1982.

32 Social Determinants of Health, The Solid Facts, Ed. R. Wilkonson, M. Marmot, WHO, 2003, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

ülkedeki vatandaşlık durumuna, yaşadığım şehrin mekânındaki konumuna, yaptığım işe, yaşına, sınıfına, cinsiyetine ve tabii derinin rengine göre şekilleniyor. Bir diğer ifade ile sağlığım sosyal belirleyicileri salgındaki durumu da belirliyor.³³



Dünya Sağlık Örgütü, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine sunduğu “*Bir nesilde boşluğu kapatmak*” (2008) başlıklı nihai komisyon raporunda şu çarpıcı tespitlere yer vermektedir:

“*Sosyal adalet bir ölüm kalım meselesidir. İnsanların yaşama şeklini, buna bağlı hastalık şanslarını ve erken ölüm riskini etkiler... Bugün doğan bir kız, bazı ülkelerde doğarsa 80 yıldan fazla, diğerlerinde doğarsa 45 yıldan daha az yaşamayı bekleyebilir. Ülkeler içinde, sosyal dezavantaj dereceleri ile yakından bağlantılı olan önemli sağlık farklılıkları vardır... Sağlıktaki bu eşitsizlikler, önenebilir sağlık eşitsizlikleri, insanların büyüdüğü, yaşadığı,*

33 Ali Kocabaş, *COVID-19 Pandemisinde Sosyal Belirleyiciler ve Eşitsizlik*, COVID-19 Pandemisi ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kitabı içinde, Türk Toraks Derneği, E-Kitap Serisi, Haziran 2020, s. 5-24.

çalıştığı ve yaşlandığı koşullar ve hastalıklarla başa çıkmak için yerleştirilen sistemler nedeniyle ortaya çıkar. İnsanların içinde yaşadığı ve öldüğü koşullar, sırasıyla siyasi, sosyal ve ekonomik güçler tarafından şekillendirilir. Sosyal ve ekonomik politikaların, bir çocuğun büyüyip tam potansiyeline ulaşip ulaşamayacağı ve gelişen bir hayat yaşayıp yaşamayacağı veya hayatının kötüye gidip gitmeyeceği konusunda belirleyici bir etkisi vardır.”³⁴

Sağlığın sosyal belirleyicileri, insanların yaşam standartlarını belirleyen ekonomik, politik ve sosyal sistemlerin sınırlarını çizdiği dengelerin bir ürünüdür. İnsanların ve toplumların sağlığı bu dengelerin barındırdığı sosyal ve ekonomik eşitlikler/eşitsizlikler ölçüsünde tam iyilik haline ulaşabilir. Dünyaya gelen bir çocuğun içine doğduğu koşulların refaha olan uzaklığı sağlıklı bir yaşam mı süreceği, hastalıklarla mı tanışacağı; hatta güne kahvaltı ile başlayıp başlamayacağı üzerinde dahi etkilidir. Bu etkiyi görmezden gelen Kovid-19 ile mücadele politikalarının dili insanların evde kalmamalarının bir tercih olduğu yanılsaması üzerine kuruludur. Oysa Kovid-19 virüsü bulaşma riskinin yüksek olduğu toplu taşıma araçlarından, atölye ve fabrikalardan ya da sokağa çıkmaktan uzak durma noktasında sosyoekonomik koşullar herkes için tercih şansı barındırmamaktadır. Dolayısı ile bu zorunluluğun arka planındaki eşitsizlikler Kovid-19’un bu denli ölümcül sonuçlara yol açması üzerinde halen etkisini sürdüren temel insani bir çelişkidir.

Günümüzde dünya ekonomisindeki en büyük sektörlerden biri olan sağlık binlerce yıl öncesinde aile üyeleri, dini örgütler ya da bazen profesyonel bir şifa verici tarafından tedavi sunulan bir kişiyle, bir hastalık arasındaki basit ve özel bir ilişkinin, geçmiş iki yüzyıl içinde nasıl genişlediğini ve bir sağlık sistemi tarafından kapsanan kompleks bir ağa nasıl girdiğini yansıtmaktadır.³⁵ Sağlık dün olduğu gibi bugün de sosyal bir haktır. Sosyal haklar neredeyse bütün dünya ülkelerinde devletlerin politik, ekonomik ve siyasal öncelikleri arasında olmasına karşın izlenen sağlık politikaları, sağlık hizmetlerini ve böylelikle sağlığa erişim hakkını piyasalaştırarak ücretlendirmekte; hizmetlere katılım paylarına ilişkin artan oranlı bir strateji izleyerek “kaliteli” sağlık hizmetlerine erişimi bu paylar oranında basamaklandırabilmektedir.

34 WHO, “Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health”, Commission of Social Determinants of Health, Final Report, 2008, Geneva.

35 Özgür Uğurluoğlu, Yusuf Çelik, a.g.e., s.4.

Sağlık sistemleri sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmeye yönelik çalışmalarını insanın iyilik hali odağında gerçekleştirebildiği sürece gerçek bir hakkaniyet içerebilir. Ülkelerin temel hedeflerinden olan kişilerin sağlık hizmetlerine hakkaniyetli olarak ulaşımını sağlamak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve çeşitli sağlık göstergelerinde gelişmeler yaratabilmek için sağlık harcamalarının etkin şekilde kontrolü eskisinden daha önemli bir hale gelmiştir.³⁶ Bu ise sağlık sistemleri açısından sürdürülebilirlik olgusunu öne çıkarmaktadır.

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri sosyoekonomik gelişmeyi amaçlayan hedefleri de içerisinde barındırmaktadır. Açlık, yoksulluk, sağlık ve kaliteli yaşam, eğitim, enerji, sanayi ve benzeri alt başlıklarda iyileştirmeler gerçekleştirilmeye yönelik hedefler içeren 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasında yer alan 3/8'nci hedef; “*Finansal risk koruması, kaliteli temel sağlık bakım hizmetlerine erişim ve herkes için güvenli, etkili, kaliteli ve uygun fiyatlı zaruri ilaç ve aşılarla erişim de içerilecek şekilde genel sağlık sigortasının oluşturulması*”dır. Türkiye bu hedefi gerçekleştirme amacına yönelik olarak 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nu 2006 yılında yürürlüğe koymak suretiyle önemli bir adım atmıştır. Genel sağlık sigortası uygulaması ile sağlık hizmetlerine erişimde bütüncül yaklaşımla geliştirilen yapı sağlık hakkının korunmasına katkı sağlamıştır. Herkesin sağlık hizmetlerine eşit ve etkili şekilde erişimini sağlamak amacıyla sağlık altyapısının güçlendirilmesinin yanı sıra 18 yaşına kadar herkesin genel sağlık sigortası kapsamına alınması önemli kazanımlardır ancak sosyal bir hak olan sağlıkta eşitliğin sağlanması açısından yeterli değildir. Covid-19 sonrası gelecekte bu hakkın eşitlik bileşenini daha da güçlü bir şekilde içermesi, sağlık hizmetlerine insana yakışır düzeyde erişimi herkes için olanaklı kılmakla mümkündür. Bu amaçla iyileştirilmesi gereken ilk altyapı unsuru ise sosyal güvenlik sistemi ve genel sağlık sigortası uygulamalarıdır.

d. Sosyal Güvenlik Sistemini ve Genel Sağlık Sigortasını Güçlendirmek

Sağlık hizmetlerinin yeterli bir altyapıyla ve erişilebilir bir kamu hizmeti olarak sunulması sağlık hakkı bağlamında devletlere düşen pozitif yükümlü-

36 İlker Daştan ve Volkan Çetinkaya, *OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması*, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2015 / 1, Ankara, s.105.

lüklerdendir. Söz konusu yükümlülük vatandaşlar özelinde birtakım güvenceleri de ihtiva etmektedir. Anayasa'nın 56 (son) hükmü de bu güvence mekanizmasının kurulması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Buradaki güvence mekanizması sosyal güvenlik hakkı doğrultusunda genel sağlık sigortasıdır. Ancak söz konusu anayasa hükmü “*genel sağlık sigortası kurulabilir*” ifadesi ile devlete ihtiyari bir yükümlülük alanı bırakmış ise de; 31/5/2006 tarih ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarılmış; kanununun “*amaç*” kenar başlıklı 1'inci maddesinde, “*Bu Kanunun amacı, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir.*” hükmü ile güvence mekanizması yasal bir zemine oturtulmuştur.

Sosyal güvenlik hakkı bağlamında kurulan güvence mekanizmasının gerek sağlık hizmetinden yararlananların bireysel sağlıklarını koruma gerekse kamu sağlığını tehdit edecek salgınlarla ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele işlevlerini yerine getirmesi genel sağlık sigortasının kapasitesi ile yakından ilgilidir. Genel sağlık sigortası kapsamında sunulan kurumsal sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı ve sürdürülebilirliği ise mali desteğe açık bir alandır. Burada devletler mali güçleri nispetinde yeterli teknik, hukuki ve mali altyapısal düzenlemeleri yapmakla mükelleftir. Ancak genel sağlık sigortası uygulamaları bağlamında kayıt dışı çalışmaları nedeniyle kapsam dışında kalan insanlar sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı açısından ciddi bir boşluk oluşturmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) düzenli olarak yaptığı Hane Halkı İşgücü Anketi'ne göre Mart 2020 itibarıyla işgücü piyasasında kayıt dışı çalışanların oranı %29,1, tarım dışı sektörde kayıt dışı çalışanların oranı ise %18,6'dır.³⁷ Yine TÜİK'in “İstatistiklerle Kadın 2019” çalışmasına göre Türkiye nüfusunun yaklaşık %49,8'ini oluşturan kadınların istihdam oranı 2018 yılında %29,4'tür. Kayıt dışı istihdamın GSYİH içindeki oranı yaklaşık % 27 düzeyinde³⁸ olmasına rağmen Kovid-19 pandemisi ile mücadele sürecinde

37 Söz konusu istatistikler için Bkz. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33787>, E.T.: 21.06.2020.

38 Ceyhan Elgin ve Gökçe Başbuğ, *Covid-19 Pandemisinin Yol Açtığı Ekonomik Krize Karşı Açıklanan Ekonomik Teşvik Paketleri: Bir Karşılaştırma ve Türkiye Örneği*, İstanbul Politik Araştırmalar Enstitüsü, İstanbul, Nisan 2020, s. 16

doğrudan kayıt dışı istihdam edilenlere yönelik bir önlem alınmamıştır. Alınan tedbirler kayıtlı istihdam alanına yöneliktir.

Genel hatlarıyla dört başlık altında sıralayabileceğimiz bu tedbirler; doğrudan bütçe kaynakları ile sağlanan gelir destekleri, işsizlik sigorta fonu kaynaklarıyla sağlanan ve çalışanlara verilen ücret destekleri, vergi ve sosyal güvenlik primi ertelemeleri ile kredi teşviğiyle işletmelere ve tüketicilere verilen destekler olarak sıralamak mümkündür. Doğrudan bütçe kaynaklarıyla sağlanan gelir desteklerinin başında sosyal yardımlar gelmektedir. Doğrudan bütçe harcamaları kapsamında kırk sekiz ayrı başlık altında ihtiyaç sahiplerine dağıtılan sosyal yardımlar için bütçede 69,5 milyar TL kaynak ayrılmakta olup, bu kaynak 2020 yılı harcama bütçesindeki payı %6,5 civarındadır. T.C Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, pandemi sürecinde “Sosyal Koruma Kalkanı” adı verilen ve bir defalık olmak üzere hane başına bin Türk Lirası olmak üzere gelir desteğinde bulunmuştur. Pandemi ile mücadele sürecinde 2 milyon 111 bin 254 haneye, sosyal yardım altında devamlı aylık gelir desteği sağlandığı açıklanmıştır.³⁹

Bu yardımdan faydalanamayacak olan haneler ise şu şekilde belirtilmiştir:

- Pandemi Sosyal Destek Programı Faz 1 ve Faz 2, Faz 3 kapsamında verilen 1000 TL’lik nakdi destekten faydalanmış olan haneler,
- 5510 sayılı Kanunun 4/a maddesi kapsamındaki kamu işçileri, 3- 5510 sayılı Kanunun 4/c maddesi kapsamındaki memurlar,
- Sosyal Güvenlik Kurumundan gelir veya aylık alanlar (emekliler),
- İŞKUR İşsizlik Ödeneğinden faydalananlar (aylık ortalama 1560 TL),
- İŞKUR Kısa Çalışma Ödeneğinden faydalananlar (ortalama 1620 TL),

İşsizlik sigortası fonu kaynaklarından sağlanarak çalışanlara verilen ücret destekleri de bir diğer ekonomik tedbir paketini oluşturmuştur. Bilindiği üzere fonun gelirleri esas olarak, işçi ve işverenden toplanan primler ve devlet katkılarından oluşmaktadır. Primlerin %25’i işçiden, %50’si işverenden ve %25’i de devlet katkısından oluşmaktadır. 2020 yılı Mart ayı sonu itibarıyla

39 “Sosyal Koruma Kalkanı ile Vatandaşlara 115 Milyar Lira Destek”, TRT Haber, <https://www.trthaber.com/haber/gundem/sosyal-koruma-kalkani-ile-vatandaslara-115-milyar-lira-destek-saglandi-485729.html>, Erişim: 06.11.2020.

fon varlığı toplam 131,973 milyar TL düzeyinde gerçekleşmiş olup, pandemi ile mücadelede bu kaynaktan “işsizlik ödeneği” dışında, “kısa çalışma ödeneği” ve “ücretli izin” adları altında ödemeler yapılması yoluna gidilmiştir. Hem istihdamı korumak hem de çalışma hakkını güvence altına alabilmek için izlenen bu politikalar, sosyal ve ekonomik eşitliği dengelemeye ve korumaya yönelik alınan tedbirlerden yalnızca bir kısmı olmakla birlikte halen devam etmektedir. Etki analizi yapabilmek için yılsonu itibarıyla gerek ekonomik göstergelerin gerekse istihdam verilerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. İhtiyaç sahibi ailelere yönelik yardımın kayıt dışı ekonomide istihdam edilen kişileri kapsadığı düşünülse de bu yardım için ayrılan 2 milyar TL'nin yeterli olmayacağı açıktır.⁴⁰

Kovid-19 sonrası gelecekte sağlıkta eşitliği stratejik bir bileşene dönüştürmek kuşkusuz sosyal güvenlik sistemine ve genel sağlık sigortasına daha fazla pay ayrılmasını, bu pay kapsamında kayıt dışı istihdamın yaygın olduğu sektörlere yönelik ilave mali tedbirler alınmasını gerektirmektedir. Sosyal güvenlik sisteminin ve genel sağlık sigortasının işleyişinde de eşitlik ilkesinden uzak uygulamalara imkân verilmemeli; özellikle sosyal sigortalarda aktüeryal dengeyi bozacak prim afları, borç ertelemeleri, taksitli bağlanma gibi hak ve yükümlülük dengesine müdahale niteliği taşıyan politikalardan uzak durulmalıdır.⁴¹

Esas olan refah devletinin ana unsuru olarak sosyal güvenlik sisteminin genel sağlığı da içeren sosyal sigortalar, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler temeli üzerinde yapılanabilmesi ve bu yapının sosyopolitik boşluk kaldırmasıdır. İstihdamda ve sosyal güvenlik sisteminde “eşit” hak ve yükümlülüklere tabi olan insan sayısı azaldıkça, sosyopolitik boşluk büyümektedir.

SONUÇ

Kovid-19 pandemi süreci tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de dikkatlerin sağlık temelinde eşitlik ilkesine odaklanması üzerinde sarsıcı bir etki uyandırmıştır. Hem ulusal hem de uluslararası mevzuatta sağlık temelinde eşitliği güvence altına alan çeşitli hükümler bulunmakta ve bu hükümler sağ-

40 Elgin ve Başbuğ, a.g.e., s.16, Erişim: 21.10.2020.

41 Kadir Arıcı, *Sosyal Güvenlikte Eşitlik Meselesi*, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi C. XXIII, Y. 2019, s.21.

lık hakkının her boyutunda hiç kimseye ayırım yapılmaksızın sağlık hizmetlerine eşit erişimi amaçlamakta ise de kısa zaman dilimlerinde binlere varan yaşam kayıpları, insanların sağlık hizmetlerine eşit koşullarda erişip erişemediği sorusunu gündeme getirmiştir. Yaşanan süreç özellikle yaşlılar, sağlık güvencesine sahip olmayanlar, evsizler gibi kırılgan gruplar açısından sağlık hizmetlerine erişimde ciddi krizlerin yaşanmasına yol açarken, tüm toplumu kapsayan tedbirleri bilimsel bir strateji doğrultusunda vaktinde hayata geçiren sağlık sistemlerinin pandemi bir sağlık krizine yol açmadan önce sonuç aldığı gözlemlenmiştir.

Kovid-19, sağlık hakkının evrenselliğine ve vazgeçilmezliğine dayanan bir geleceğin ancak hep birlikte inşa edilebileceğine dair tarihe önemli notların düşüldüğü bir pandemidir. Kapsayıcı, sürdürülebilir, eşitliğin ve erişilebilirliğin temel stratejik politika bileşenleri olarak yerini aldığı bir vizyonu oluşturmaya değil, yaşamaya ihtiyacımız olduğu bir noktadayız. Bu vizyonun yazılı olduğu geniş külliyata rağmen yaşadığımız dünyaya ve barındırdığı eşitsizliklere ayna tutan Kovid-19, bu ihtiyacın derinliğine dair güçlü bir yansıdır. Eşitsizlikler sağlıkta eşitliğin önüne set oluştururken yalnızca sağlık hakkı değil yaşam hakkı ve sosyal güvenlik hakkı da ihlal altındadır. Eşitlikçi ve kapsayıcı kamu sağlığı politikalarının, Kovid-19 sonrası geleceğin stratejik bir bileşeni olabilmesi için eşitsizlik gerçeği ile yüzleşmek, sosyoekonomik eşitsizlikler ile mücadele etmek, sağlığın sosyal bileşenlerine yatırım yapmak, sosyal güvenlik sistemini ve genel sağlık sigortasını güçlendirmek gerekmektedir. Bugünden atılması gereken adımlar;

- Öncelikle acil insani ihtiyaçların herkes için ele alınması, açlık, kıtlık, hastalık ve diğer yoksunluk krizleri nedeniyle yaşanan ölümlerin acil müdahaleler ile sonlandırılması;
- Varlıklara erişimde eşitsizliklere zemin oluşturan yapısal sorunların tanımlanması,
- Temel sağlık, beslenme ve barınma gereksinimlerini gözetken kapsayıcı bir ekonomik iyileşme sürecinin yapılandırılması,
- Kentte ve kırdaki sağlıkta eşitsizliklere neden olan kısıtların kendi dinamikleri özelinde; yaş, cinsiyet ve engellilik gibi temel ölçütler çerçevesinde ayrı ayrı tanımlanması ve tanımlanan bu kısıtların yine kent/kır özelinde geliştirilecek politikalarla kaldırılması,

- Sağlıkta eşitlik dönüşümünün en yoksul ve savunmasız gruplardan başlanarak çözüm odağında geliştirilmesi,
- Sürdürülebilir toplum vizyonuna sahip kamu sağlığı müdahale planları oluşturulması,
- Sağlık politikalarında karar verici organlarındaki üyelerin eşitlik politikalarına yakışır çeşitliliğe ve temsiliyete sahip olacak şekilde yapılandırılması, olarak sıralanabilir.

Kovid-19 pandemisi sağlık sistemlerinin; klinik ve finansal zorluklarla mücadele etme, sağlık hizmetleri paydaşları arasındaki iletişimi güçlendirme, gelişen dijital teknolojiler ile oluşan yeni iş ve hizmet dağıtım modelleri ile yenilenme; erişilebilirlik engellerini aşarak gelecekte daha kolay ulaşılabilen, düşük maliyetli, yüksek kaliteli sürdürülebilir sağlık hizmetlerine kaynaklık etme kapasitesinin geliştirilmesinin insan yaşamının korunması için ne denli hayati olduğunu ortaya koymuştur.

Şu noktada, eşitsizlik gerçeği ile yüzleşebilen ve altında yatan sosyoekonomik nedenleri görebilen bir gelecek vizyonuna ihtiyacımız var. Eşitsizliği yalnızca ekonomik bir mesele olarak değil esasen bir ulusal güvenlik tehdidi olarak da okuyabilen politikalar, hak temelli eşitlik ve güvenlik dengesinin kurulabilmesi için kaçınılmaz. Hastalıkta ve sağlıkta, hayatın her anında ve herkes için eşitlik ilkesini esas alarak gelecek nesillere yaşanabilir bir sosyal adaleti ve insan yaşamını kriz koşullarında da koruyabilen sağlık sistemlerini miras bırakabiliriz.

KAYNAKÇA

- Ali Kocabaş, “COVID-19 Pandemisinde Sosyal Belirleyiciler ve Eşitsizlik”, COVID-19 Pandemisi ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kitabı içinde, Türk Toraks Derneği, E-Kitap Serisi, Haziran 2020, s. 5-24.
- British Broadcasting Corporation (BBC), “Koronavirüs haritası: Dünyada vaka sayısı 41 milyonu aştı” <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-51719684>, Erişim.: 25.10.2020.
- Ceyhun Elgin ve Gökçe Başbuğ, “Covid-19 Pandemisinin Yol Açtığı Ekonomik Krize Karşı Açıklanan Ekonomik Teşvik Paketleri: Bir Karşılaştırma ve Türkiye Örneği”, İstanbul Politik Araştırmalar Enstitüsü, İstanbul, Nisan 2020, s. 16
- World Health Organization (WHO), *Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf, Erişim: 12.10.2020.
- Deloitte, *2019 Global Health Care Outlook: Shaping the Future*, <https://www2.deloitte.com/tr/tr/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2019-global-healthcare-outlook.html>, Erişim: 11.11.2020.
- European Centre for Disease Prevention and Control, “COVID-19 situation update for the EU/EEA and the UK, as of 3 September 2020” <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>, Erişim: 25.10.2020.
- United Nations (UN), *Impacts of COVID-19 disproportionately affect poor and vulnerable: UN chief*, <https://news.un.org/en/story/2020/06/1067502>, Erişim: 14 Kasım 2020.
- International Labour Organization (ILO), *Covid-19 and the World of Work: Impact and policy responses*, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_738753.pdf, Erişim: 21.06.2020.
- İbrahim Şahbaz, *Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı*, TBB Dergisi, Sayı 86, 2009, Ankara, s.405-410.

İlker Daştan ve Volkan Çetinkaya, *OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması*, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2015 / 1, Ankara.

İstanbul Bilgi Üniversitesi, *Birleşmiş Milletler'de İnsan Hakları Yorumları*, İnsan Hakları Komitesi ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, 1981-2006, Çev. Lema Uyar, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2006, İstanbul.

Kadir Arıcı, “*Sosyal Güvenlikte Eşitlik Meselesi*”, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi C. XXIII, Y. 2019, s.3-23.

Nusret FİŞEK, *Halk Sağlığında Terim Kargaşası Bir Sorun mudur?* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bülteni, Ocak 1983, https://www.tb.org.tr/n_fisek/kitap_3/33.html, Erişim: 17.07.2020.

Nusret Fişek, *Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları*, Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No:144, 1982.

Organization of Economic Cooperation and Development (OECD), “*OECD Reviews of Health Systems-Turkey: The Performance of the Turkish Health System and its Determinants*”, (2008), https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-turkey-2008_9789264051096-en, Erişim: 17.10.2020.

Oxford Committee for Famine Relief (OXFAM), <https://www.oxfamamerica.org/explore/issues/extreme-inequality-and-poverty/>, Erişim: 07.11.2020

Özgür Uğurluoğlu ve Yusuf Çelik, *Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1 (2005), Ankara.

Sağlık Bakanlığı, *Covid-19 Nedir?*, <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir.html>, Erişim: 27.10.2020.

Sağlık Bakanlığı, *Genel Koronavirüs Tablosu*, Covid-19 Bilgilendirme Sayfası <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html/>, Erişim: 25.10.2020.

The New York Times, “*Coronavirus in the U.S.: Latest Map and Case Count*”,

<https://www.nytimes.com/interactive/2020/us/coronavirus-us-cases.html>, Erişim.: 25.10.2020.

Türk Psikiyatri Derneği, *COVID-19 ve Damgalama*, [https://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/243202019327- Damgalanma COVID. pdf](https://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/243202019327-Damgalanma%20COVID.pdf), Erişim: 10.10.2020.

Türkiye Radyo Televizyon Kurumu (TRT), “*Sosyal Koruma Kalkanı ile Vatandaşlara 115 Milyar Lira Destek*”, TRT Haber, [https://www.trthaber.com/haber/gundem/sosyal-koruma-kalkani-ile-vatandaslara-115-milyar-lira-destek- saglandi-485729.html](https://www.trthaber.com/haber/gundem/sosyal-koruma-kalkani-ile-vatandaslara-115-milyar-lira-destek-saglandi-485729.html), Erişim: 06.11.2020.

Ulaş Karan, *Uluslararası İnsan Hakları Hukuku ve Anayasa Hukuku Işığında Eşitlik İlkesi ve Ayrımcılık Yasağı*, On İki Levha Yayıncılık, İstanbul s. 68.

World Economic Forum Annual Meeting, Davos 21-24 Ocak 2020, <https://www.weforum.org/events/world-economic-forum-annual-meeting-2020>, Erişim: 09.11.2020

World Health Organization (WHO), “*Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*”, Commission of Social Determinants of Health, Final Report, 2008, Geneva.

World Health Organization (WHO), “*Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*”, <https://covid19.who.int/>, Erişim: 11.11.2020.

World Health Organization (WHO), Basic Documents, Forty-third Edition, Geneva, 2001, Aktaran: Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi-World Health Organization, Sağlık ve İnsan Hakları Üzerine 25 Soru 25 Cevap, 2002.

World Health Organization (WHO), *Global Spending on Health: A World in Transition*, Global Report, Working Paper/19.4, Switzerland.

World Health Organization (WHO), *Herkes İçin Sağlık Hedefleri 2000*, Avrupa Bölgesi, Copenhagen, 1989.

World Health Organization (WHO), *Social Determinants of Health*, The Solid Facts, Ed. R. Wilkonson, M. Marmot, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf, Erişim: 20.10.2020.