

PAPER DETAILS

TITLE: Kapitalizm, Kriz ve Salgin: COVID-19 Sonrasi Dönem Saglik Hakkini Yeniden D s nmek

AUTHORS: Basak ERGÜDER

PAGES: 629-655

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3171546>



**KAPİTALİZM, KRİZ VE SALGIN: COVID-19 SONRASI
DÖNEM SAĞLIK HAKKINI YENİDEN DÜŞÜNMEK**

**CAPITALISM, CRISIS AND EPIDEMIC: RETHINKING
THE RIGHT TO HEALTH IN THE POST-COVID-19 ERA**

Başak ERGÜDER*

ÖZ

Dünya salgın tarihinde ekonomik sistemlerde önemli değişimlere yol açan Kara Veba ve İspanyol Gribi, toplumsal ve ekonomik yapıda uzun vadeli etkiler yaratmıştır. Salgın sonrası dönemlerde tıpkı kriz sonrası dönemlerde olduğu gibi uzun vadeli, yapısal değişimler yaşanmaktadır. Salgınlar da tıpkı ekonomik krizler gibi ekonomi politikada yaratıcı yıkım potansiyeline sahiptir. COVID-19 pandemisi sırasında yaşanan gelişmeler, COVID-19 sonrası dönemde dünya ekonomisinde yeni bir işbölümü yaratma potansiyeline sahiptir. Pandemi sonrası dönem, salgın hastalıkların yarattığı tahribatın bir sonucu olarak, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanması sorununun yeniden gündeme gelmesi mümkündür. Bu çalışma salgınla mücadelenin ekonomi politikasını tartışmayı hedeflemektedir. Çalışmada, farklı ülkelerin ekonomi politikaları, sağlık hizmetlerine eşit erişim, işsizlik ve yoksulluğun önlenmesi de dahil olmak üzere sağlık hakkı bağlamında analiz edilmektedir. Bu bağlamda, salgınla mücadelede farklı ülkelerin ekonomik tedbirler paketleri ve sağlık hizmetleri irdelenmektedir. Bu çalışmada, COVID-19

* Doç. Dr., İstanbul Üniv., İktisat Fakültesi, Maliye Bölümü, berguder@istanbul.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0804-4254>

* Makale Geliş Tarihi / Article Received: 29.06.2021
Makale Kabul Tarihi / Article Accepted: 17.09.2021

pandemisi karşısında ülkelerin sağlık hakkına ilişkin toplumsal talepleri ne ölçüde karşıladığı analiz edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Kara Veba, Sağlık Hakkı, Kriz, Ekonomik Tedbirler Paketi.

ABSTRACT

The Black Death and Spanish Flu, which led to significant changes in economic systems in the world history of epidemics, has made long-term effects on social and economic structure. Long-term structural changes are occurred in the post-epidemic periods just as happened in the post-crisis periods. Epidemics have the potential of creative destruction just as economic crisis. The developments that have taken place during the COVID-19 pandemic have the potential to create a new division of labor in World economy in the post-COVID-19 era. In the post-COVID-19 era, it is possible that the problem of providing the equal access to health care as a result of the destruction ensued by pandemic comes to the agenda again. This study aims to discuss the political economy of the combating the pandemic. In the study, the economic policies in different countries are analyzed in the context of the right to health including equal access to health care services, prevention of unemployment and poverty. In this context, packages of economic measures implemented in different countries and, healthcare systems in these countries are examined in the combat the pandemic. In this study, it is analyzed that what extent countries meet social requests regarding the right to health in the face of the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19 Pandemic, Black Death, Right to Health, Crisis, Package of Economic Measures.

GİRİŞ

Salgın karşısında devletlerin izlediği iki temel stratejiden biri vaka sayılarını en düşük seviyeye indirmek için sıkı önlemler ile aşı ve ilaç seçeneğinin kullanıldığı bastırma, diğeri ise sağlık hizmetlerinin kapasitesinin aşılması için risk gruplarının sıkı önlemlerle korunduğu ve çoğu zaman sürü bağışıklığının

hedeflendiği hafifletmedir (Yavuz, 2021: 45). Bastırma stratejisini uygulayan ülkeler, ilaç ve aşı programlarına yönelik kamu harcamalarına ağırlık vermekte, hafifletme stratejisini uygulayanlar ise yoğun bakım ve yatak kapasitesine yönelik iyileştirmeleri ön plana alan harcamalara ağırlık vermektedir. Ülkelerin uyguladıkları sağlık hizmetleri politikası, ekonomi politikadaki tercihlerinde belirleyici olmakta, insan yaşamını ön plana alan sağlık hakkı odaklı yaklaşım ile ekonomik büyümeyi önceleyen yaklaşım arasındaki tercihlerde sağlık politikası etkili olmaktadır. Salgınların dünya ekonomisine etkileri, krizlerin ekonomi üzerinde yarattığı etki ile benzer özelliklere sahiptir. Kriz dönemlerinde ekonomik göstergelerde yaşanan gerileme sonucu işsizliğin artışı ve reel ücretlerin aşınmasının emekçi sınıflar üzerindeki etkileri diğer toplumsal sınıflara oranla çok daha yıkıcı olmaktadır. Mesleklerin kaybolması, işsizlik ve yoksulluğun artması ve çalışma yaşamında güvencesizliğin yaygınlaşması, salgının ekonomi üzerindeki ve toplumsal sınıfların iktisadi yaşamlarında yarattığı kısa ve orta vadeli etkilerdir.

Salgınlar dünya ekonomisinde iktisadi krizlerle benzer etkiler yaratmaktadır. Salgınların ekonomi üzerinde yarattığı uzun vadeli etkiler ise 50-100 yıl boyunca toplumsal, iktisadi, siyasi, kültürel ve düşünsel alanda gerçekleşen yapısal değişimlerdir. Dünya salgın tarihinde veba, kolera gibi bulaşıcı hastalıkların pandemiye dönüşmesinin yarattığı en önemli etki, erken yaşta ölümlerdir. 14. yüzyılda kayıtlara geçen Kara Vebadan 19. yüzyıl boyunca etkili olan bulaşıcı hastalıklara kadar, insan yaşam süresi bulaşıcı hastalıklar karşısında erken ölümlerle kısalmış, bu durum 20. yüzyılın başında epidemiyolojik dönüşüme neden olan *ölüm oranı devrimi* ile tersine çevrilmiştir (Leys, 2014). Salgınların iktisadi yaşama etkileri erken ölüm ve buna bağlı olarak üretim ve istihdamda yaşanan etkiler ile sınırlı değildir. Salgın, uzun vadede sermaye birikimi üzerinde de etkiler yaratmaktadır.

Dünya salgın tarihinde, salgın dönemi sonrası yaşanan dönüşümlerde krizlerin ortaya çıktığı görülmektedir. Ekonomik buhranlar, kapitalist üretim tarzında yeni sermaye birikim rejimleri ile aşılmaktadır. 1918-1920 yılları arasında İspanyol Gribinin yaşanması sonrasında Dünya ekonomisi bir uzun dalga krizi olan Büyük Buhrana sürüklenmiştir. 1929'da üretim krizine yol açan, Birinci Dünya Savaşı sonrası dünya ekonomisinde oluşan temel dengesizlikler ve yanlış iktisat politikalarının ardından (Pamuk, 2014: 185), kapitalizmi yeniden yapılandıracak yeni ekonomi politikalar uygulanmıştır. Keynesyen ekonomi politikaların kapitalizmi iyileştirici düzenlemeleri sonucunda yeni sermaye birikim rejimine geçildi. Keynesyen ekolün maliye politikaların etkinliği kabul ederek efektif talebi düzenleyici olarak devletin ekonomiye müdahale olanaklarını

talep yönlü politikalarla genişletme önerisi, yeni bir sermaye birikim rejimine geçişe neden oldu.

COVID-19 pandemi krizi, 1929 krizinden farklı olarak üretim alanında değil kapitalizmin yeniden üretimde sağlık, ekoloji, ekonomi ve siyasi alanda yaşanan krizlerle birlikte gerçekleşmektedir (Yalman, 2021). Bu nedenle pandemi sonrası dönem açısından, sağlık politikalarının insan sağlığı ile sınırlı kalamayacağı açıktır. İnsan, çevre ve hayvan hakları ile birlikte ele alınacak tek sağlık anlayışının, tüm türlerin yaşam hakkının sürdürülebilirliğini inşa edecek yeni bir ekonomik sistem için de bir çıkış anlamına geleceği gerçeği, yaşamsal önemdedir. Salgınlar, kısa ve orta vadede ekonomik krizlere neden olmakta, ekonomik kriz sonrası dönem kapitalist üretim tarzında yapısal değişimler yaşanmaktadır. Bu bağlamda çalışmada salgınların dünya ekonomisine etkileri, uzun vadeli yapısal dönüşümler ve bu dönüşümlere eşlik eden epidemiyolojik dönüşümler açısından değerlendirilecektir. COVID-19 pandemisinin etkileri salgınla mücadelede ülke ekonomilerinde ele alınan tedbir paketlerinin toplumsal yapı üzerinde yarattığı değişimler açısından değerlendirilirken, kaynakların nasıl ve hangi toplumsal kesimlere yönelik olarak tahsis edildiği analiz edilecektir. Çalışmanın son bölümünde ise insanlık için tehdit oluşturan ve küresel ortak mal özelliği taşıyan salgınlarla mücadelede herkes için sağlık hakkının sağlık politikalarıyla nasıl tesis edileceği tartışılacaktır. Bu bağlamda, sağlık hakkına dayalı sağlık hizmetlerinin dünya genelinde geçerli olma potansiyeli ülke örneklerinde yaşanan gelişmeler açısından değerlendirilecektir.

1. SALGINLARIN DÜNYA EKONOMİSİ VE TOPLUMSAL YAŞAMA ETKİLERİ

Pandemi kelimesi, Yunanca *pandemos*; yani herkes anlamına gelen *pan* ve insan anlamına gelen *demos*'tan türetilmiştir. *Pandemos*, sağlık krizi olmanın ötesinde iktisadi, siyasi, toplumsal alanda yarattığı krizler ile tüm insanlığı etkilemiştir. Her salgın dönemi, sağlık krizinin ötesinde toplumsal ve iktisadi krizlerle birlikte yeni bir felaket rejimine yol açar. Felaket rejimlerinin toplumlar açısından etkileri yaşam, çalışma ve düşün dünyalarının doğrudan değişmesine/dönüşmesine yol açmaları ve yüzyıllar boyunca devam eden yapı ve sistemleri ortadan kaldırmalarıdır (Varlık, 2020: 181). Snowden'a göre salgın dönemleri toplumsal ve siyasi bir krizle birlikte tarihsel gelişime/değişime neden olmakta, nedenleri konusunda çok farklı spekülasyonlar oluşsa da toplumsal yaşam açısından büyük resmin önemli bir parçasını oluşturmaktadır (Rose,2020). Kara Veba Ortaçağın sona ermesine ve yeni bir tarihsel dönemin başlamasına yol açarken, tıpkı savaşlar ve devrimler gibi güçlü bir toplumsal değişime neden olmuştur. Buna karşın, salgınla mücadelede herkes aynı gemide değildir,

toplumsal değişimin etkisi de kısa ve uzun vadede bu farklılıklar tarafından belirlenmektedir (Rose, 2020: 479).

İkinci Veba pandemisi olan Kara Vebanın (1346-1353) Avrupa ekonomisini yüksek büyüme oranları patikasına taşıyan ve etkileri 17. yüzyılın başına kadar devam eden ekonomik ve toplumsal yapıda yarattığı değişim ‘yaratıcı yıkım’ olarak görülmektedir. Kara Vebanın demografik yapıdaki şok etkisiyle reel ücret ve gelirlerde yarattığı etki, reel ücret verilerini analiz eden çalışmalarda vurgulanmaktadır (Pamuk, 2007). Ölümünün hızla artması nüfus yoğunluğunu aşağıya çekerken, ilkel birikim sürecinin devam ettiği sanayileşme öncesi dünya ekonomisinde salgın, reel ücret ve gelirlerde pozitif bir etki yaratmıştır. 1800’li yıllara gelindiğinde Avrupa kıtasında ülkeler arasındaki ekonomik büyüme ve gelişmişlik farkı, salgının yarattığı demografik değişimin ücret düzeyleri ve tarımsal ürün fiyatlarındaki etkileri ile tersine dönmüş, İngiltere ve Hollanda ticaret ve imalat sanayinin merkezi haline gelmiştir (Pamuk, 2007: 290). Pamuk (2007), Kara Vebayı erken modern dönem Avrupa kıtasında sanayileşme sürecini tetikleyen ve yaratıcı yıkıma yol açan dışsal faktörlerden biri olarak ele almakta, demografik etkilerin istihdam ve ücret düzeylerini belirleyerek sanayileşme sürecini hızlandırdığını tespit etmektedir. Kara Veba, erken modern dönemde (1300-1600) reel ücret ve gelirlerdeki düşüşü tersine çevirerek, Batı Avrupa’nın sanayileşme sürecini başlatan yaratıcı yıkıma neden olan dışsal bir faktör olarak ele alınmaktadır.

Buna karşın modern Avrupa’nın oluşumunda Kara Vebanın etkisinin Avrupa merkezli tarihsel yaklaşımın abartılı varsayımı olduğuna dikkat çeken çalışmalara da rastlamaktayız (Varlık, 2020). Kara Vebanın etkileri Batı Avrupa kıtası ile sınırlı olmayan, Afrika ve Orta Asya’daki bazı coğrafyalarda belirli dönemlerde yeniden ortaya çıkan bir hastalıktır. Aynı zamanda, salgınların belirli bir coğrafi bölge ya da toplumla sınırlı olmayan, dünya genelinde ve yüzyıllar boyu süren biyolojik, toplumsal, siyasi etkilerinden bahsedebiliriz (Varlık, 2020: 180).

Dünya salgın tarihi açısından bir diğer önemli pandemi, 19. yüzyıla gelindiğinde Avrupa kıtasında kolera epidemisinin pandemiye dönüşmesi ile yaşanmıştır. İlk kolera pandemisi 1823’te ortaya çıkmış, 1829-1851 yılları arasında ikinci kolera pandemisi yaşanmıştır (Yıldırım, 2020: 62). İlk kolera pandemisi dünyada milyonlarca insanın ölümüne neden olurken, Hindistan’dan dünyaya yayıldığı bilinmektedir (Yıldırım, 2020: 68). Kolera pandemisi aynı zamanda toplumsal sınıflar arasındaki beslenme, çalışma ve barınma standartları bakımından oluşan gelir eşitsizliklerini daha keskin hale getirmiştir. Kent yoksullarının salgınla mücadele gücünün gittikçe azalması, salgın karşısında çaresiz kalan toplumsal sınıflara yönelik dışlayıcı tutumla birleşince, artan ölüm

sayıları hakkında farklı söylenti ve inanışlar ortaya çıkmaktaydı. Kolera salgının kentlerde yaşayan orta ve üst sınıflarca, varoşlarda şişen nüfusu yok etmek amacıyla çıkarıldığı yönündeki söylentiler, özellikle Almanya’da doktorların koleradan ölen her hasta için devletten para aldığı düşüncesi halk arasında yaygınlaşmaktaydı (Yaşayanlar, 2020: 71). Pandemi ile mücadelede, toplumsal sınıflar arasında gerçek-dışı söylentilerin yayılmasında, salgından en çok etkilenen yoksulların ölüm oranlarının muazzam artışı etkiliydi. Bu dönemde sağlıklı yaşam süresi günümüze kıyasla oldukça kısaydı. 1820 yılında ortalama yaşam süresi 26 yıl, 1890’da ise 30 yıldır (Coburn, 2014: 54). Salgın dönemlerinde emekçilerin kötü yaşam koşulları ve zorunlu önlemler alınmaksızın çalıştırılmaları, erken yaşta ölümlerin artmasına neden olmaktadır. 1842 bunalımı sonrası humma salgınına yakalananların altıda biri yoksuldur ve hızla yayılan salgından nüfusun orta ve üst sınıfları etkilenmemiştir. Kalabalık evlerde hastaların sağlıklı insanlarla birlikte yaşamaları ve yetersiz sağlık hizmeti almaları işçi sınıfında salgın vakalarının artmasında son derece etkili oldu (Engels, 2010: 150). Engels’e göre (2010: 151), İrlanda ve İskoçya’da tifüs salgınlarının nedenlerinden biri de yoksunluk dönemleridir, bu dönemler ticari bunalım ya da kötü hasadın sonucunda açığa çıkmaktadır.

Dünya tarihinde meydana gelen salgınların ortak özelliği, salgınların kriz dönemlerinde ortaya çıkması ve doğanın sermaye tarafından tahrip edilmesi sonucunda yerinden edilen hayvanlardan insanlara bulaşan virüslerin hızla yayılım göstermesidir. 1918-1920 yılında yaklaşık 50 ile 100 milyon insanın ölümü ile sonuçlanan İspanyol gribinin, kanatlı hayvanların ve nüfus yoğunluğunun yüksek olduğu Çin’den yayılmaya başlaması, Fransa’da hayvan çiftliklerinin Annam zatürresine neden olması, H1N1 virüsünün ABD’de Camp Funston kışlasında Haskell Country’deki domuz ve kümes hayvan çiftlikleri ve kötü çalışma koşullarına sahip Çinli işçilerin yoğunlaşması ile ortaya çıkışı ve kışlada yaygınlaşması (Yolun, 2020: 75-76) bu durumu destekleyen verilerdir. Dünya tarihinde salgınların ortaya çıktığı bölgeler incelendiğinde salgın coğrafyası, ormansızlaştırılan Çin, Hindistan, Latin Amerika ve Afrika’nın belirli bölgeleridir ve bu bölgeler gelecekte yeni salgınların çıkma ihtimalinin en yüksek olduğu coğrafyalardır (Birdal, 2020).

İspanyol Gribine yol açan virüsün hayvan kaynaklı olduğu, insanlara geçişi sonrasında yayılımında yaşam ve çalışma koşullarında sağlık ile hijyen şartlarının etkili olduğu bilinmektedir. Buna karşın tek başına bireylerin tedbir ya da tedbirsizlikleri ile açıklanamayacak bir boyuttan bahsetmek mümkün: Virüslerin yayılımının hızlanmasında savaş ve krizler etkilidir. Birinci Dünya Savaşı döneminde İspanyol Gribi’nin hızla yayılmasında 2 milyon askerin ABD’den Avrupa’ya gönderilmesi önemli rol oynadı. Avrupa kıtasına ABD’den gelen virüs,

hastalığın medya sansürüne uğramasıyla İspanya'ya gelene kadar gizlenmiş ve salgının İspanyol medyasından öğrenilmesi ile salgın, İspanyol Gribi olarak anılmıştır (Yolun, 2020: 76). American Medical Association'a göre Dünya genelinde 21 milyon can kaybına yol açan İspanyol Gribi, bazı tarihçilere göre 50 milyon, John Barry'e göre ise 100 milyon can kaybı ile sonlanmıştır (Yolun, 2020: 80). Sömürgeciliğin can kaybı üzerinde doğrudan etkisi olduğu düşünülmekte, sömürgelerde yaşanan yüksek can kayıpları bu yaklaşımı destekleyen veriler sunmaktadır. İspanyol Gribi nedeniyle en yüksek can kaybının yaşandığı ülke, 250 bin can kaybı ile nüfusunun yaklaşık yarısını kaybeden Kamerun'dur. Salgından en çok etkilenen Afrika kıtası, genel olarak ölüm ve vaka sayıları bakımından en üst sıralarda yer almıştır (Yolun, 2020: 80). İstanbul'da 5 bin 500 insanın hayatını kaybettiği İspanyol Gribi, Avrupa kıtasında İspanya, Macaristan ve İtalya'da bin vakada 10-12 can kaybına, ABD'de ise bin vakada 6.5 can kaybına neden olmuştur (Yolun, 2020: 80).

Hayvanlardan geçen bulaşıcı hastalıkların ana ölüm nedeni olduğu ilkel birikim döneminden kapitalizme geçiş sürecinde, yerleşik tarıma geçişe neden olan çitleme hareketiyle tarımsal arazide özel mülkiyetin oluşması, pek çok hayvanın yerinden edilmesine ve bulaşıcı hastalıkların insanlar arasında yaygınlaşmasına neden oldu. 19. yüzyılda dünya ekonomisinde kapitalizme geçiş sürecinin hızlanması, özellikle tarımsal üretimin metalaşması sürecinde doğa üzerinde kurulan hegemonya, hayvanların yaşam alanlarında yarattığı tahribatla birlikte, hayvanlardan geçen bulaşıcı hastalıkların artması sonucunu doğurdu. Bu durum kapitalizm açısından bir sağlık krizinden çıkış için epidemiyolojik dönüşümü zorunlu kıldı. Sanayi devrimi ile birlikte Batı Avrupa'da hayvanlardan geçen bulaşıcı hastalıkların ana ölüm nedeni olduğu bir çağın yaşandığı bu dönemin ardından, 1871- 1940 yılları arasında İngiltere ve Galler'de bir yılda meydana gelen ölümlerde bulaşıcı hastalıkların oranının %31'den %10'a geriletilmesiyle sona erdiği bilinmektedir (Leys, 2014: 18).

19. yüzyılda, sağlık hizmetleri ve kamusal hizmetlerde yaşanan gelişme sonucunda ölüm oranı devrimi ile yaşam süresi uzamıştır (Leys, 2014). Ölüm oranı devrimiyle insanların yaşam süresinin uzamasına neden olan pek çok yapısal etken, kapitalizmin gelişimi ile doğrudan bağlantılıdır. Kapitalizme geçişte, tarım devrimi, tarımsal ürünlerin metalaşması ve tarımda özel mülkiyet ilişkilerin doğuşu, yoksullaşmayla birlikte sağlık krizine de yol açmaktaydı. 15. yüzyıl sonundan 16. yüzyılın ilk yarısına kadar ortak kullanımı olan ekilebilir toprakların yasalarla özel mülkiyete çevrilmesi, 18. yüzyılda sermaye çiftlikleri ve tüccar çiftliklerin oluşumu ile sanayi kapitalizmine öncülük eden gelişmeler yaşanmıştır (Marks, 2000: 688-89). Bu gelişmeler kapitalist üretim ilişkileri ile tarım arazilerinde büyük çiftliklerin kurulmasıyla ormansızlaşan arazilerde kent

sanayilerinin kurulmasına yol açmaktaydı. Vahşi ormanların büyük sermayeli şirketler tarafından ele geçirilmesi ile salgın coğrafyaları genişlemektedir (Birdal, 2020). Bu süreç ortak toprakların çitlenmesiyle başlamıştır:

İlkel birikim yöntemleriyle ortak toprakların çalınması... kapitalist tarım için gerekli alan ele geçirilmiş; toprak, sermayenin bir parçası haline getirilmiş ve kent sanayileri için gerekli, 'özgür' ve yasadışı [yersiz-yurtsuz] proletarya sağlanmıştır (Marks, 2000: 696-97).

20. yüzyıla doğru ekonomide kamusal mal ve hizmet üretimine geçiş, altyapı hizmetlerinin iyileştirilmesiyle temiz suya erişim ve kanalizasyon sistemine ek olarak bulaşıcı hastalıklardan korunmak için aşılama geçiş, devletin sağlık hizmetlerinde düzenleyici ve denetleyici etkinliğinin artması (Leys, 2014: 19), bulaşıcı hastalıkların ana ölüm nedeni olduğu dönemin sona ermesinde önemli rol oynadı. İleri kapitalistleşmiş ülkelerde 1970'li yılların sonunda yoğun biçimde tartışılmaya başlanan McKeown'un çalışmalarında, Sanayi Devrimi ile birlikte ekonomik büyümenin beslenme alışkanlıkları ve yaşam standartlarını yükselterek enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümlerin ve dolayısıyla erken ölümlerin hızla düşmesine neden olduğu tezi öne sürülmektedir (Colgrove, 2002: 725-26). McKeown, Sanayi Devrimi sonrasında Amerikan kentlerinde ölüm oranındaki düşüşte ilaç endüstrisi ve halk sağlığı alanındaki gelişmelerin marjinal bir katkıya sahip olduğunu vurgulamıştır (Colgrove, 2002: 728). Bu yaklaşıma yönelik yapılan eleştiriler, bronşit, tüberküloz, sıtma gibi bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerin McKeown'un veri tabanında yeterince yer bulamamasının doğal bir sonucu olarak ekonomik büyümenin olumsuz sonuçlarının göz ardı edildiği yönündedir. McKeown'un tezine yönelik temel eleştiri, bulaşıcı hastalıkların temiz suya erişememe, aşırı kalabalık çalışma ortamları, çarpık ve hızlı kentleşmenin ölüm oranında artışa neden olduğu yönündedir ve bu bağlamda kamu sağlığının geliştirilmesine yönelik sağlık politikalarının önemine vurgu yapılmaktadır (Colgrove, 2002: 727). Ekonomik büyümenin insan yaşamı ve sağlık politikaları üzerindeki etkileri, emekçi sınıfların çalışma koşulları ve sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştığı eşitsizlikler dikkate alınmadan değerlendirildiğinde, ekonomik büyümenin epidemiyolojik dönüşümün ana belirleyeni olduğu tezi güçlenmektedir. Oysa ekonomik büyümenin yanı sıra sağlık politikalarının toplumsal sınıflar üzerinde etkileri oldukça farklı olmaktadır.

Sağlık, proletaryanın/emekçinin yeniden üretimi açısından kilit rol oynamaktadır. 20. yüzyıl kapitalizminde makbul birey; eğitilmiş, nitelikli ve itaatkâr olduğu kadar sağlıklı da olmalıdır (Leys, 2014: 33). Keynesyen ekonomi politikaların uygulanmaya başlamasıyla, sağlık politikasında tedavi devriminin gerçekleşmesi sonucunda bulaşıcı hastalıkların ana ölüm nedeni olduğu çağ sona

ererken, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların ve yaşlılığın ölüm nedeni olduğu bir çağa geçilmiştir (Leys, 2014: 16). 1950 yılına kadar ortalama yaşama süresi 70'e çıkarken, kronik hastalıklar, genellikle de yaşlılarda gelişerek başlıca ölüm nedeni haline gelir (Leys, 2014: 16). İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde tedavi devrimini başlatan esas gelişmeler, tıp alanındaki araştırmalar, devlet tarafından finanse edilen üniversite laboratuvarları ve kâr amacı gütmeyen kurumlarca desteklenen araştırma kuruluşları tarafından yürütülen çalışmalar sonucunda sağlanmıştır. Bu gelişmeler diğer yandan aile firmalarının ilaç piyasasındaki gücünün hızla arttırmasına yol açmaktaydı. 1930'lu yıllarda kronik hastalıklara yönelik yeni ilaçların pazarda yaratacağı potansiyel talep açığa çıkınca, Hoffman La Roche, Merck, Eli Lilly ve Glaxo Smith Kline çatısı altında birleşen firmalar gibi günümüz ilaç endüstrisinde aile şirketlerinin pek çoğu ani bir büyüme hızına ulaştı ve devlet tarafından finanse edilen laboratuvarlarda çalışan araştırma ekiplerini bünyelerine katmaya, ilaçların deneme ve pazarlama faaliyetlerine yatırım yapmaya başladılar (Leys, 2014: 28). İkinci Dünya Savaşı sonrası epidemiyolojik dönüşümün sonuçları sağlık sisteminde salgın ve akut hastalıkların yerini alan kanser ve kalp hastalığı gibi kronik hastalıklara yönelik sağlık politikalarının güçlenmesiyle birlikte, sağlık harcamalarının bileşimi de değişir (Ağartan, 2011: 45-46). Böylece salgınların hızla yayılmasının doğal biçimde karşılanacağı, kronik hastalıklara odaklanan yeni bir reform sürecine girildi. Sağlık Araştırmaları Küresel Forumu'na göre, dünya genelinde her yıl tıp araştırmaları için harcanan 70 milyar doların yaklaşık %90'lık kısmı, küresel hastalıkların toplamının %10'una yönelik araştırmalar için ayrılmaktadır (Leys, 2014: 31).

2. COVID-19 PANDEMİSİNDE KAYNAKLARIN YENİDEN TAHSİSİ

Uluslararası Para Fonu (IMF), dünya ekonomisinin bu yıl [2020] %3 küçüleceğini tahmin ediyor. Bu, 1930'lara damga vuran Büyük Buhrandan beri yaşanan en sert daralma olabilir (BBC News, 2020a).

Büyük Buhran sonrasında etkili olan Keynesyen ekonomi politikada krizden çıkış için maliye politikalarının etkinliği ve kamu harcamalarını arttırıcı talep yönlü politikaların uygulanması, pandemi krizinden çıkış açısından günümüzde yeniden tartışılmaktadır. Dünya finansal krizler tarihi incelendiğinde, 1929 krizinde devletin maliye politikaları ile ekonomiye müdahalesine benzer biçimde 2008 krizi sonrasında da kamu-özel sektör işbirlikleri, batan firmaların kurtarılması ve zararların paylaşımında devletin piyasa ekonomisine müdahale olanakları genişletilerek yeniden göreve çağrıldığı görülmektedir. 2008 krizi sonrası dönemde finansal bağımlılığı yüksek olan Küresel Güney, siyasal

iktidarlar eliyle finans aktörlerinin neden olduğu finansal krizlerle birlikte yeni krizlere açık hale geldi (Yalman, 2021: 102-103).

COVID-19 pandemisi, dünya ekonomisinde finansal veya üretken sermaye birikimi süreçlerinde yaşanan krizlerden bağımsız olarak değerlendirilemez. Sermayenin yeniden ilkel birikim yoluna başvurması ile doğaya yönelik ağır saldırısı sonrası yaşanan pandemi, kapitalizmin derinleşen krizi ile doğrudan bağlantılıdır (Gülalp, 2021: 12). Sermaye birikim rejimi tıpkı ilkel birikim döneminde olduğu gibi zora dayalı biçimde sürdürülebilir kılınmakta, bu nedenle kişisel iktidar mekanizmaları ve keyfi el koyma süreçleri otokratik yönetimlerce desteklenmekte, kapitalizmin derinleşen krizlerine dünya çapında yaygınlaşan otokratik yönetimler neden olmakta ve eşlik etmektedir (Gülalp, 2021: 20). Bu yaklaşımın temel çıkarımlarından biri, COVID-19 pandemisinin kapitalizmin 40 yıl boyunca devam eden neoliberal döneminde yaşadığı krizi derinleştirdiği oranda, kapitalizm sonrası dönemi başlatma potansiyelini barındırdığıdır.

Devlet kapitalizmi tezini benimseyen yazarlara göre COVID-19 krizi, kamu kapasitesi özelleştirme politikalarıyla tahrip edilmiş ülkelerde devletin geri dönüşünü meşrulaştıracak koşulları yaratır, ancak devletin geri dönüşü sermayenin etki alanını sınırlamak yerine ona istikrar kazandırmayı amaçlar (Büyükkarabacak, 2021: 111). Çin, Rusya ve Mısır'da daha otoriter, Brezilya ve Endonezya'da ise daha demokratik özellikler sergileyen devlet kapitalizmine dayalı sermaye birikim süreci, devletin ekonomide en etkin aktör haline geldiği ve piyasaları siyasi kazanç elde etmek için değerlendirdiği, özel mülkiyet statüsündeki dev ulusal şirketlerin zararlarının kamusallaştırıldığı bir sistem halini alır (Büyükkarabacak, 2021: 120). Pandemi dönemi devletlerin ekonomiye müdahalesinde özellikle kurtarma paketlerinde, şirketlere dönük kurtarma operasyonlarının, işsizlik ve yoksullukla mücadelenin önüne geçmesi (Büyükkarabacak, 2021: 122), devlet kapitalizminin politik refleksi hakkında daha geniş bir fikir vermektedir. Her iki yaklaşım da pandemi krizini, kapitalizmin bir krizi olarak görmekte, ilk yaklaşım yeniden üretim alanında yaşanan krizin sistem içinde aşılayamayacak boyutlara ulaşması ihtimalinde kapitalizm sonrası bir dönüşüme olanak sağlama olasılığına vurgu yaparken (Gülalp, 2021), ikinci yaklaşım (Büyükkarabacak, 2021), kapitalizmin yeni evresi olan neo-merkantilist aşamada, otoriter ve piyasacı özellikleriyle devlet kapitalizmi karşısında güvencesizler hareketinin toplumsal taleplerinin dönüştürücü gücüne vurgu yapmaktadır. Her iki yaklaşım da pandemi krizinin yarattığı tahribatı, 2008 krizi ile derinleşen finansallaşma sürecinin bir sonucu olarak ele almaktadır. COVID-19 krizini sosyal ve ekolojik sistemin krizi olarak ele alan analizlerde; finans, ekonomi, çevre ve toplumsal sistemler arasındaki bağlantılar iyi kurulmadan

krizden çıkışın mümkün olmayacağı yaklaşımı benimsenmektedir (Hynes, 2021: 336).

2008 krizi sonrası dönemde devletin, piyasayı düzenleyen bir aktör olarak yeniden gündeme gelmesi, istihdam olanaklarına yönelik kamu harcamalarına yönelmesi, eğitim, sağlık ve çevreye yönelik çözüm önerilerinin sınırlı boyutta da olsa tartışılması söz konusudur (Toprak, 2010: 90). 2008 krizi sonrasında olduğu gibi COVID-19 pandemisi ile birlikte dünyada devletin piyasa ekonomisine müdahalesinin artması yönündeki beklentinin arttığı görülmekte, devletin göreve çağırılması, üretimde, tedarik zincirlerinde, gelir bölüşümünde, sağlık, eğitim ve çevre alanlarında kamusal mal ve hizmet üretimin artması, özetle kamu kesiminin ekonomideki ağırlığının artması yönündeki yaklaşımların daha fazla geçerlilik kazandığı görülmektedir. Pandemi döneminde pek çok ülkede salgının yarattığı iktisadi kayıplarla mücadele için açıklanan ekonomik tedbir paketleri bu açıdan incelenmelidir. Acaba, devletler ekonomik tedbir paketleri ile kaynakları kim için ve nasıl tahsis etmektedirler?

Dünya ekonomisini etkileyen salgın karşısında açıklanan ekonomik tedbir paketlerinde ele alınan önlemler arasında küresel ekonomiye entegrasyonu hızlandıran ulusal sektörlere yönelik destek ve teşvikler ile çalışan nüfusa yönelik desteklerin yer aldığı görülmektedir. Salgın sonrası açıklanan ekonomik tedbir paketleri incelendiğinde Fransa'da pandemi dönemi açıklanan tedbir paketleri ile ülkeyi elektrikli araç üretiminin merkezi haline getirecek yatırımlar teşvik edilirken, Çin'de ulaşım, inşaat ve imalat sektöründe katma değer vergisinde indirimle gidilmesi, Almanya'da iflasın eşliğinde olan havayolu şirketi Lufthansa'nın %20'sinin kamulaştırılması ve şirketin zararlarının finansmanı için büyük ölçekli bir ek destek paketi açıklanması, Japonya'da ise zor durumdaki şirketlere mali yardım ve kira yardımının yapılması, uluslararası pazarlara açılan ulusal sektörlere yönelik desteklerdir. Benzer biçimde Hindistan'da GSYH'nin %10'una denk düşen tedbir paketinde yabancı şirketler için yatırımcıları özendirici teşviklere yer verilmekteydi (BBC News, 2020b). Uluslararası sermaye birikim sürecinde yer alan sektörler ve firmalar pandemi krizinden devlet eliyle korunmakta ve zararları kamusallaştırılmaktadır. Pandemi krizi, servet bölüşümünde büyük servet sahiplerinin servetlerini hızla arttıracak bir sürece yol açan bir gelişmeye neden olmuş, krizin yoksullaştırıcı etkisinin en yoğun hissedildiği ilk aylarda, dünyanın önde gelen borsalarındaki hızlı yükselişler, büyük sermaye gruplarının birikimlerini arttırmaya devam ettirdiğini göstermektedir (Gülalp, 2021: 22).

COVID-19 pandemisi tıpkı yüzyıllar önce diğer salgınlarda yaşandığı gibi eğitimden, sağlığa, toplumsal yaşamdan, siyasete pek çok alanda uzun vadeli etkiler bırakma, kapitalizmin üretim ve yeniden üretim mekanizmalarında yeni

krizler yaratma potansiyelini barındırma olasılığına kuvvetle sahiptir. Bu noktada sorulması gereken, pandemi sonrası dönem devletin ekonomideki ağırlığı ve rolünün ne olacağı, kamu kesimi ile özel kesim arasındaki ilişkilerin nasıl gelişeceği. Bu bağlamda, Dünya ekonomisinin salgınla karşı karşıya kaldığı dönemin özellikleri oldukça dikkat çekicidir. Pandemi çıkmadan aylar öncesine kadar, ekonomide krize müdahale araçlarının etkisizliğine yönelik tartışmalarda kapsayıcı devlet müdahalesi seçeneği belirgin hale gelmekteydi. Yeni bir toplumsal işbölümüne yönelik bu tartışmaların gittikçe gündemi daha fazla meşgul ettiği bir dönemden sonra salgınla karşı karşıya kalındı. Bu noktada IMF de dahil olmak üzere pek çok kurum, kamu maliyesi politikalarının öneminin altını çizmekte, devlet-piyasa ilişkisinde devletin ağırlığının artmasına yönelik yaklaşımlar öne çıkmaktadır (Yalman, 2021: 105).

Pandemi dönemi Türkiye ekonomisinde devletin piyasada talep yaratması, piyasadaki son alıcının devlet olmasına yönelik öneriler tartışıldı. TEPAV tarafından hazırlanan 2020 Mart ayı politika notunda pandeminin sektörel bazda yaratacağı etkilere karşı devletin neler yapması gerektiği konusunda bir dizi öneriler getirilmiştir. Devletin, pandemiden kaynaklı olarak talepte meydana gelen düşüşünü engellemek için “son kertede alıcı olarak alım garantileri ile geçici bir süre için devreye girmesi” (Özatay ve Sak, 2020: 3) yönündeki öneri, devletin ekonomiye doğrudan müdahale etmesinin ve özellikle özel sektörün kârlılığını devam ettirmek hedefine yönelik müdahale fikrinin benimsendiğini göstermektedir. Bu yaklaşım, ekonomide talep yaratmak hedefiyle Keynesyen telafi edici maliye politikalarının hane halklarına yönelik talep yaratma dinamiğinden uzak olduğu oranda, özelleştirilmiş Keynesçilik uygulamalarının devamı niteliğindedir. 1980 sonrası kamu harcamalarının azaltılması; özellikle eğitim, sağlık gibi yeniden üretim alanlarında refah politikalarının terk edilmesi, özelleştirmeler, kamu denetiminin azaltılmasıyla ekonomide devlet müdahaleciliği ve devlet denetiminin azalması, özelleştirilmiş Keynesyen uygulamalardır (Pamuk, 2014: 263). TEPAV Politika Notu’nda (Özatay ve Sak, 2020) pandemi döneminde Türkiye’de sektörel bazda ve değer zincirlerinin işler tutulması amacıyla, ücret gelirlerine yönelik öneriler de sunulmaktadır:

Firmaların yükümlülüklerini sonu belirsiz bir dönem için tatil etmelerini engellemek ve onları kendi değer zincirleri içinde işler halde tutmak kamu müdahalesinin temel hedefi olmalıdır. ...Bu çerçevede, devletin, işsiz kalanların normal zamanlarda elde ettikleri ücret gelirlerinin ve kapanan işyerlerinin sermaye kazançlarının önemli bir kısmını üstlenmesi gerekebilecektir (Özatay ve Sak, 2020: 6).

Salgınla mücadelede ekonomik tedbir paketlerindeki bazı önerilerin, 1929 krizi sonrası maliye politikalarının, özellikle telafi edici kamu harcamalarının krizden çıkıştaki etkisini benimseyen Keynesyen ekonomi politika ile uyumlu olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, yatırımların sosyalleştirilmesi ve efektif talebin yükseltilmesinde, devletin ekonomiye dolaysız müdahale olanakları açısından maliye politikası kullanılmalıdır (Kazgan, 2004: 233). İkinci Dünya Savaşı sonrası Keynesyen yaklaşımla çok da uyumlu olmayan Bretton Woods sistemi, 20. yüzyılın sonunda küreselleşme süreci ile birlikte yeniden yapılandırılarak pek çok ekonomik ve siyasi soruna neden oldu (Buğra vd., 2020: 159). Devletin göreve çağırılması ile piyasa ekonomisindeki etki alanını genişletmesi, Keynesyen yaklaşımın geri dönüşü anlamına gelmemektedir. Aynı zamanda salgınla mücadelede kaynakların yeniden tahsisinde kamu harcamaları yoluyla hane halkının tüketim talebini arttıracak bir yaklaşım da izlenmemektedir. Kaynakların yeniden tahsisinde erken ve geç kapitalistleşmiş ülkeler arasındaki temel ayrım, ekonomik büyümenin sürdürülmesi ile can kaybının minimize edilmesi arasındaki politik tercih ve bu tercihin hayata geçirilmesinde sağlık hizmetlerinin kamusallaşmasının düzeyidir.

Küresel Kuzey, yeterli kaynaklara sahip olmasına karşın, bu kaynakları insan yaşamını merkeze alan bir politika izleyerek kullanmamakta, eşgüdümsüz ve yetersiz sağlık sistemini özelleştirmenin yarattığı sınırlar içinde ekonomik kayıp ile can kaybını aynı terazide tartmaktadır (Doğru ve Karabıyıkoglu, 2021: 94). Küresel Kuzey açısından istisnai bir örnek olan Yeni Zelanda'da COVID-19 virüsünü yok etme politikası, yalıtılmış bir ada olmanın sağladığı avantajın doğru politikalarla desteklenmesiyle başarıya ulaşmıştır (Doğru ve Karabıyıkoglu, 2021: 91). İngiltere'de yaşlılar COVID-19 pandemisinden dolayı huzurevlerine gönderilmiş, Ulusal Sağlık Sistemi kaynakları özel şirketlere ödenek olarak tahsis edilmiştir (Doğru ve Karabıyıkoglu, 2021: 95). Küresel Güney'de ise kaynak yetersizliği politik tercihlerin uygulama alanı bulmasını sınırlamakta ancak engellememektedir.

Pandemi ile mücadelede başarılı olan Vietnam, Etiyopya, Senegal, Gana ve Küba'da merkezi hükümetlerin uyguladıkları politikaların rolü önemlidir (Doğru ve Karabıyıkoglu, 2021: 88-89). İngiltere, Almanya, ABD, İtalya ve İspanya'da gayrisafi yurt içi hasıla kaybı konusundaki çekinceler, salgın karşısında kapanma önlemlerinin alınmasını sınırladı. Ülke örnekleri incelendiğinde üretim kaybını minimize etme ile salgını baskılama ve hafifletme arasında bir çelişkinin olmadığı görülmektedir. Gayrisafi yurt içi hasıla kaybı ve can kaybının en fazla olduğu ülkeler ABD, Brezilya ve İngiltere iken, bu ülkeleri Fransa, İtalya ve Almanya izlemektedir. Buna karşın Güney Kore, Vietnam, Çin, Tayland gibi can kaybının daha az olduğu ülkelerde gayri safi yurt içi hasıla kaybı eksiye düşmeyecektir

(Doğru ve Karabıyıkoglu, 2021: 90). Küresel Kuzey'in yeterli kaynağa sahip olmasına karşın başarısızlığının nedeni neoliberalizmin işlevsizliği ve sağlık sisteminin özelleştirilerek çözülmesinden istifade eden neoliberal yöneticilerin stratejilerinden kaynaklanmaktadır (Doğru ve Karabıyıkoglu, 2021: 91). Otoriterleşen yönetimler, salgınla mücadelede toplumsal sınıflar arasında eşitsizlikleri hesaba katmaksızın, neoliberal politikaların sürdürülebilirliğine odaklandılar. Böylece COVID-19 virüsü, toplumsal ve bölgesel eşitsizlikleri arttıracak bir eşitsizlik virüsü haline geldi. Dünya genelinde iktisatçıların %87'si pandeminin gelir eşitsizliğini arttıracığını, üçte ikisi ise hükümetlerin eşitsizlikle mücadele planı olmadığını düşünmektedir (OXFAM, 2021: 8).

Küresel Kuzey ülkeleri açısından salgınla mücadele döneminde hazırlanan ekonomik tedbir paketleri, kamusal kaynakların güçlendirilmesi yerine ekonomik büyüme ve bu hedefe yönelik olarak özel sektörün salgın nedeniyle oluşan zararlarının devlet tarafından karşılanması olarak özetlenebilir. ABD Hazine Bakanlığı, Merkez Bankası (FED) ve Kongre'nin kurtarma operasyonu ile Mart ve Haziran 2020'de yaklaşık 500 milyar dolar tutarında iki farklı kurtarma paketi büyük şirketlerin kullanımına sunulurken, şirketlerin kaynak kullanımında tamamen serbest bırakılması, şirketlerin üretken sermaye birikimi ile kazançları arasındaki bağın daha da zayıflamasına yol açmıştı (Gülalp, 2021: 23). Finansallaşma ile üretken olmayan sermaye birikiminde yaşanan gelişmeler, pandemi döneminde daha görünür hale gelmiştir. G-20 ülkelerinde pandemiye yönelik harcamalar toplamı olan 3,49 trilyon dolar, dünya zenginlerin Mart-Aralık 2020 dönemindeki servet artışına eşittir (OXFAM, 2021: 11).

Finansallaşma dönemi boyunca bir eğilim olarak devam eden üretken sermaye birikim hızının yavaşlaması, aynı zamanda kamusal sağlık hizmetlerine ulaşım hakkının sınırlandırılması ile birlikte salgının olumsuz etkilerini hızlandırdı: Artan işsizlik, ölümler ve yoksulluk. Salgın güvencesiz çalışmanın yaygınlaşmasına neden olarak toplumsal eşitsizlikleri keskinleştirmekte, pek çok insan için evde kalmak, gelirsiz kalma ve çalışıp enfekte olma arasında yapacakları zor bir seçim haline gelmektedir (Buğra vd., 2020: 142). Dünya Bankası'nın tahminlerine göre dünyadaki tüm hükümetler pandeminin yarattığı gelir kaybı ve işsizliği ortadan kaldırmak için harekete geçerse, yoksulluğun pandemi öncesi seviyesine dönmesi en az üç yılı alacaktır (OXFAM, 2021: 8).

Finansallaşmanın hane halkları üzerindeki doğrudan etkileri, sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizlikler yaratmaktadır. Artan borçluluğun kişisel gelir düzeyi üzerindeki etkileri, sosyal güvenlik sistemlerinin finansallaşmasıyla gelir güvencesinin azalması, finansallaşma eğilimiyle kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile sağlık hizmetlerinden yararlanmada

eşitsizlik eğilimi güçlenmektedir (Gouzoulis ve Galanis, 2021: 4-5). ABD’de 2008 krizi döneminde Amerikan işçilerinin %60’ı, işyeri sağlık sigortası kapsamındaydı. Sağlık sigortasına sahip olan çalışanlar açısından ise sağlık katkı payları, kesintileri, nakit sağlık harcamaları ve sigorta prim tutarları arttırıldı ve işverenler maliyetlerini işçilerin omuzlarına yüklediler (Gottschalk, 2014: 138). Amerika, sağlık hakkının özel sigorta şirketleri tarafından düzenlendiği, Dünya’da tüm vatandaşlarına tıbbi tedavi sağlayamayan tek gelişmiş ülkedir (Özden, 2006: 29). Sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasının yarattığı en önemli sonuç, halkın önemli bir kesiminin sağlık hizmetlerine erişimde yaşandığı sıkıntılardır. Sosyal refah devleti modelinin 1929 krizi sonrası uygulama alanı bulması, günümüzde pandemi krizi yeniden üretim krizini aşmak için sağlık ve eğitimde refah devleti modelinin uygulanmasına yönelik talepleri ortaya çıkarmaktadır. Keynesyen politikaların, krizden çıkışı talep yönlü politika ile düzenlemesi, kamu harcamalarının artmasının, milli gelir düzeyinde kamu harcamalarının çok da üzerinde bir artış yaratacak olan çarpan etkisi varsayımına dayanmaktadır. Bu bağlamda politika yapıcılar, hane halklarının istihdam ve ücretlerine odaklanmalıdır. ABD’de 2021 yılında açıklanan istihdam ve Aile planları bu amaca yönelik refah dönemini hatırlatacak bazı unsurlara sahiptir:

Analistlere göre bu [yeni istihdam planı], 1960'lardan beri ABD’de sosyal hizmetlere yapılan en büyük yatırım olacak. ...Biden’in açıkladığı iki plan bulunuyor. Bunlardan biri Amerikan İstihdam Planı, diğeri ise Amerikan Aile Planı. Biden bu planların kurumlar vergisi ve en zenginlere uygulanan vergilerdeki artışla karşılanacağını söyledi. ...İstihdam planının mavi yakalıların ABD'yi yeniden inşa planı olduğunu belirten Biden, bunun yüksek hızlı internet, köprü ve yol gibi bağlantıları artıracığını söyledi. ...Amerikan işçilerinin elektrikli araç ve batarya üretiminde dünyaya liderlik etmemesi için hiçbir neden yok. ...Planda 3-4 yaşındaki tüm çocuklara ücretsiz kreş, ücretli izin, hastalık izni, sağlık sigortası sübvansiyonu, ücretsiz kolej eğitimi ve pandemi nedeniyle getirilen vergi istisnasının uzatılması yer alıyor (BBC News, 2021).

ABD’de uygulanacak tedbir önlemleri kapsamında istihdam ve aile planları, sermaye birikim sürecinde uluslararası rekabete açık sektörlerin çalışanlarının emek-gücünün yeniden üretim sürecini düzenlemekle sınırlı kalma potansiyeline sahiptir. Bu haliyle planlar, emekçilerin işsizlik ve yoksulluk sorunlarından çok, tedarik zincirlerinin ve sermaye birikiminin kesintiye uğramamasına, ekonomik büyüme hedefine yöneliktirler.

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLEŞTİRİLMESİ SÜRECİNDE SAĞLIK HAKKI

Salgın sonrası uzun vadeli dönüşüm yaşanacak alanlardan biri krizin gerçekleştiği sağlık politikalarıdır. 21. yüzyıla gelindiğinde ekonomik büyümenin yaşam süresini uzattığı yönündeki tez ve sağlık sisteminde talebin sınırsız olduğu yönündeki yaklaşım, sağlık hizmetlerinin hızla özelleştirilmesine neden oldu. Sağlık hizmetlerinin finansmanında esas sorun sağlığa ayrılan kamu kaynaklarının GSMH içindeki payı ne olmalı sorusundan oldukça farklıydı, harcamaların vergilerle nasıl karşılandığı sorusu önem kazandı (Leys, 2014: 34). Tersine hizmet yasasının geçerli olduğu sağlık alanında, sunulan sağlık hizmeti ile ihtiyaç arasında ters orantılı ilişki olduğu varsayılmaktadır. İhtiyaçların artması, sağlık hizmetlerinin arzını arttırmamakta, bu ise sağlık hizmetlerin piyasalaşmasında yoksul kesimlerin sağlık sorunlarının hızla dışlanmasına neden olmaktadır. Yeni ve pahalı ilaçların tüketim pazarını oluşturacak kronik rahatsızlıklara yönelik bir patent koruması zırhına bürünmüş sağlık hizmetleri, sağlığın piyasalaşmasına yol açtı. Kolera, verem, tüberküloz ve AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar sağlık piyasasında hedef hizmetler olmaktan çıkarıldı (Applbaum, 2014: 105).

21. yüzyılda ulusal sağlık hizmetlerinin COVID-19 pandemisine hazırlıksız yakalanmasına yol açan ise sağlık reformlarında devletin rolünün asgari düzeye çekilmesine yol açan piyasacı yaklaşımdır. Bu durum gelişmiş ülkelerde refah devleti politikalarından vazgeçilmesi ile yaşanan dibe doğru yarış çerçevesindeki küçülme eğiliminin (Ağartan, 2011: 52), gelişmekte olan ülkeler tarafından da izlenmesinin doğal sonucu olarak görülmelidir. Ancak, gelişmekte olan ülkelerde sağlık bütçeleri iki boyutlu bir mücadeleyle karşı karşıya kalıyor. Yoksullar bulaşıcı hastalık ve ishalle, yetersiz beslenme ve benzeri sorunlarla boğuşurken, daha varlıklı kesimlerde kalp-damar hastalıkları, kanser, alerjiler, depresyon ve diğer “zengin hastalıkları” ile uğraşmaktadır. Sağlık endüstrisinde “zengin hastalıkları” olarak adlandırılan pek çok hastalık hem görülme hem de teşhis edilme sıklıklarının ekonomik olanaklarla doğru orantılı olduğu yeni bir sağlık politikasına yol açar. Sağlığın metalaşmasıyla, piyasada sunulan diğer özel mal ve hizmetlerde yaşanan, hedefi zengin müşteriler olan pazarlama süreci işlemektedir ancak bir farkla, kamu sağlık hizmetleri talebine yönelik harcamalar bütçede ayrılan ödeneklerde bekletilirken, zenginlerin sağlık hizmeti talepleri, yoksulların ihtiyaçları karşısında daima önceliklidir (Applbaum, 2014: 105).

Küresel ekonomide yaygınlaşan bir eğilim olarak “tüm kamu hizmetlerinin uluslararası hizmet sağlayıcıların rekabetine açılması” (Leys, 2011: 96) sonucunda oluşan dev sağlık endüstrisi piyasa ekonomisinin ayrılmaz bir parçası/sektörü

haline geldikçe, devlet hizmet sunucusu olmak yerine, hizmeti finanse eden kurum/aktör haline gelmektedir (Leys, 2011: 95).

Sağlık hizmetlerinde dönüşüm açısından sosyal refah dönemi politikalarına en yakın uygulamaların ele alınması açısından Avrupa ülkeleri, Çin, Hindistan ve Küba'ya bakmakta fayda var. Avrupa ülkelerinde son yıllarda sağlık hizmetlerin piyasacı bir anlayışla sunulmasıyla bağlantılı değişimler yaşanmakta ve sağlık harcamalarının finansmanında kamu harcamaları hızla azalmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği hızla aşınırken, sağlıkta metalaşmayı hızlandıran özel sigorta sistemine geçişin ardından farklı sigorta ve sosyal güvenlik sistemleri arasındaki rekabet, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik yaratmaktadır. Avrupa'da sağlık hizmetinin pazarlanabilir ve piyasada alınıp satılabilir bir meta haline gelmesinde farklı mekanizmalar birlikte önemli rol oynar. "Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumu arasındaki bağın kopartılması; sağlık hizmeti tedarikçilerine özerklik tanınması, kamu hastanelerinin özel yatırımcılara satılması ve yeni özel hastanelerin inşası; sektörün kendi içinde piyasalara ayrılması, taşeronlaştırma, kamu-özel sektör ortaklıkları ve özel finans teşebbüsleri" (Hermann, 2014: 160), sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde etkili olan mekanizmalardır.

Avrupa ülkelerinde kamu harcamaları içindeki sağlık harcamaları payının azaltılmasına neden olan gelişme, sağlık giderlerindeki artışı, bütçeden karşılanmadığı sürece kabul edilebilir gören ulusal sağlık politikalarıdır (Hermann, 2014: 161). Almanya'da hastane başına düşen yatak ve hasta başına düşen personel sayılarının özellikle özel hastanelerde hızla düşmesinin doğal sonucu hastanelerdeki iş yükünün artmasıdır. Sağlık hizmetlerinde verimlilik ve etkinlik kıstaslarına dayalı olarak gerçekleşen özelleştirmeler, hastanelerin idari birimleri hariç, sağlık hizmetlerinin verimliliğini arttırmamaktadır. İngiltere'de ulusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin yarattığı maliyet artışı gidermek için, sağlık personelinin sayısının azaltılması yoluna başvurulmamakta, hastanelerdeki yatak sayılarının azaltılması tercih edilmektedir (Hermann, 2014: 162). Almanya'da sağlık personeli sayısının azaltılması, İngiltere'de ise hastanelerdeki yatak sayısının azaltılması ile sonuçlanan özelleştirme süreci, COVID-19 döneminde pek çok hastanın, hastanede yatak bulamaması ve tedavi olamamasına neden olmuştur.

Sağlık ve eğitimde başarılı bir sosyal refah devleti uygulaması olan Finlandiya'da ise sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet ve belediyeler işbirliği içindedir. Sağlık hizmetlerin özelleştirilmesi sürecine karşıt bir eğilim olarak Finlandiya'da sağlık sistemi ağırlıkla kamu kesimi tarafından finanse edilir. 1999'da kamu sağlık sektörü aktivitelerinin %43'ü belediyeler tarafından, %18'i

merkezi hükümet tarafından, %15'i sosyal güvenlik kurumu tarafından –kamu sigorta sistemiyle–, %24'ü ise özel sektör tarafından finanse ediliyordu (Özden, 2006: 32). Salgın döneminde Finlandiya'da yaşanan başarının ardında sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin korunması ve herkes için sağlık hizmetlerinin erişebilir olması önemli rol oynamıştır.

Sağlık hizmetlerinin ulusal düzeyde kamusal hizmet olarak sunulduğu Küba ambargo sonrası dönem 1993 yılında meydana gelen optik nöropati salgınının ardından, erken uyarı sistemi oluşturmak üzere epidemiyolojik takip alanında bir dizi reforma giderken, sağlık hizmetlerinin temel bir insan olarak herkese ücretsiz sunulması ilkesini takip etti (Feinsilver, 2014: 245). Küba'da 1959 devriminden itibaren sağlık politikalarını belirleyen beş temel ilke; sağlık hizmetlerine erişimin herkes için hak olarak tanımlanması, bu nedenle sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması, kamusal sağlığın hükümetin sorumluluğunda olması, bakım hizmetlerinin hastalıklara karşı koruyucu, önleyici ve bilgilendirici olması, halkın ve taban örgütlerinin kamu sağlık sisteminde yer alması ve sağlık hizmetlerinin sosyo-ekonomik gelişmeye yönelik olarak geliştirilmesidir (Özden, 2006: 30). Sağlık hizmetlerinin sunumunda tedavi edici tıp yerine önleyici tıba öncelik tanınması ile birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısında artış yakalanırken, hastane sayısı azaltıldı, pek çok poliklinik ise doğumevi ve yaşlılar evi olarak yeniden düzenlendi (Feinsilver, 2014: 248). Küba'nın salgın döneminde elde ettiği başarıda, önleyici tıba verilen önem ve sağlık hizmetlerine erişimin herkes için hak olarak tanımlanması, tıp araştırmalarının merkezi hükümet tarafından desteklenmesi önemli rol oynamıştır.

Çin'de yaşanan gelişmeler ise, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinin oldukça farklı yaşandığı bir süreçtir. 1990'lı yıllarda Neoliberal *trickling-down* kuramını benimseyen Çin'de, ekonomik büyüme sonucunda herkesin kendi olanakları ile sağlık hizmetlerini piyasadan karşılayacağı yönündeki beklenti sonucunda işçi ailelerinin, serbest sektör çalışanlarının ve göçmenlerin sağlık sigortası dışında kalması ile sonuçlanan bir süreç yaşanmaktaydı (Wang, 2014: 268-67). Sağlık hizmetleri sunumunda devletin payı hızla azaldı ve 2001 yılında devletçe tahsis edilen kaynakların payı yaklaşık %16, sosyal sigortalıların payı ise %24'te kaldı (Wang, 2014: 273). 2008 yılında nüfusun yaklaşık %88'inin sigorta kapsamına alınması, 2009 sağlık reformunda 2020 yılında herkes için uygun fiyatlı ve etkin sağlık hizmeti sunulmasına yönelik hedefin belirlenmesiyle, sağlık hizmetlerinde özelleştirme süreci terk edilmiş, sağlık hizmetlerinin kamusallaştırıldığı bir süreç başlamıştır (Wang, 2014: 283).

Hindistan'da ise sağlık hizmetlerinin kamusal hizmet olmaktan uzaklaşması, yoksulluğun artmasına yol açmaktadır. 2004 yılında kırsal kesimin

%59'u, kentsel kesimin ise %62'si özel hastanelerde, kişisel gelirleri yetmediği için daha fazla borçlanarak tedavi olmaya çalışıyordu (Rao, 2014: 297). Sağlık harcamalarının orta sınıflar için bile oldukça zorlayıcı olmaya başlamasının yanı sıra, sağlık hizmetleri açısından zenginler ve yoksulları birbirinden ayıran sınırlar belirginleşmektedir. Hindistan'da sağlık hizmetlerin %83'ü işçilerin özel harcamaları ile karşılanırken, hiçbir sağlık hizmeti almayan insanların sayısı hızla artmaktadır (Rao, 2014: 298). Sağlık hizmetlerinin sunumunda ise özelleştirme eğiliminin artması, devletin, temel sağlık hizmetlerinde kamu yatırımlarını azaltması; ayakta ve yatarak tedavide özel kuruluşların kullanımının yaygınlaşması sonucunda kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinden vazgeçilmekte, yoksulların dışlanmasına dönük politikalar güç kazanmaktadır (Rao, 2014: 300). Hindistan, Çin'in aksine yeni salgın dalgaları karşısında son derece korumasız hale gelmekte ve salgınlar çok ciddi can kayıpları ile sonuçlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde sosyal politikaların etkisiyle kamu sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi, gelir adaleti konusunda olumlu etkiler yaratmaktadır. Sosyal demokrasi ile neoliberalizm arasındaki fark, adalet ve yoksulluk ile birlikte genel sağlık politikalarından da izlenebilir. Neoliberal politikaların etkili olmaya başladığı 1990'lı yıllarda ekonomik krizlerin ardından Dünya Bankası'nın programını uygulayarak kamu harcamalarını azaltmayı tercih eden Endonezya ve Tayland'da sağlık düzeyi gerilerken, bağımsız politikalar izleyen Malezya'da ekonomik krizin sağlık sistemi üzerindeki etkisinin sınırlı kalması, sosyal güvenlik sisteminin kamusal yapısı ve kamu harcamalarının sonucudur (Coburn, 2014: 68-69). Sağlık politikalarında kamu harcamalarının ve sosyal güvenlik sisteminde kamusallaştırma ile herkes için sağlık hakkı hayata geçirilmektedir. Kamu sağlık sisteminin geliştirilmesi ile sağlık hizmetlerine erişimde zenginler ve yoksullar arasındaki denge sağlanmakta ve tüm gelir grupları sağlık hizmetlerinden eşit derecede yararlanma hakkına sahip olmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasa ekonomisine terk edildikçe, yoksullar sağlık hakkına erişemiyor. 21 ülkede 2003 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre en üst %20 gelir diliminde yer alan nüfusun sağlık harcamaları yoluyla devlet yardımından aldığı ortalama pay %26'yı geçerken, en düşük %20'lik gelir dilimi %16 ile yetinmekteydi (Coburn, 2014: 71).

1978 yılında Alma Ata'da "Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı", Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) temel sağlık hizmetleri konusundaki yaklaşıma eleştirel bir tavırla, herkes için sağlık hedefine eşitlikçi bir kalkınma hedefi ile ulaşılabileceği yaklaşımı ile toplandığında (Rao, 2014: 287-88), sağlık hakkı kavramının dünya genelinde bir programla uygulama alanı bulma şansı ortaya çıkmıştı. Alma Ata yaklaşımını benimseyen uluslararası

kurumlar, neoliberal politikaların etkisiyle sağlık hizmetlerinde özelleştirme sürecine destek vermeye başladı. “Herkes için sağlık” sözü UNICEF ve WHO’nun Alma Ata yaklaşımını benimsemeyi bırakmasıyla birlikte seçmeli temel sağlık hizmetleri olarak adlandırılabilir, temel sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunumunu dışlayan bir tutuma yerini bıraktı. 1987 tarihinde Dünya Bankası’nın yayınladığı “Az Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Reform İçin” kılavuzunda, Alma Ata’nın sağlık hizmetlerini vatandaşlık hakkı olarak ücretsiz sunma yaklaşımının başarısız olduğu, bu bağlamda devletin sağlık hizmetlerinde sadece düzenleyici bir rol oynaması gerektiği vurgulanır. Dünya genelinde sağlık politikalarında WHO’nun yanı sıra etkili olan bir diğer kurum Dünya Bankası’dır. WHO, dünya genelinde kamu sağlığına yönelik sağlık standartlarını ve rehber çalışmalarını 8 bin uzmanı ile birlikte yaparken (Özden, 2006: 35), karşılaştırılamayacak büyüklükte kaynakları ile dünya genelinde sağlık politikalarında belirleyici olan Dünya Bankası’nın bütçesine oranla oldukça sınır bir bütçeye sahiptir (Rao, 2006: 288).

Dünya’da sağlık hakkı yaklaşımının güçlü biçimde savunulmasına yönelik olarak çalışan uzmanlar, sadece insanlar için değil tüm türlerin sağlıklı bir çevrede yaşaması bağlamında tek sağlık anlayışını daha çok sahiplenmeye yönelmektedirler. Sağlık hakkının piyasa aktörlerine bırakılması kadar salgın döneminde sadece insan sağlığına odaklanan bir sağlık politikası da salgınla mücadelede yetersiz olacaktır. Enfeksiyon hastalıklarının üçte ikisinin zoonotik kökenli (hayvan kaynaklı) olması, SARS’ta misk kedileri yoluyla, MERS’te develer yoluyla virüsün insanlara bulaşması, COVID-19’un yarası kaynaklı olması, pandeminin insan-hayvan-çevre sağlığını içeren tek sağlık yaklaşımı ile ele alınmasını gerektirir (Kurt-Azap, 2021: 37). Aynı zamanda salgınla mücadelede, altyapı eksikliği, kötü çalışma ve yaşam koşullarını düzeltilmeden temel sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı olmadan başarılı olma şansının olmadığı görülmektedir. Tek sağlık anlayışı, salgınlar karşısında insanlığın mücadelesinde en önemli adımlardan biridir.

Sağlık hakkı, bireylerin fiziksel, mental ve sosyal olarak iyi olma, hasta olmamasının sağlanmasıdır ve her bireyin en yüksek sağlık standardını sürdürmesi bağlamında ırk, siyasi görüş, ekonomik ve toplumsal statüye bakılmaksızın bireylerin sahip olduğu en temel insan haklarından biridir (Özden, 2006: 5). Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Konusunda Uluslararası Anlaşma’ya göre (CESCR) sağlık hakkı her bireyin itibarlı bir yaşam sürmesini sağlayacak sağlık standardına sahip olabilmesidir. Sağlık hakkı, bireylerin sağlıklı yaşam ve güvenceli çalışma koşullarına sahip olmalarını, gıda, barınma, sosyal güvenlik hizmetlerine ulaşmalarını da içeren (Özden, 2006: 5-6) bir sosyal haktır.

Bölgesel düzeyde sağlık hakkı farklı anlaşmalarla tanımlanmıştır. Özellikle temel sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşanan Afrika'da, *African Charter on Human and Peoples' Rights*, Avrupa kıtasında *European Social Charter* ve Amerika kıtasında ise *Protocol of San Salvador* bu anlamda önemli belgeler olarak sıralanabilir (Özden, 2006: 8). Sağlık hakkı ile aynı zamanda sağlık alanındaki tüm verilerin şeffaf biçimde kamuoyu ile paylaşılması, böylece sağlık hizmetlerinden yararlanma konusundaki eşitsizliklerin giderilmesi hedeflenir. Buna karşın sağlık hakkı konusunda 194 ülkede yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre 88 ülkede anne ölümlerinin sayısı hakkında kamuoyunu bilgilendirecek sayısal verilere ulaşılamaması, WHO'nun anne ve çocuk sağlığı konusundaki vaatlerini boş bir söylem haline getirmektedir (Backman vd., 2008: 2071).

Herkes için sağlık hakkının sağlanması, patent ve ilaçların fikri mülkiyet haklarının korunmasını sağlayan patent hakkı ile çelişebilmektedir. Salgın tedavisine yönelik olarak yapılan çalışmalarda geliştirilen ilaç ve aşılardan patentlerinin ticarileştirilmesi, sağlık hakkının herkes için sağlanmasını zorlaştırmaktadır. Edebiyat ve Sanat Eserlerinin Korunmasına ilişkin Bern Sözleşmesi'ne göre patent hakkının korunması ile sanat ve bilimsel alandaki mucitlerin aktif olarak desteklenmesi, toplumun ilerlemesine/gelişmesine katkıda bulunacaktır (Özden, 2006: 14). Salgınla mücadelede toplumsal fayda sağlayan ilaç ve aşılardan patent hakkının düzenlenmesi, sağlık hakkının da korunmasını amaçlamalıdır. Çokuluslu şirketlerin kâr amaçlı bilimsel üretim ve pazarlama faaliyetleri, Dünya Ticaret Örgütü (WTO) tarafından desteklenmektedir. Yeni esnek sermaye birikim sürecinde patent hakkının kâr amaçlı kullanılması mümkün hale gelmiştir: WTO anlaşması uyarınca patent hakları ile herhangi bir bilimsel ürünün, 20 yıl boyunca sahibi olan çokuluslu şirkete tekel hakkı sağlanması (Özden, 2006: 14), bilimsel çalışmaların kamusal faydasını azaltmaktadır. Bu süreç tekelleşen firmaların toplum sağlığına karşın kârlılığını arttırmasını garanti altına almaktadır. Süreç, bazı bilim insanlarının inisiyatifi ile engellenebilmiştir. 1955 yılında çocuk felci aşısını bulan Dr. Jonas Salk'a aşının patenti kime ait diye sorulduğunda, Dr. Salk, tüm insanlara diye yanıtlamış. Aşının patenti kimseye ait değil, Güneşin patenti olabilir mi diye eklemiştir (Özden, 2006: 14).

Uluslararası Ticaret Anlaşması'nın pek çok maddesinde, patent hakları tanımlanmaktadır. 1995 yılında yürürlüğe giren Ticaret Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması (TRIPS), doğası gereği, sağlık hakkı da dahil olmak üzere, insan haklarına aykırı olarak bireylerin bilimsel gelişmelerin yaratacağı faydadan eşit biçimde yararlanmalarını engelleyen birçok maddeye sahiptir, bu yönüyle de uluslararası insan hakları hukuku ile de çelişmektedir (Özden, 2006: 15). COVID-19'la mücadelede gerekli tıbbi teknolojiye ulaşımı engelleyici yapısıyla TRIPS, bireysel çıkarları kamu çıkarlarının önüne geçirmektedir. Pandemi döneminde

uluslararası şirketlere yönelik BM öncülüğünde insan haklarını gözeten bağlayıcı anlaşmalara duyulan ihtiyaç artmıştır (Paremoer vd., 2021: 3). Sağlık alanındaki bilimsel çalışmaların patent hakkının korunması, sağlık hizmetlerinin kamusallaştırılması ile sağlanırsa, sağlık hakkı başta olmak üzere pek çok sosyal hakkın korunması da mümkün olabilecektir.

BM bünyesindeki Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi taraf olan tüm ülkelere kamusal sağlık stratejisi eylem planı hazırlama zorunluluğu getirmekte ve epidemiyolojik gelişmeler karşısında sağlık önlemlerini izlemekte ve yönetmektedir. Komite, sağlık hakkını tesis edecek bir yaklaşımla, eylem planı dahilinde özellikle marjinal grupları gözetken bir yaklaşıma sahiptir (Özden, 2006: 28). Avrupa Birliği, UNICEF ve WHO'nun anlaşmalarında sağlık hakkı ve salgınla mücadelede halkın sağlığına yönelik tedbirler neoliberal dönemde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi karşısında yazılı metinler olarak uygulama alanı sınırlı bir yaklaşım/niyet beyanı haline gelmektedir. Yasal düzenlemeler, yapısal değişim yaratmamakta, mülkiyet hakları, patentler, kamusal hizmetlerin özelleştirilmesi ve tekelleşen ilaç sanayi karşısında sağlık hizmetlerinde piyasa ekonomisi kuralları belirleyici olmaktadır. Özellikle herkes için eşit derecede tehlikeli olan salgınla mücadelede küresel fayda yaratan sağlık hizmetlerine erişimde fiyatlandırma veya özelleştirme yerine ortak malların sürdürülebilirliği yaklaşımı izlenmelidir. Salgınla mücadelenin ortak mal olarak ele alınması ile sağlık hakkı sorunu sadece yasal düzenlemeler sınırından çıkarılıp, yapısal bir değişime yol açacaktır. Eğer sağlık, eğitim ve çevre alanlarındaki ortak mallar devletler tarafından tanınırsa, sağlık hizmetlerine erişme ve sağlıklı bir çevrede yaşama hakları, hegemonik sermaye birikimi yasaları tarafından değil, yaşam kanunlarınınca belirlenecek ve ortak mallara ulaşım hakkı herkes için eşit biçimde gerçekleşebilecektir (Johnston, 2008: 18).

4. SONUÇ

Salgınlar tarih boyunca toplumların çalışma, ekonomi ve düşün dünyalarında radikal değişimlere yol açan gelişmelere neden olmuştur. Her salgın aynı zamanda toplumsal ve iktisadi yaşamda bir krize neden olmakta, sağlık krizi üretimden, eğitime, siyasetten, çevreye pek çok alanda kriz dinamiği yaratacak gelişmelere yol açmaktadır. Krizler yapısal dönüşüme yol açan bir kırılma noktası olarak ele alındığında, salgın krizi sonrası dönemin toplumsal yaşamda, ekonomide ve çalışma yaşamında etkisi yüzyıllar boyunca devam edecek bir dönüşüme yol açtığı görülmektedir.

Salgınlara neden olan virüslerin hayvan kaynaklı olması yeni çitleme hareketiyle neoliberal dönemde ormansızlaştırılan bölgelerde yerinden edilen

türlerden insanlara taşınan virüsler yoluyla yeni salgınların yaşanacağı bir döneme kapı aralamaktadır. Afrika, Latin Amerika, Hindistan ve Çin, mülksüzleştirici/yerinden edici sermaye yatırımları sonucunda salgın coğrafyasına dönmüştür. COVID-19 pandemisi, dünya ekonomisinde gelir bölüşümünde yarattığı etkiler ile gelir dağılımı adaletsizliğini derinleştiren eşitsizlik virüsünün yayılımını hızlandırmıştır. COVID-19 pandemisi sonrası dönem yeni sağlık, iklim, ekonomi ve siyaset krizleri ile karşı karşıya kalacak olan insanlık çok daha ağır bir fatura ödemek zorunda kalabilir. Neoliberal politikalar ve otokratik yönetimlerin sağlık hizmetleri ve iktisadi önlem paketleri ile krize karşı nasıl bir çözüm getirdiği bu bağlamda yaşamsal önemdedir.

Küresel Kuzey’de sağlık krizini aşmak için ele alınan tedbirler, can kaybını en düşük seviyede tutma hedefi yerine ekonomik büyümenin sürdürülmesi hedefine yönelmeyi tercih ederek çok da iyi bir sınav vermemektedir. Sosyal refah devleti modelini devam ettiren İskandinav ülkeleri salgınla mücadelede diğer Avrupa ülkelerine ve Amerika’ya kıyasla daha iyi bir sınav verirken; kaynakları yetersiz olan Küresel Güney’de sağlık hizmetlerinde kamusal hizmetlere ağırlık veren bazı ülkeler, salgın karşısında kendisinden beklenenden daha iyi bir sınav vermektedir. Buna karşın sağlık hizmetlerinin özelleştirildiği ülkelerde, salgın krizinin eşitsizlikleri arttırıcı sonuçları daha derinden hissedilmektedir. Sağlık hizmetlerinin neoliberal politikalar sonucunda özelleştirilmesiyle yoksulların sağlık sistemi dışına atıldığı gerçeği, pandemi krizi ile görünür hale gelmektedir. Salgın, dünyada temel sağlık hizmetlerine ulaşamayan milyarlarca insanın yaşam mücadelesi anlamına gelmektedir. Bu krizi aşmak ve sağlık hizmetlerinde ortak iyiye ulaşmak için “herkes için sağlık hakkını” konuşmaya başlamak hala mümkündür. Güvencesiz çalışanlar, ayrımcılığa uğrayan etnik gruplar, göçmenler ve kadınlar açısından sağlık hizmetlerine ulaşmanın yanı sıra, çalışma hayatında, eğitimde, hukuk sisteminde ve kamusal hizmetlere erişimde eşitliğin sağlanması, herkes için sağlık hakkının hayata geçirilmesi açısından elzemdir. Salgınla mücadelede başarılı olmak için, tüm insanlığın ortak iyiye ulaşması politik bir tercihin de ötesinde, bir zorunluluktur. Bütçe yetersizliği, sağlık hizmetleri kapasitesinin düşüklüğü ve patent hakkının ticarileştirilmesi, geri döndürülemez sonuçlara neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelleştirildiği, kaynakları yetersiz olan pek çok ülkede virüsün hızla yayılması salgının devam etmesine ve ortak iyiden uzaklaşılmasına da neden olmaktadır. Salgınla mücadelede ülkeler arası ve bölgesel işbirliklerinin ötesinde, dünya genelinde bireylerin sağlıklı olma hakkının sürdürülebilirliğini gözetken “herkes için sağlık hakkı” talebinin toplumsallaşması ve sağlık politikalarında başat rol oynaması sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

Ağartan, Tuba (2011), “Sağlıkta Reform Salgını”, Keyder, Çağlar, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan ve Çağrı Yollar (Der.), Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar (İstanbul: İletişim): 37-55.

Applbaum, Kalman (2014), “Sağlıkta Küresel Pazarlama: İlaç Entrikaları”, Leo Panitch ve Colin Leys (Der.), Socialist Register 2010: Kapitalizmde Sağlık (İstanbul: Yordam Kitap) (Çev. Umut Haskan): 99-119.

Backman, Gunilla, Paul Hunt, Rajat Khosla, Camila Jaramillo-Srouss, Belachew Mekuria Fikre, Caroline Rumble, David Pevalin, David Acurio Páez, Mónica Armijos Pineda, Ariel Frisanch, Duniska Tarco, Mitra Motlagh, Dana Farcasanu and Cristian Vladescu (2008), “Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries”, Right to Health, 347 (1): 2047-2085.

BBC News (2020a), “IMF: Dünya Ekonomisi Büyük Buhran’dan Beri Görülen En Sert Daralmayı Yaşayabilir?”, <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52287325> (14.04.2020).

BBC News (2020b), “Koronavirüs: Hangi Ülkelerde Ne Tür Ekonomik Destek Paketleri Açıklandı?”, <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52828167> (28.05.2020).

BBC News (2021), “Biden’in İstihdam, Eğitim ve Sosyal Hizmetler İçin 4 Trilyon Dolarlık Paket”, <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-56927848> (29.04.2021).

Birdal, Sinan (2020), “Virüsün Ekonomi Politikası”, <https://www.evrensel.net/yazi/86064/virusun-ekonomi-politigi> (04.04.2020).

Buğra, Ayşe, Refet Gürkaynak, Çağlar Keyder, Ravi Arvind Palat ve Şevket Pamuk (2020), “New Perspectives on Turkey Roundtable on the COVID-19 Pandemic : Prospects for the International Political Economic Order in the Post-pandemic World”, New Perspectives on Turkey, 63: 138-167.

Büyükkarabacak, Mert (2021), “Pandemi, Yeni(den) Devletçilik ve Sınıf Hareketi”, Praksis Dergisi, 55 (1): 109-131.

Coburn, David (2014), “Eşitsizlik ve Sağlık”, Panitch, Leo ve Colin Leys (Der.), Socialist Register 2010: Kapitalizmde Sağlık (İstanbul: Yordam Kitap) (Çev. Umut Haskan): 54-74.

Colgrove James (2002), “The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence”, *American Journal of Public Health*, 92 (5): 725–729. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.5.725>

Doğru, Ezgi ve Mert Karabıyıkoglu (2021), “Alfredo Saad-Filho ile Söyleşi: Salgında En Fazla Can Kaybı Neo-Liberal Planın Öncü Ülkelerinde Yaşanıyor”, *Praksis Dergisi*, 55 (1): 85-99.

Engels, Friedrich (2010), *İngiltere’de Emekçi Sınıfın Durumu* (Ankara: Sol Yayınları).

Feinsilver, Julie (2014), “Yurtiçinde ve Dışında Küba Sağlık Politikası”, Panitch, Leo ve Colin Leys (Der.), *Socialist Register 2010: Kapitalizmde Sağlık* (İstanbul: Yordam Kitap) (Çev. Umut Haskan): 237-262.

Gottschalk, Marie (2014), “Amerikan Sağlık Sendromu ve Stockholm Sendromu”, Panitch, Leo ve Colin Leys (Der.), *Socialist Register 2010: Kapitalizmde Sağlık* (İstanbul: Yordam Kitap) (Çev. Umut Haskan): 119-143.

Gouzoulis, Giorgos and Giorgos Galanis (2021), “The Impact of Financialisation on Public Health in Times of COVID-19 and Beyond”, *Sociology of Health & Illness*, <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13305> (01.06.2021).

Gülalp, Haldun (2021), “Kara Ölümünden Covid-19’a, Kapitalizmin Yükselişi ve Çöküşü”, *Praksis Dergisi*, 55 (1): 9-45.

Hermann, Christoph (2014), “Avrupa’da Sağlık Hizmetleri ve Piyasalaştırma Süreci”, Panitch, Leo ve Colin Leys (Der.), *Socialist Register 2010: Kapitalizmde Sağlık* (İstanbul: Yordam Kitap) (Çev. Umut Haskan): 143-163.

Hynes, William (2021), “A Systemic Socio-Ecological Recovery from Covid-19”, *Global Social Policy*, 21 (2): 335–338.

Johnston, Josée (2003), “Who Cares about the Commons?”, *Capitalism Nature Socialism*, 14 (4): 1-41.

Kazgan, Gülten (2004), *İktisadi Düşünce veya Politik İktisadın Evrimi* (İstanbul: Remzi Kitabevi).

Kurt-Azap, Özlem (2021), “COVID-19”, Belek, Osman ve Kayhan Pala (Der.), *Pandeminin Düşürdüğü Maskeler: COVID-19 Salgınının Muhasebesi* (İstanbul, İletişim Yayınları): 15-43.

Leys, Colin (2011), “Piyasa ile Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu” Keyder, Çağlar, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan ve Çağrı Yollar (Der.),

Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar (İstanbul: İletişim): 95-111.

Leys, Colin (2014), “Sağlık ve Kapitalizm”, Panitch, Leo ve Colin Leys (Der.), Socialist Register 2010: Kapitalizmde Sağlık (İstanbul: Yordam Kitap) (Çev. Umut Haskan): 15-43.

Marks, Karl (2000), Kapital Birinci Cilt (Ankara: Sol Yayınları) (Çev. Alaattin Bilgi).

OXFAM (2021), The Inequality Virus: Methodology Note, Ocak 2021, www.oxfam.org

Özatay, Fatih ve Güven Sak (2020), “COVID-19’un Ekonomik Sonuçlarını Yönetebilmek İçin Ne Yapılabilir?”, TEPAV Politika Notu, Mart 2020, N.202006.

Özden, Melik (2006), The Right to Health: A Fundamental Human Right Affirmed by the United Nations and Recognized in Regional Treaties and Numerous National Constitutions, Human Rights Programme of the Europe-Third World Centre, CETIM.

Pamuk, Şevket (2007), “The Black Death and the origins of the ‘Great Divergence’ across Europe, 1300-1600”, European Review of Economic History, 11 (3): 289-317.

Pamuk, Şevket (2014), Türkiye’nin 200 Yıllık İktisadi Tarihi (İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları).

Paremoer, Lauren, Sulakshana Nandi, Hani Serag ve Fran Baum (2021), “Covid-19 Pandemic and the Social Determinants of Health”, The BMJ, 372 (129), <https://doi.org/10.1136/bmj.n129>

Rao, Mohan (2014), “‘Herkes için Sağlık’ ve Neoliberal Küreselleşme: Bir Hint İlüzyonu”, Panitch, Leo ve Colin Leys (Der.), Socialist Register 2010: Kapitalizmde Sağlık (İstanbul: Yordam Kitap) (Çev. Umut Haskan): 285-302.

Rose, Peter (2020), “Frank Snowden, Epidemics and Society: From the Black Death to the Present”, Society, 57: 478-480. <https://doi.org/10.1007/s12115-020-00517-z>

Toprak, Zafer (2010), “Küreselleşme Evreleri ve Türkiye’de Finansal Yapının Evrimi”, Keyder, Çağlar (Der.), Küreselleşen İstanbul’da Ekonomi (İstanbul: Osmanlı Bankası Arşiv ve Araştırma Merkezi): 85-90.

Varlık, Nükhet (2020), “The Plague that Never Left: Restoring the Second Pandemic to Ottoman and Turkish History in the Time of COVID-19”, *New Perspectives on Turkey*, 63 (1): 176–189.

Wang, Shaoguang (2014), “Çin Sağlık Hizmetlerinde İkili Hareket”, Panitch, Leo ve Colin Leys (Der.), *Socialist Register 2010: Kapitalizmde Sağlık* (İstanbul: Yordam Kitap) (Çev. Umut Haskan): 262-285.

Yalman, Galip (2021), “Kapitalizmin Krizleri Üzerinde Gözlemler”, *Praksis Dergisi*, 55 (1): 99-109.

Yaşayanlar, İsmail (2020), “Salgınlar Çağında Osmanlı’da Hekim Olmak”, *Toplumsal Tarih Dergisi*, 316: 68-74.

Yavuz, Cavit Işık (2021), “Maske ve Ötesi”, Belek, Osman ve Kayhan Pala (Der.), *Pandeminin Düşürdüğü Maskeler: COVID-19 Salgınının Muhasebesi* (İstanbul, İletişim Yayınları): 43-70.

Yıldırım, Nuran (2020), “İstanbul’un Kolera ile Tanışması: 1831 Salgını”, *Toplumsal Tarih Dergisi*, 316: 62-68.

Yolun, Murat (2020), “İspanyol Gribinin Kısa Bir Öyküsü”, *Toplumsal Tarih Dergisi*, 316: 74-80.