

Küresel Kamusal Mal Perspektifinden COVID-19 Pandemisiyle Mücadelede Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı ve OECD Ülkelerinin Performansının Araştırılması

Durdane KÜÇÜKAYCAN*

Öz

COVID-19 pandemisiyle birlikte küresel çapta olumsuz etkileri olan sağlık krizi, insanların her koşulda kaliteli, uygun fiyatlı ve kolayca erişebileceği sağlık hizmetlerinin olması gerektiğini göstermiştir. Bu çalışmada küresel kamusal mal perspektifinden COVID-19 salgını mücadelesi ile evrensel sağlık kapsayıcılığı arasındaki ilişki teorik açıdan değerlendirilmiştir. Ayrıca çalışmada OECD ülkelerinde evrensel sağlık kapsayıcılığının uygulanmasının veya uygulanmamasının COVID-19 pandemisi kaynaklı vaka sayılarındaki ölüm oranları karşılaştırılarak performansları araştırılmıştır. OECD ülkelerinin performansında, evrensel sağlık kapsayıcılığının uygulanmasının veya uygulanmamasının aşılama öncesinde ve sonrasında ölüm oranları bakımından, farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Pandemi, Sağlık, Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı, Küresel Kamusal Mal

*Arş.Gör.Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İİBF, Maliye Bölümü, Bütçe ve Mali Planlama ABD, durdane@ogu.edu.tr; <https://orcid.org/0000-0001-5515-2616>

Makalenin Gönderilme Tarihi: 30.09.2021

Kabul Tarihi: 31.12.2021

Universal Health Coverage Combating COVID-19 Pandemic from Global Public Goods Perspective and an Investigation on OECD Countries' Performance

Abstract

With COVID-19 pandemic, global health crisis has shown that people should have quality, affordable and easily accessible health services under all conditions. In this study, the relation between universal health coverage and combating the COVID-19 pandemic has been theoretically evaluated from a global public goods perspective. In addition, the performance of OECD countries with and without universal health coverage was investigated by comparing the death rates in the number of cases caused by the COVID-19 pandemic. It has been determined that there is a difference in the performance of OECD countries with and without universal health coverage when death rates in COVID-19 cases before and after vaccination are compared.

Keywords: COVID-19, Pandemic, Health, Universal Health Coverage, Global Public Good

JEL Classification Codes: H44, I13, I14

Giriş

Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs-2 (SARS-CoV-2), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) olarak adlandırılan yeni tip bir koronavirüstür. COVID-19, ilk olarak Aralık 2019'un sonlarında Çin'in Wuhan şehrinde tespit edilen yeni tip koronavirüsün (SARS-CoV-2) neden olduğu bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Hastalığa neden olan virüs hızlı bir şekilde Çin'in diğer bölgelerine, fiziki sınırların kolaylıkla aşılabildiği küreselleşen dünyadaki seyahat imkânlarının varlığı dolayısıyla da tüm dünya ülkelerine yayılmıştır (Özalp ve Seremet Kürklü, 2020:211).

Uluslararası Sağlık Tüzüğü (International Health Regulations, 2005) kapsamında Yeni Koronavirüs Acil Durum Komitesinin 20 Ocak 2020 tarihinde yaptığı toplantıda salgının, uluslararası endişelere neden olan bir halk sağlığı acil durumu yarattığını kabul etmesiyle Dünya Sağlık Örgütü, Çin'de ortaya çıkan yeni tip koronavirüs salgınıyla ilgili "uluslararası halk sağlığı acil durumu" ilan ettiğini duyurmuştur. 11 Mart 2020 tarihinde ise Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 salgınını, dünyadaki endişe verici yayılımından dolayı pandemi olarak ilan etmiştir. 23 Eylül 2021 tarihi itibarıyla, dünya çapında (yaklaşık olarak) 4,8 milyon ölüm ve 230 milyon vaka ilan edilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2021).

COVID-19 pandemisi çok yönlü sonuçlarının olması ve ortaya çıkma şeklinin halen tam olarak somut bir nedene dayandırılmaması nedeniyle dünya tarihinde daha önce örneği görülmemiş bir krizin baş aktörü olarak

tüm dünyayı etkilemektedir (Sertdemir, 2020:15). COVID-19 küresel bir fenomen haline gelerek ekonomik, sosyal ve kültürel alanlar başta olmak üzere çok yönlü sonuçlarıyla tüm dünyayı ve insanlığı etkisi altına almıştır. İnsanlık yıkıcı sonuçları olan görünmez bir düşmanla karşı karşıya kalmıştır (Goniewicz vd., 2020:8). Bu düşmanla tek başına mücadele edemeyen, tüm dünya ülkeleri toplam vaka ve ölüm sayılarının her geçen gün katlanarak artış göstermesi nedeniyle küresel açıdan birden fazla sonucu olan bir krizle karşı karşıya kalmıştır. Başta sağlık krizi olarak başlayan COVID-19 herkesin kaliteli ve uygun fiyatlı sağlık hizmetlerine erişimi olması gerekliliğini bir kez daha göstermiştir.

Birleşmiş Milletler tarafından önerilen ve tüm insanların yararlanması arzulan Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı ile COVID-19 ve ileride yaşanması muhtemel pandemilere karşı yapılacak müdahalelerin üzerinde önemle durulması gerekmektedir. Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı, Birleşmiş Milletlerin 2015 yılında ortaya koyduğu sürdürülebilir kalkınma amacının bir parçasıdır. Evrensel Sağlık Kapsayıcılığının hedefi, yoksulluğu sona erdirmek, yaşamları iyileştirmek ve gezegeni korumak olmakla birlikte bu doğrultuda yapılması gerekenler listesi ile “Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri”nde yer almaktadır (Jiwani, 2015). Evrensel sağlık kapsayıcılığının özü; dünya üzerindeki her bir bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine mali çöküntü veya yoksullaşma riski olmadan erişebilmesi olarak bilinmektedir.

Dünya çapındaki tüm ülkeler Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine imza atmış ve finansal riskin korunması, kaliteli temel sağlık hizmetlerine erişim ve herkes için güvenli, etkili, kaliteli ve uygun fiyatlı temel ilaçlara ve aşılarla erişim dâhil olmak üzere evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşma hedefini taahhüt etmiştir. Fakat COVID-19 pandemisiyle birlikte herkese uygun finansal korumayı ve sağlık hizmetlerine ulaşmayı hedefleyen evrensel sağlık kapsayıcılığının, sınırlı kamu kaynakları olan birçok ülke için daha zor hale geleceği öngörülmektedir. COVID-19, dünyanın en gelişmiş ekonomilerinin bile sağlık sistemlerini benzeri görülmemiş bir şekilde bozduğu dikkate alındığında sağlık eşitsizliklerine ve gelişen sağlık sistemlerine sahip ülkeler için evrensel sağlık kapsayıcılığı gereklilik arz etmektedir.

Günümüzde küresel kamusal mal niteliğine sahip olan sağlık hizmetinin etkili bir şekilde sunulması, bu hizmetin taşınmış olduğu dışsallık özelliği nedeniyle oldukça önemlidir. COVID-19, sağlık hizmetlerine evrensel erişimin önemini vurgulayarak, nüfusun bir kesiminin veya tek bir bireyin sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanmaması durumunda tüm nüfusun risk altında olduğunu insanlığa göstermiştir. Çalışmada öncelikle küresel kamusal mal perspektifinden COVID-19 pandemisi ve evrensel sağlık kapsayıcılığının kavramsal çerçevesi üzerinde durulmuştur. Devamında ise COVID-19 ile beraber evrensel sağlık kapsayıcılığının artan önemi ve OECD ülkeleri arasındaki COVID-19 ölüm oranları karşılaştırıldığında

evrensel sağlık kapsayıcılığını uygulayan veya uygulamayan ülkelerin performansları araştırılmıştır.

1. Küresel Kamusal Mal Perspektifinden Sağlık Hizmeti ve COVID-19 Pandemisinin Küresel Sonuçları

Küreselleşme sonrasında yaşanan değişimler ve dönüşümler birçok alanda olduğu gibi maliye alanında da etkisini göstermiş ve çeşitli kavramlar maliye teorisindeki yerini almıştır. Bu anlamda küreselleşmenin maliye literatüründeki en önemli etkilerinden biri, küresel kamusal mal kavramının ortaya çıkmasıdır. Bu kavram, bir malın üretimi ya da tüketimi sonucunda oluşan pozitif ya da negatif dışsallıktan birçok bölgede yer alan birden fazla ülkenin etkilendiği, yalnızca şimdiki nesillere değil, gelecek nesillere de uzanan etkilere sahip ve tüketiminde rekabet ile dışlamanın olmadığı malları ifade etmektedir (Demirci ve Acar, 2020:442).

Küresel kamusal mallar (ulusal) kamusal malların sahip olduğu ve bu mallara kamusal mal niteliği kazandıran, bölünemez, dışlanamaz ve rekabetin olmaması özelliklerine sahip olan mallardır. Bu temel özellikler, küresel kamusal malların kamusal boyutunu oluşturmaktadır (Barış ve Barlas, 2017:141). Küresel kamusal mallar faydaları veya zararları ulusal sınırları aşan ve olumlu veya olumsuz etkileriyle tüm dünyayı etkileyen mal ve hizmetler olarak tanımlanabilmektedir. Küresel kamusal mallara sağlık, çevre, bilgi barış ve güvenlik örnekleri verilebilir.

Küresel kamusal mallar, fayda ve zararlı etkileri itibarıyla küresel kötüler ya da iyiler olarak bilinmektedir. Ayrıca özellikleri bakımından kamusal olan fakat etkileri bakımından küresel niteliklere sahip bu malların tanımlandığı çalışmalarda, küresel iyilerin korunması, yaygınlaştırılması ile küresel kötülerin ve küresel zararlara neden olan durumların önlenmesine yönelik faaliyetler birer küresel kamusal mal olarak da ifade edilmektedir (Barış ve Barlas, 2017:134-135). Örneğin, karbondioksit emisyonundaki azalma küresel ısınmayı yavaşlatacaktır. Herhangi bir ülkeyi bundan faydalanmaktan dışlamak imkânsız olacak ve her ülke bir başkasının bunu yapmasını engellemeden fayda sağlayacaktır. Benzer şekilde, çiçek hastalığı veya çocuk felci gibi küresel kapsamdaki bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması, hiçbir ülkenin dışlanmadığı ve tüm ülkelerin başkalarına zarar vermeden yararlanacağı bir fayda sağlamaktadır (Smith, 2003:1).

Bir mala kamusal niteliği veren temel gerekçeler; kamusal malın faydasından kimsenin mahrum bırakılmamasını, dışlanmamasını ifade eden dışlanmazlık ve malın faydasının bölünememesini, tüketimde birbirine rakip olmamasını ifade eden rekabet edilmezliktir. Akdemir ve Karakurt (2017:223), literatürde sağlık hizmetlerinin tam kamusal olduğunu tartışmalı olduğunu ve tam kamusal sağlık hizmetlerine çok az örnek verildiğini ifade ederek sağlık hizmetinin yalnızca o hizmeti kullanan bireye fayda sağlıyorsa tam özel mal niteliğinde, eğer faydası toplum bireyleri arasında eşit paylaşılıyorsa tam kamusal mal örneğinde olacağını savunmuştur. Örneğin

çevre kirliliği ile mücadele, bedava acil sağlık hizmeti ve tüm toplumu hava ile taşınabilen bir hastalıktan korumaya çalışmak tam kamusal sağlık hizmeti iken baş ağrısı için alınan aspirin, tam özel sağlık malına iyi bir örnektir. Dolayısıyla birçok sağlık hizmeti karma niteliktedir. Hem tüketiciler hem de toplumun diğer bireyleri kişinin bu hizmeti tüketmesinden fayda elde etmektedir. Örneğin bir kişinin aşı olmasıyla kişi özel fayda elde eder; diğerlerinin faydası ise hastalığın bulaşıcılığına daha az maruz kalmalarıdır.

Sağlık hizmetlerinin bu gibi karma niteliklere sahip olması bu hizmetlerin birçoğunun piyasadan alınabilen hizmetler olmalarına imkân sağlarken dışsalılık olgusu nedeniyle kamu kesimince üretilmelerini de zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetleri toplumsal veya ekonomik açıdan pozitif dışsalılığı olan hizmetler olarak ifade edilebilir. Çünkü sağlık hizmetlerinden yararlananlar kadar olmasa da yararlanmayanlar da o hizmetten fayda sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri sadece nüfusun hasta kısmını ilgilendiren hizmetleri kapsamamaktadır; tüm toplumu ilgilendirmektedir. Özellikle sağlık hizmetleri alanında bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik elde edilen başarılar ve çabalar dışsalılık örneklerinin başında gelmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinden sadece o hizmeti kullananlar değil aynı zamanda o hizmeti kullanmayanlar da fayda sağlamaktadır.

Sağlık hizmetleri ile ortaya çıkan en önemli dışsalılık, bir bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanması ile ortaya çıkan sosyal faydadır. Salgın veya bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sağlık hizmetlerinin satın alınması, toplumun tamamı için bir fayda sağlayacaktır. İyileştirici tedavilerde dahi, bireyin kendi tedavisi için sağlık hizmeti satın alması, bireyin yakınlarına da fayda sağlayacaktır. Hastalıkların önlenmesindeki bu önemli dışsal fayda, kişisel talebin ve piyasa fiyatının oluşmasında elde edilen marjinal fayda ve toplam faydanın eksik tahmin edilmesine neden olmaktadır. Piyasaya devlet veya kâr amacı gütmeyen kuruluşlar girmediği sürece koruyucu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, fiyatlanması ve üretilmesi eksik olabilmektedir (Çoban, 2009:28). Dolayısıyla pozitif dışsallığa sahip olan sağlık hizmetlerinin, tamamen bireysel fayda-maliyet değerlendirmesine bırakıldığında ortaya çıkan çıktı toplumsal faydayı maksimize edecek düzeyin altında kalması durumuyla karşı karşıya kalılabilmektedir.

Sağlık hizmeti, ulusal ve yerel düzeyde özel faydaları olan, tüketiminde rekabetin olması ve hariç tutulabilme özellikleri nedeniyle piyasa tarafından da üretilen bir hizmettir. Ancak sağlık hizmetinin fiyatı gerçek maliyeti yansıtmaktan çok uzaktır. Sağlık hizmetlerinin taşıdığı toplumsal yarar ve dışsalılık özelliği nedeniyle fiyatıyla gerçek maliyetinin yansıtılması güçtür (Aktan ve Işık, 2007:13). Özel sektörün sosyal faydası yüksek olan bu alanı çok kârlı görmeyeceği için özellikle toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sunucusunun devlet olduğunu söylemek mümkündür (Altay, 2007:36).

Hem yerel düzeyde hem de sınır ötesi etkileriyle önemli dışsallıkları içermesi açısından sağlık hizmeti, küresel kamusal mal niteliği kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu dışsalılıklardan birincisi,

bulaşıcı hastalıkların küresel nitelik taşımasıdır. Bulaşıcı hastalıklar diğer insanları ve ülkeleri etkisi altına alan bir “public bad (kamusal kötü)” olarak tehlikelidir. Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu ikinci dışsallık ise bir kişiyi ya da ülkeyi bulaşıcı hastalıklardan koruyarak yaratılan dışsal faydanın diğer insan ve ülkeler için de riskin azalmasını sağlamasıdır (Mutlu, 2006:58).

Küresel kamusal mal olarak sağlık konusunda en çok üzerinde durulan konu bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesidir. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü açık bir küresel kamusal mal halini almıştır. Bulaşıcı hastalığın kontrolü sağlandığında, en fakir ya da en zengin ülkelerdeki tüm insanlara, bugünkü ve gelecek nesillere fayda sağlayacaktır (Kaul ve Faust, 2001:870). Tüm bu özellikleri itibarıyla da bulaşıcı hastalıkların kontrolü küresel kamusal mal tanımına uymaktadır.

Küresel kamusal mal halini alan bulaşıcı hastalık kontrolünün artan önemi nedeniyle sağlık, dünyanın temel gündemi haline gelmiştir. Seyahat ve ulaşımın küreselleşmesi, küresel kamusal mal olan bulaşıcı hastalıkların hızla yayılmasına neden olmuştur. Tarihi süreçte, kolera, veba, sıtma salgınları, cüzzam, AIDS ve günümüzde COVID-19 pandemisi binlerce insanın ölümüne yol açmıştır. COVID-19 pandemisi, 1918-1920 dönemindeki İspanyol gribinden bu yana görülen en ciddi salgın olarak kabul edilmektedir. 2019 yılının sonunda Çin’de meydana gelen ilk vakanın ardından, 2020 yılının Şubat ayından itibaren birkaç hafta içinde tüm dünyaya yayılmıştır.

COVID-19 küresel bir pandemi haline döndükten sonra ülkeler, sınır kapılarını kapatarak kendilerini diğer ülkelerden izole etmiştir. Ülkeler izolasyon önlemleri neticesinde pandemi ile birlikte üretimde yaşanan kesintinin dünya ekonomisi üzerindeki yıkıcı etkisiyle de karşı karşıya kalmıştır (Baldwin ve Tomiura, 2020:59). Dünya, 1929 Ekonomik Burhanından ve 2008’deki Global Finans Krizinden (mali krizden) bu yana yaşanan en ciddi ekonomik kriz ile karşı karşıya kalmıştır. Küresel çapta sonuçları ve etkileri bulunan bu sağlık krizi, küresel bir ekonomik krize dönüşmüştür. Bulaşıcı hastalıktan kaynaklanan bir sağlık krizinin ekonomik krize dönüşmesi ve COVID-19 pandemisinin küresel ekonomiye etkileri üzerinde durulması küresel mücadele açısından önem arz etmektedir.

Ozili ve Arun (2020:1), COVID-19 pandemisinin ekonomik faaliyetleri baskılamasını iki durumla açıklamaktadır: Birincisi, virüsün yayılmasını önlemede sosyal mesafeyi teşvik etmek; finansal piyasaların, şirketlere ait ofislerin, işletmelerin kapatılmasına ve etkinliklerinin durdurulmasına yol açmıştır. İkincisi, virüsün yayılma hızının artmasıyla birlikte durumun ne kadar kötüleşebileceğine dair artan belirsizlik ve endişe karşısında tüketiciler, yatırımcılar ve uluslararası ticaret ortakları açısından tüketim ve yatırım alanlarında güvensizliğe neden olmuştur. Ekonomistler, süreci farklı isimlerle adlandırsalar da bunun tek başına bir finansal kriz olmadığı, daha karmaşık ve sonuçlarının henüz tam olarak kestirilemediği yeni bir kriz olduğu hususunda hem fıkirdir. Hükümetleri, sosyal izolasyonu sağlayan

politikalar uygulamaya iten bu süreç negatif arz ve talep şoklarının bir arada yaşanmasına neden olmuştur. Salgın, finansal piyasalar yoluyla, likidite sıkıntısı ve kur baskısı olarak da küresel piyasaları etkilemektedir (İmamoğlu, 2020).

Birçok bilim insanı tarafından yapılan değerlendirmelere göre önceden yaşanan krizlerle kıyaslandığında, COVID-19 krizinin ekonomik sonuçları olağanüstüdür. 2008 mali krizinin yarattığı felaketi birçok açıdan aştığı da kabul edilmektedir (Norrlöf, 2020:1293). Eylül 2020 yılı OECD Ekonomik Görünümü Ara Raporunda, ülkelerin büyüme ve üretim seviyesindeki düşüşün nedenlerinin COVID-19 pandemisinin uzun süreli etkisinden kaynaklandığına vurgu yapılmıştır. Rapora göre Çin hariç tüm G20 ülkelerinin 2020 yılında durgunluk yaşayacakları ve büyüme hedeflerine ulaşamayarak küçülecekleri tahmin edilmiştir. Tahmin edildiği gibi 2020 için G20 bölgesinde GSYİH (eksi) %3,3 düşerken yalnızca Çin ve Türkiye büyüme kaydetmiş (sırasıyla %2,3 ve %1,8), Birleşik Krallık en büyük düşüşü yaşamıştır (eksi %9,9) (OECD, 2021a).

OECD'nin 2020 Aralık Ayı Geçici Dönem Ekonomik Görünüm Raporunda ise COVID-19'a karşı aşı ve tedavide ilerlemenin, beklentileri arttırarak belirsizliği azalttığı belirtilmiştir. Rapora göre 2021 Eylül ayında %4,5 olarak açıklanan küresel ekonomideki küçülme tahmini %4,2'ye düşerken 2021 için büyüme tahmini %5'ten %4,2'ye çekilmiştir. 2022 için de %3,7 büyüme öngörülmüştür. COVID-19 karşısında hızlı bir şekilde üretilen aşı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerin küresel ekonomi üzerindeki olumlu etkileri görülmeye devam etmektedir. 2021 yılı Eylül ayındaki OECD Ekonomik Görünümü Ara Raporunda Mayıs 2021 için %5,8 olarak açıklanan küresel ekonomi büyüme tahmini %5,7'ye düşürülürken 2022 yılı için bu rakam %4,4'ten %4,5'e çıkarılmıştır. Ayrıca krizden çıkan ülkelerin farklı sınamalarla karşı karşıya olduğu, ekonomik toparlanmanın her ülkede eşit ölçüde gerçekleşmediği kaydedilmiştir. Raporda ülkeler arasındaki aşılama oranındaki büyük farklılığın ekonomik toparlanmadaki eşitsizliği artırdığı ifade edilmiştir (OECD, 2021a).

Hem küresel salgınla mücadelede hem de salgının yol açtığı ekonomik kriz gibi küresel sorunların çözümünde ülkelerin tek başına (ulusal düzeyde) üstesinden gelmesinin mümkün olmadığı anlaşılmıştır. Bu durumda küresel salgının açığa çıkardığı en önemli olgulardan bir tanesi küresel işbirliği ve dayanışmanın bu krizi aşmak için kritik bir rol oynaması gerektiğidir. Başka bir deyişle, küresel krizi ulusal düzeydeki önlemlerle çözmek imkânsızdır. COVID-19 pandemisi ile küreselleşme arasında yakın ve çok yönlü bir ilişki olduğu açıkça görülmektedir (Coveri vd., 2020:478). COVID-19 pandemisiyle mücadelenin başlangıcında ülkelerin aldığı kapanma önlemleri küreselleşme kavramıyla çelişki oluşturmuştur.

Küreselleşme, endüstriyel ve teknolojik gelişmelerin sonucu olarak toplumsal ilişkilerin kültürel, siyasal ve ekonomik açıdan dünya çapında yaygınlaşması olarak ifade edilmektedir (Gheld vd., 1999:15; Figge ve

Martens, 2014:875). Küreselleşmeyle beraber sınırların ortadan kalktığı, bireylerin, mal ve hizmetler ile sermayenin özgürce hareket ettiği bir dünya düzeninden, COVID-19 ile birlikte sınırların fiziksel olarak kapatıldığı, seyahat imkânlarının ortadan kalktığı, bireylerin evden çıkamadığı, mal, hizmet ve sermayenin mobilitesinin azaldığı dünya çapında özgürce hareket kabiliyetinin sadece COVID-19'a ait olduğu bir dünya düzenine geçilmiştir (Atlı, 2020:54).

1.1. Küresel Kamusal Kavramı Çerçevesinde COVID-19 ile Mücadele

Küresel kamusal mallar, fayda ve zararlarının tüm toplumlara, ülkelere ve nesillere yayıldığı, tüketimde rekabetin ve dışlamanın olmadığı, yoksulluğun azaltılması ve kalkınma amacı çerçevesinde gerekli olan mallardır. Hem özel hem de kamusal mal niteliklerine sahip olan sağlık malı, yarattığı dışsallıklar nedeniyle küresel mal kategorisinde yer almaktadır (Yılmaz ve Yaraşır, 2011:1). Sağlık, özellikle beşerî sermaye kavramının temel unsuru olması nedeniyle toplumsal refah üzerinde de son derece etkilidir.

Sağlık ile toplumsal refah düzeyi arasında, karşılıklı ve doğrudan bir etkileşim bulunmaktadır. Üretim faktörü olarak emeğin niceliksel ve niteliksel olarak üretim sürecindeki etkisi, üretim sürecini ve sonrasında ortaya çıkan değerın toplumsal refaha katkısını doğrudan etkilemektedir. Bununla beraber nüfus ve toplumun sağlık düzeyi, mal ve hizmet üretimindeki değişmelere bağlı olarak toplumsal refah üzerinde dolaylı etkileri de bulunmaktadır. Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkinin en temel noktalarından birini; toplumsal sağlık düzeyinde yaşanan gelişmelerin doğrudan ve dolaylı olarak toplumsal refah üzerinde etkide bulunması oluşturmaktadır (Çoban, 2019:6).

Hem yerel düzeyde hem de sınır ötesi etkileriyle dışsallığı sahip olması bakımından sağlık hizmeti, küresel kamusal mal niteliği kazanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri diğer küresel kamusal mallardaki temel sorunla da karşı karşıyadır. Sağlık için gerekli toplu eylemin uluslararası düzeyde alınmasının en iyi şekilde nasıl sağlanacağı bilinmemektedir (Smith, 2003:1). Ulusal düzeyde sağlığın önemi hükümetler tarafından kabul edilmektedir. Sürdürülebilir ekonomik ve sosyal kalkınmanın sağlanması ile yoksulluğun azaltılması için sağlık önemli bir kaldıraç görevine sahiptir. İhtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine erişim, sağlığı korumak ve iyileştirmek için oldukça önemlidir. Aynı zamanda, sağlık hizmetlerinin maliyeti nedeniyle insanların yoksulluğa itilmekten korunması gerekmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2020).

Küresel kamusal mallar ve kötü kamusal mallar iki temel özelliğe sahiptir: İlk özelliği; küresel kamusal malların mülkiyet ve arz ortaklığının olması nedeniyle bir devletin kamu yararından yararlanmasını sağladıktan sonra başka devletler tarafından yararlanması engellenememektedir. Küresel kamusal malların ikinci özelliği olan dışlamama durumunda ise katkılarına bakılmaksızın hiçbir devletin iyiden (faydadan) yararlanmasının

engellenemeyeceği gibi kötüden (zarardan) etkileneceği anlamına gelmektedir (Norrlöf, 2020:1288).

Küresel kamusal mallar ve kötü kamusal malların ilk özelliği olan mülkiyet ve arz ortaklığının olması nedeniyle bir devletin kamu yararından yararlanmasını sağladıktan sonra başka devletler tarafından yararlanmasını engellemediği durumu, iklim değişikliğini önlemeye yönelik mücadele ile birlikte açıklanmaktadır. Temiz hava, küresel bir kamusal mal olarak düşünüldüğünde bir devletin iyiden yararlanması başka bir devletin yararlanmasına müdahale etmez ve hiçbir devlet temiz havadan yararlanmanın dışında tutulamaz. Bununla birlikte, devletin küresel iklim değişikliğini önleme çabası, en iyi şekilde halkın kötüye gitmesini engelleme çabası olarak anlaşılmaktadır. Örneğin önleyici tedbirler olarak daha düşük veya daha az çıktı için sera gazı emisyonlarının azaltılmasını içermektedir. Küresel iklim değişikliği için önlem almayan devletler ise önleyici çabalardan kaçınarak ekonomiye öncelik vermeyi seçebilmektedirler.

Ekonomik gelişmeyi öncelikli seçen devlet, halkın kamusal kötüye maruz kalmasını engelleyemez. Fakat küresel kamusal kötülükle mücadeledeki başarısızlık, diğer devletlerin daha fazla kamusal kötüye maruz kalmasına yol açmaktadır. Ayrıca küresel kamusal kötüyle mücadele etmeyi seçen devletler, ekonomiyi öncelikli olarak seçen devletle rekabet etmenin maliyetlerine (nispeten daha pahalı üretim gerçekleştirmek gibi) maruz kalmasından dolayı da ekonomik olarak olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Sandler, 1997:11). Küresel kamusal malların mülkiyet ve arz ortaklığının olması nedeniyle bir devletin kamu yararından yararlanmasını sağladıktan sonra başka devletler tarafından yararlanması engellenememesi küresel kamusal kötüyle küresel mücadeleyi önlemektedir. Küresel kamusal kötüyle mücadeleyi seçen devlet daha fazla maliyete katlanmaktadır.

Küresel kamusal malların ikinci özelliği olan dışlamama durumunda ise hiçbir devlet, halkın kötü olmasını önlemeye katılmayan (kamusal zararlar mücadeleye etmeyen) devletlerin zararlarını önleyemez. Herhangi bir dışlama olasılığı olmaksızın bir miktar rekabetin varlığı ise küresel iklim değişikliğinin önlenmesi için uygulamaya katılmayan devletlerin, önlemler uygulayan devletlere çevresel ve ekonomik olarak özgürce davranabileceğini ima etmektedir. Küresel iklim değişikliğinin önlenmesi için uygulamada yer almayan Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gibi büyük devletler (başkalarına zarar verme süreci sonunda kendilerine zarar verseler bile) iklim değişikliğini önleme girişiminden kaynaklanan maliyet yükünün büyük bir bölümünü diğer ülkelere kaydırabilmektedir. Çünkü iklim değişikliğini önleme, bir dereceye kadar rekabeti dışlanamazlıkla birleştirir (Norrlöf, 2020:1289). Küresel kamusal malların mülkiyet ve arz ortaklığının olması benzer şekilde küresel kamusal malların ikinci özelliği olan dışlamama durumunda da küresel kötüyle mücadeleye katkılarına bakılmaksızın bütün devletlerin kötüden (zarardan) etkilenebileceği anlamına gelmekte;

dışlanamama özelliği dolayısıyla devletler küresel kamusal kötüyü mücadeleleyi seçmeyebilmektedir.

Salgın hastalıklarla mücadelede bir ülkenin dahi yetersiz kalması, tüm dünyanın salgın hastalığa maruz kalmasına neden olabilmektedir (Nordhaus, 1999:6). COVID-19 kamuya açık küresel kamusal bir kötü olarak tanımlanabilir, rakip değildir çünkü enfekte olmak başka bir kişinin enfekte olmasını engellememektedir. COVID-19'a karşı bireyler dışlanamamaktadır. Çünkü bir aşının yokluğunda hiç kimsenin enfekte olma olasılığı ortadan kaldırılmamaktadır. İklim değişikliğini önleme mücadelesinde olduğu gibi COVID-19'un olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik uluslararası çaba (mücadele), bir küresel kamusal mal olarak kavramsallaştırabilmektedir. Uluslararası bu mücadele küresel kamusal malların özellikleri açısından değerlendirilmelidir. Küresel kamusal malların ilk özelliğe olan (bu tür malların mülkiyet ve arz ortaklığının olması açısından) COVID-19'a karşı bir miktar rekabet vardır. Örneğin; eşi ve benzeri olması açısından uluslarüstü bir yapı olarak gösterilen Avrupa Birliği gibi siyasi bir bütünleşmede bile COVID-19 pandemisiyle mücadelede üye devletleri birbirlerine sınır kapılarını kapatmıştır. Sınır kapılarını kapatarak ve diğer güvenlik önlemleri yoluyla devletler COVID-19 ile mücadele etmeye çalıştıklarında, üretim ve ticaret düzeylerinde düşüşler meydana gelmektedir. Bu rekabet durumu iklim değişikliğini önleme mücadelesinden farklılık arz etmektedir.

Küresel iklim değişikliğiyle mücadeleden farklı olarak COVID-19'la mücadelenin boyutu, özellikle açık sınırlara ve aynı zamanda serbest ticarete de bağlıdır. Sınırların açık kalması koşulları altında, halkın pandemiden dolayı hastalanmasını önleme çabalarından kaçınılması diğer ülkelerin halklarının da hastalanması sonucuyla karşı karşıya bırakmaktadır. Bununla birlikte hastalığı önleme çabalarından kaçınan ülkelerin pandemiden dolayı kötüleşmelerini azaltma becerisini de olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Sınır kapıları açık bir dünyada devletler, iklim değişikliği örneğinde olduğu gibi COVID-19 pandemisiyle hem halk sağlığı hem de ekonomik rekabetle karşı karşıya kalmaktadır (Norrlöf, 2020:1289). COVID-19 pandemisine karşı mücadeledeki mülkiyet ve arz ortaklığının olması nedeniyle devletlerin ortak küresel mücadelesi engellenmektedir. Çünkü COVID-19 ile küresel mücadeleyi seçen devlet daha fazla maliyete katlanmaktadır.

Ancak küresel kamusal malların ikinci özelliği olan dışlanamazlık durumunda iklim değişikliği örneğinden farklı olarak devletler, sınırları kapatarak birbirlerini halk sağlığı kapsamında dışlayabilmektedir. Uluslararası insan hareketliliğini sınırlama yeteneği, ekonomik rekabet nedeniyle bir dereceye kadar devam etse de halk sağlığında rekabetin olmadığı anlamına gelmektedir. Diğer devletlerin halk sağlığını sağlamak dışında hiçbir üstünlüğü yoktur. Sınırlarını kapatmayan devlet yalnızca diğer devletlerin kısıtlanmış ekonomik faaliyetlerinden serbestçe yararlanma

imkânına sahiptir. Bunun geniş kapsamlı sonuçları vardır. Çünkü hiçbir devlet, başarısız olan kamusal kötüyü önlemeyi dışsallaştırarak diğer devletleri genel olarak daha büyük bir kamusal kötü yüke maruz bırakmamaktadır. Devletler, pandeminin ekonomik yükünü başka devletlere kaydırabilirler, ancak halk sağlığı yükünü başka devletlere kaydıramamaktadır (Norrlöf, 2020:1290). COVID-19, evrensel sağlık kapsayıcılığına olan küresel ihtiyacın olduğunun en iyi örneğidir; çünkü herhangi bir birey ya da ülke dışarıda bırakılırsa tüm dünyanın sağlık güvenliği tehdit altına girmektedir (URL 1). Dolayısıyla halk sağlığı yüküne karşı ortak mücadele kapsamında COVID-19'un olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik uluslararası çaba bir küresel kamusal mal olarak kavramsallaştırılabilmektedir. COVID-19 kamuya açık küresel kamusal bir kötü olarak tanımlandığında bu küresel kötü karşısındaki küresel mücadele kapsamında evrensel sağlık kapsayıcılığının önemi artmaktadır.

2. Evrensel Sağlık Kapsayıcılığının Kavramsal Çerçevesi

Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı (Universal Health Coverage-UHC), gelir, ırk, etnik köken veya bir ülkenin istikrarına bakılmaksızın tüm dünyadaki her erkek, kadın ve çocuğa uygun fiyatlı, yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır. Kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi genişletmenin yanı sıra mali koruma (genellikle sağlık sigortası programları şeklinde) sağlık hizmetleri maliyetleri nedeniyle hiç kimsenin yoksulluğa itilmesini sağlamaya yardımcı olmak da UHC'nin önemli bir ayağını oluşturmaktadır. Ayrıca UHC'yi başarmak, birçok ailenin yükünü hafifleterek dünyanın en savunmasız topluluklarının sağlığını garanti altına alacak ve tüm ulusların sağlık ve istikrarını topluca arttıran ulusal sağlık sistemlerini güçlendirmeye yardımcı olacaktır (Benson, 2017).

UHC ile her bir birey için nerede yaşarsa yaşasın ya da ne kadar para kazanırsa kazansın, yetenekleri ne olursa olsun, ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanma hakkına sahip olması hedeflenmektedir. “Herkesin, her yerde kaliteli ve uygun fiyatlı sağlık hizmetlerine erişimi imkânın olması fikri”, 12 Aralık 2012 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından onaylanan bir karar niteliği taşımaktadır. Bu karar ülkeleri uluslararası kalkınma için temel bir öncelik olarak UHC’ye doğru ilerlemeyi hızlandırmaya çağırılmaktadır. Ayrıca 12 Aralık 2017'deki Birleşmiş Milletlerin, 72/138 sayılı Kararı gereğince 12 Aralık tarihi “Uluslararası Evrensel Sağlık Kapsama Günü” olarak ilan edilmiştir.

Birleşmiş Milletlerin UHC’yi oybirliğiyle onaylamasının yıldönümünün olması açısından “Uluslararası UHC Günü” ile herkesi kapsayan sağlık hareketi için yıllık toplanma noktası olması arzulanmaktadır. Küresel bir eylemin başlaması ve gündeme gelmesi açısından çok paydaşlı, güçlü ve dayanıklı sağlık sistemleri ile UHC ihtiyacı konusunda farkındalık yaratılması amaçlanmaktadır. Her yıl 12 Aralık'ta, UHC savunucuları; günümüzde sağlık hizmeti bekleyen milyonlarca insanın hikâyelerini

paylaşarak dünya liderlerini sağlık alanında daha büyük ve daha akıllı yatırımlar yapmaya davet etmekte ve 2030 yılına kadar dünyayı UHC'ye yaklaştırmaya yardımcı olacak taahhütlerde bulunmaya çağırmaktadır (Birleşmiş Milletler, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından UHC, tüm insanların etkili olmak için yeterli kalitede ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine (önleme, destek, tedavi, rehabilitasyon ve hafifletme dahil) erişiminin sağlanması ve aynı zamanda bu hizmetlerin kullanımının kullanıcıyı finansal risklere maruz bırakmamasını sağlamak olarak tanımlanmaktadır. UHC, tüm insanların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine arzu edilen zaman ve yerde mali zorluk çekmeden erişebilmeleri anlamına gelmekte; sağlığın geliştirilmesinden korunmaya, tedaviye, rehabilitasyona ve palyatif bakıma kadar tüm temel sağlık hizmetlerini içermektedir. Kısaca bir toplumdaki tüm bireylerin finansal güçlük çekmeden kaliteli temel sağlık hizmetlerine erişebilmesi olarak ifade edilmektedir.

Günümüzde dünya nüfusunun en az yarısı ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine erişememekle birlikte sağlık hizmeti almak için cepten¹ yapılan harcamaların karşılanması için her yıl yaklaşık 100 milyon insan aşırı yoksulluğa sürüklenmektedir. Bu sebeple UHC hem birçok ülkenin sağlık reformu için ana hedef hem de Dünya Sağlık Örgütünün öncelikli konusu haline gelmiştir. Örgüt, ülkelerin dünya çapında UHC için sağlık sistemlerini güçlendirmelerine yardımcı olmak amacıyla üye devletler, ortaklar ve diğer önemli aktörlerle birlikte çalışmaktadır. Son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü UHC üzerinde özellikle durmakta ve bu bağlamda ülkelere sağlık sistemlerini geliştirmeleri için çeşitli politikalar önermektedir.

Sağlık güvencesinde tam kapsayıcılık düzeyine erişmek sağlık sistemlerinin de nihai hedefleri arasındadır. Ayrıca bu hedef, Birleşmiş Milletler “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 2015-2030” arasına girmeyi de başarmıştır. Eylül 2015’te gerçekleştirilen Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi’nde dünya liderlerinin üzerinde uzlaştıkları Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemi (2030 Agenda for Sustainable Development), 193 ülkenin imzasıyla kabul edilmiştir. Tüm dünyada kalkınmanın yönünün daha sürdürülebilir bir rotaya evrilmesini öngören 2030 Gündemi kapsamında, toplam on yedi tane “Sürdürülebilir Kalkınma Amacı” tanımlanmıştır (URL 2).

Sağlık, bu amaçlardan birisidir. Sağlık alanında kalkınma, “Herkes için her yaşta sağlıklı bir yaşam sağlamak ve esenliği desteklemek” kapsamında dört ana temada ele alınabilir. İlk tema; anne çocuk sağlığı, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, akıl sağlığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin hedefleri içeren “sağlık programları”dır. İkinci tema, alkol, madde ve tütün bağımlılığının önlenmesi, trafik kazalarından kaynaklanan ölüm ve yaralanmaların azaltılması hedeflerini içeren “önleyici

¹Cepten sağlık harcaması, sağlık hizmeti alanların (hastalar veya hanehalkının) hizmetin sunumunu yapan kişi ya da müesseseye doğrudan kendi cebinden ödeme yapmasıdır (Çelikay ve Gümüş, 2010:188).

programlar"dır. Üçüncü tema "sağlıkta kaynak kullanımı" olup işgücü, yatırımların ve hizmetlerin finansmanı, genel sağlık sigortası ve ilaca erişim hedeflerini içermektedir. Dördüncü tema ise "erken uyarı, risk azaltımı ve küresel sağlık risklerinin yönetimi" ve "çevre sağlığı" ile ilişkilidir (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019:35).

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri; "ulusal olarak uygun sosyal koruma sistemlerinin uygulanmasını ve 2030'a kadar yoksulları ve savunmasızları önemli ölçüde kapsama almayı" gerektirmektedir. Ayrıca Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri "finansal risk koruması, kaliteli temel sağlık hizmetlerine erişim ve herkes için güvenli, etkili, kaliteli ve uygun fiyatlı temel ilaçlara ve aşılarla erişim dahil olmak üzere UHC'ye" ulaşılması çağrısında bulunmaktadır (Kolesar vd., 2020:2). Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarının bir parçası olarak UHC'yi önermektedir.

Kolesar vd.'nin (2020:2) de ifade ettiği üzere, UHC, Dünya Sağlık Örgütü'nün ve Birleşmiş Milletlerin temel önceliklerinden birisi olarak uluslararası gündemde üst sıralarda yer almaktadır. 23 Eylül 2019'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda genel sağlık sigortası üzerine üst düzey bir toplantı yapılmıştır. "Evrensel Sağlık Kapsamı: Daha Sağlıklı Bir Dünya İnşa Etmek İçin Birlikte Hareket Etmek" başlıklı toplantıyla herkes için sağlığı savunmak üzere devlet başkanları, siyasi politika yapıcılar ve sağlık liderleri bir araya getirilmiştir. Birleşmiş Milletler Üst Düzey Toplantısında dünya liderleri tarafından "Evrensel Sağlık Kapsamı: Daha Sağlıklı Bir Dünya İnşa Etmek İçin Birlikte Hareket Etmek" isimli tarihteki en iddialı ve kapsamlı siyasi bildirge onaylanmıştır (URL 3).

UHC2030, ülke paydaşlarına zaman içindeki UHC ilerlemesini ve taahhütlerini değerlendirmeleriyle birlikte kapsayıcı ve katılımcı inceleme süreçlerini beslemeleri için ihtiyaç duydukları gerekli bilgileri sağlamak üzere 2020 yılında "UHC Taahhüdü Durumu" üzerine bir proje başlatmıştır (URL 2). UHC arayışı, kaçınılmaz olarak hükümetlerin ek bütçe kaynakları bulmasını ve dolayısıyla sağlık için mali alanı arttırmasını gerektirmektedir (Yip ve Hafez, 2015:4).

Türkiye için UHC kapsamında yapılanlar 2017 verileriyle Cumhurbaşkanlığına bağlı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından 2019 yılında yayımlanan Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporunda açıklanmıştır. Bu rapora göre Türkiye başta anne ve bebek ölümleri ile bulaşıcı hastalıklarla mücadele olmak üzere birçok hedefte küresel hedef ve ortalamanın oldukça ilerisindedir. Özellikle son 15 yılda çok sayıda gösterge açısından iyi bir performans sergilenmiştir. Diğer taraftan Türkiye'nin 2011 yılından bu yana aldığı göç sonucu özellikle çocuklara yönelik kızamık vb. hastalıkların yeniden gündeme gelmesine ve aşılama kampanyalarında istenilen sonuca ulaşamamasına neden olmuştur. "Sürdürülebilir Kalkınma Amacı" kapsamında öne çıkan başlıca ihtiyaçlar; bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelenin güçlendirilmesi, önleyici sağlık

hizmetleri, nüfus başına düşen sağlık personelinin artırılması, iklim değişikliği başta olmak üzere artan küresel risklerle ilgili çevre sağlığı politikalarının geliştirilmesi, gıda zehirlenmeleri ve gıda kökenli hastalıkların önlenmesine yönelik tedbirlerin artırılmasıdır (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019).

3. Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı Çerçevesinde COVID-19 Pandemisi ile Mücadelede OECD Ülkelerinin Performansının Araştırılması

COVID-19 krizi ile birlikte bireyler için sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ve toplumsal ekonomik refahın temelinin de sağlığa dayandığı anlaşılmıştır. Ayrıca COVID-19 krizi sonrasında zorluklara dayanıklı ve güçlü sağlık sistemini oluşturabilmek için hem UHC hem de “aynı madalyonun diğer yüzü” olan sağlık krizi yönetimi her zamankinden daha fazla hayati önem taşımaya başlamıştır. Ülkeler çeşitli sağlık bakım sistemleri ile beraber COVID-19 pandemisiyle farklı şekillerde mücadele vermiştir (Dongarwar ve Salihu, 2020:1).

Devletlerin COVID-19 pandemisinden kaynaklanan insanların sağlık ihtiyaçlarına yeterli ve kapsamlı yanıt vermedeki güçlükleri, UHC'nin uygulanmasına yönelik uygulamaların artırılmasını teşvik etmiştir (Cabello, 2021:1334). Çünkü COVID 19 pandemisinin net bir biçimde ortaya koyduğu sonuçlardan birisi; Daştan'ın (2020) da ifade ettiği gibi, UHC'nin yalnızca tek tek toplumları ilgilendiren bir konu olmadığı; aynı zamanda küresel bir güvenlik meselesi de olduğudur. Zira Ebola, MERS, kuş gribi ve COVID-19 gibi salgınlara, dirençli ve duyarlı sağlık sistemleri olmadığında ne denli büyük sosyal ve ekonomik etkiye yol açabileceğini ve hiçbir devletin bu küresel tehditlerden izole kalmayacağını insanoğlu yaşayarak deneyimlemiştir.

COVID-19'un etkilerinin küresel olması, küresel çapta işbirliklerini beraberinde gerektirmektedir. Aynı zamanda ulus devletler tarafından ulusal önlemlerin de alınmasını gerektirmektedir. COVID-19 bir pandemi haline döndükten sonra her bir ülke, diğer ülkelere kendini izole etmek için sınır kapılarını kapatarak mücadele etmeye çalışmakta; Mutluer Gündüz ve Bal (2020:382) tarafından da ifade edildiği gibi devletlerin COVID-19 pandemisiyle mücadelesi kapasitelerine, ekonomik düzeylerine ve sağlık kapasitelerine bağlı olarak bulunan çeşitli yol ve yöntemlerle farklılaşmaktadır. Pandeminin ne zaman ve nasıl biteceği hususundaki tartışmalar ülkelerin izledikleri farklı yol ve yöntemlerin sorgulanmasına odaklanmaktadır. COVID-19 pandemisiyle ülkelerin verdikleri mücadelenin verimliliğinin, pandeminin sonuçları üzerinde büyük bir etkisi olabilmektedir (Sherpa, 2020:109). Ülkelerin COVID-19 pandemisiyle mücadeledeki performans (başarılı/başarısızlık) düzeyinin araştırılması literatürde yeni bir kavram olmasına rağmen üzerinde yapılan yoğun çalışmalar neticesinde oldukça geniş bir alan oluşturmaya başlamıştır.

Shirouyehzad vd. (2020), veri zarflama analizi kullanılarak; ülkelerin COVID-19 pandemisine karşı mücadele yönetimlerindeki verimlilik

düzeyini değerlendirmek için 25 Mart 2020 tarihindeki vakaların toplam sayısı ve ölüm vakaları ile ölüm vakalarının sayısını azaltmada ve iyileşen vakaların sayısını artırmada tedavi performansına göre ülkeleri karşılaştırmıştır. Singapur, Belçika ve Vietnam en yüksek verimliliğe sahip ülkeler iken Avrupa ülkeleri arasında en verimli ülkenin Belçika, en az verimli ülkenin İtalya olduğu tespit edilmiştir. Orta Doğu'da İran'ın bulaşma riskini önlemede en etkili ülke olduğu, Mısır'ın ise tıbbi tedavide en etkili olduğu gözlemlenmiştir.

Sherpa (2020), OECD ülkeleri arasında COVID-19 vaka ölüm oranlarının değişkenliğini belirleyen faktörleri tahmin etmek için parametrik olmayan regresyon yöntemi kullanmıştır. Sağlık politikalarının OECD ülkelerindeki COVID-19'un ölüm oranları (vaka ölüm oranları) üzerindeki etkisini tahmin ederken demografik ve ekonomik özellikleri kontrol edildiğinde bir kemer sıkma politikası (sağlık harcaması kesintileri) uygulamasının OECD ülkelerindeki COVID-19'un ölüm oranlarını önemli ölçüde arttırdığı gözlemlenmiştir. COVID-19 pandemisi gibi büyük halk sağlığı krizleriyle başa çıkmak için daha geniş erişilebilirliğe sahip, kamu tarafından finanse edilen güçlü bir sağlık sistemine duyulan ihtiyacın hayati önem taşıdığı vurgulanmıştır.

Bretschger vd. (2020) orta ve yüksek gelirli OECD ülkelerin ölüm oranlarına göre yaptığı regresyon analizinde vakaları ve milyon başına ölüm sayısını açıklamak için çevresel, ekonomik, tıbbi ve politika değişkenleri dahil edildiğinde yerel hava kirliliğinin, obezite oranlarının ve sürü bağışıklığı sağlama stratejisi ile çoğalan enfeksiyon oranlarının OECD ülkelerindeki ölüm oranları üzerinde önemli bir etkisi olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca pandemiden ilk etkilenen ülkeler daha yüksek ölüm oranlarına sahipken; pandemiyle başa çıkmak için deneyim ve tıbbi kapasite yönünde eksikliklerinin olduğu gözlemlenmiştir. 20 Temmuz 2020 tarihi itibarıyla İngiltere, Fransa ve ABD'de COVID-19'un ölüm oranları istikrarlı bir şekilde yükselirken İspanya ve İtalya'da hâlâ çok yüksek ölümler yaşansa da 2020'nin ortalarında eğrileri daha düz hal almıştır. Grafik ve tamamlayıcı istatistiklere göre endişe duyulan ülkelerin başında Şili ve Meksika gelmiştir.

Selamzade ve Özdemir (2020), COVID-19 pandemisiyle mücadelede OECD ülkelerinin etkinlik düzeyini veri zarflama analizi ile araştırmıştır. Analizde girdi değişkenleri olarak; on bin kişi başına doktor, hemşire ve hastane yatak sayısı ve sağlık harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içindeki oranı, çıktı olarak; ülkelerin 24 Nisan 2020 tarihine ait COVID-19 pandemisi verileri, milyon kişi başına test, vaka ve ölüm sayısı ile ele alınmıştır. En yüksek süper etkinlik skorunu Slovakya ve İzlanda alırken İtalya, İspanya, ABD, Büyük Britanya, İrlanda ve Fransa etkinlik skorlarında son sıralarda yer almıştır.

Yiğit (2020), bir milyon kişiye düşen COVID-19 vaka sayısı, bir milyon kişiye düşen COVID-19 ölüm sayısı, COVID-19 ölüm oranı (%), GSYH'den sağlığa ayrılan pay (%), kişi başı cari sağlık harcaması (Amerikan doları),

bin kişiye düşen hekim sayısı, bin kişiye düşen hemşire sayısı ve bin kişiye düşen yatak sayısı değerlendirme kriterleriyle çok kriterli karar verme tekniklerinden TOPPSIS (Technique for Order Preference by Similarity to Ideal Solutions) yöntemi kullanılarak OECD ülkelerinin 20 Mayıs 2020 tarihine ait COVID-19 verileriyle pandemiyle mücadeledeki performansını değerlendirmiştir. COVID-19 pandemisiyle mücadelede en iyi performans puanlarının sırasıyla Slovakya, Letonya, Güney Kore, Yeni Zelanda ve Avustralya'ya ait olduğu; en kötü performans puanlarının sırasıyla Belçika, İspanya, İtalya, İngiltere ve Fransa'ya ait olduğunu tespit edilmiş, Türkiye'nin en iyi performans gösteren ülkeler arasında yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Ülkelerin COVID-19 pandemisiyle mücadelesindeki performans (başarı/başarısızlık) düzeyinin araştırılmasında genellikle “vaka ölüm oranı (case fatality rate-CFR)” baz alınmaktadır (Dongarwar ve Salihu 2020; Lee vd., 2020; Hoffmann ve Wolf, 2021). Lee vd. (2020), Güney Kore'nin UHC uygulamasıyla düşük CFR düzeyini yakalaması bakımından başarılı olduğunu vurgulamıştır. Hoffmann ve Wolf (2021) 20 Avrupa ülkesi, ABD ve Kanada'dan elde edilen verilerle 75 yaşından büyük bireylerin oranı ile ülkeye özgü CFR oranı arasında güçlü bir doğrusal ilişki olduğunu tespit etmiştir. Dongarwar ve Salihu (2020) küresel coğrafi bölgeler (Asya, Afrika, Avustralya (Okyanusyaya ait ülkeler dahil), Avrupa, Kuzey Amerika (Orta Amerika ülkeleri dahil) ve Güney Amerika) ile COVID-19 ölüm oranlarını karşılaştırırken UHC'nin ülkede varlığına (uygulanmasına) veya yokluğuna (uygulanmamasına) dayalı olarak COVID-19 ile ilişkili CFR düzeyindeki farklılıkları değerlendirmiştir. 6 Mayıs 2020 itibarıyla, Avrupa %9,6 ile küresel olarak en yüksek CFR'yi yaşarken bu kıtayı %5,9 CFR oranı ile Kuzey Amerika izlemiştir. Pandemi Asya kökenli olmasına rağmen, Asya kıtası %3,5 CFR ile altı coğrafi bölge arasında sondan ikinci sırada yer almaktadır. Ayrıca UHC uygulayan ülkelere %37,6 ile daha düşük vaka sayısı olmasına rağmen bu ülkelerin CFR'si %10,5 iken UHC uygulamayan ülkelerin CFR'sinin %4,9 olduğu gözlemlenmiştir. UHC'nin varlığının COVID-19 gibi pandemik bir ortamda ölümlere karşı koruma sağlayamadığı tespit edilmiş; pandeminin başlangıcında, UHC'si olan ülkelere vaka ölüm oranının UHC'si olmayan ülkelere göre iki kat fazla olduğu gözlemlenmiştir (sırasıyla %10,5'e karşı %4,9). COVID-19 pandemisinin küresel bir kötü mal olması bağlamında bulaşıcı hastalıklarla küresel eylem gerekliliğinde kullanılabilecek UHC uygulamasının varlığının ya da yokluğunun ülkelerin CFR performansı üzerindeki etkisinin araştırılması önem arz etmektedir.

3.1. UHC Kapsamında COVID-19 Pandemisi ile Mücadelede OECD Ülkelerinin Aşılama Öncesi Performansının Araştırılması

Dongarwar ve Salihu (2020) ülkeler arasında farklılıkları göz ardı ederek ülkeleri küresel coğrafi bölgelere göre sınıflandırmış ve UHC uygulayan ve uygulamayan ülkelerin performansına göre küresel coğrafi bölgeleri değerlendirmiştir. Özellikle benzer özellikteki ülkelerin COVID-19

pandemisiyle mücadelesi kıyaslanmasının daha isabetli öngörülerini sağlaması açısından bu çalışmanın örneklemini olarak OECD ülkeleri seçilmiştir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD), Kuzey ve Güney Amerika'dan Avrupa ve Asya-Pasifik'e kadar uzanan geniş bir coğrafyaya hâkim 37 üye ülkenin oluşturduğu uluslararası bir örgüttür. OECD'ye üye ülkeler hem enerji tüketimi hem de GSYH'si yüksek olan zengin ülkelerdir. Üye ülkeler, dünya ticareti ve yatırımının %80'ine müştereken katkı sağlamakta (OECD, 2021b); ayrıca Dünya Bankası sınıflandırmasına göre araştırmaya dâhil edilen ülkelerin 34'ü yüksek gelir grubunda, Türkiye, Meksika ve Kolombiya ise yüksek-orta gelir grubunda yer almaktadır (Dünya Bankası, 2021).

37 OECD ülkesinden 24'ü UHC uygularken 13'ü UHC uygulamamaktadır (New York State Department of Health, 2021). UHC uygulayan OECD ülkeleri; Avusturalya, Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Fransa, Almanya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, İsrail, İtalya, Japonya, Lüksemburg, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Portekiz, Slovenya, Güney Kore, İspanya, İsveç, İsviçre ve Birleşik Krallık'tır.

Yeni Zelanda UHC uygulayan OECD ülkeleri arasında COVID-19 ile mücadelede en iyi performans gösteren ülkelerin başında gelmektedir. COVID-19 pandemisiyle mücadelede vaka sayısı ve ölüm oranı bakımından en kötü performans gösteren OECD ülkelerinin başında ise Meksika, Kolombiya, Fransa, İtalya, İngiltere, ABD ve Kanada gelmektedir. Abbey vd. (2020:6), Avustralya, Yeni Zelanda, Slovakya, Güney Kore ve Japonya'da bildirilen düşük ölüm oranlarının, kapsamlı testler, hızlı gözetim ve etkili bir şekilde uygulanan karantina ve izolasyon mekanizmaları etkisinin olduğunu ileri sürmüştür. Aşağıdaki Tabloda UHC uygulayan OECD ülkelerinin COVID-19 toplam vaka ve ölüm sayısına yer verilmektedir.

Tablo 1: UHC Uygulayan OECD Ülkelerinin COVID-19 Toplam Vaka ve Ölüm Sayısı

UHC Uygulayan OECD Ülkeleri	Toplam Vaka Sayısı	Toplam Ölüm Sayısı	Ölüm Oranı
Avusturalya	28.350	909	1,87
Almanya	1.682.152	31.408	3,21
Avusturya	355.352	6.059	1,71
Belçika	639.734	19.234	3,01
Birleşik Krallık	2.336.791	71.217	3,05
Danimarka	159.055	1.226	0,77
Fransa	2.619.669	63.235	2,41
Güney Kore	58.725	859	1,46
Hollanda	788.969	11.305	1,43
İrlanda	86.894	2.205	2,54

UHC Uygulayan OECD Ülkeleri	Toplam Vaka Sayısı	Toplam Ölüm Sayısı	Ölüm Oranı
İspanya	1.879.413	50.122	2,67
İsrail	409.338	3.257	0,80
İsveç	428.533	8.484	1,98
İsviçre	438.284	7.362	1,68
İtalya	2.056.277	72.370	3,52
İzlanda	5.736	29	0,51
Japonya	227.415	3.196	1,41
Kanada	560.618	15.202	2,71
Lüksemburg	45.849	487	1,06
Norveç	47.585	429	0,90
Portekiz	396.666	6.677	1,68
Slovenya	117.284	2.631	2,24
Yeni Zelanda	2.151	25	1,16
Yunanistan	135.931	4.672	3,44

Kaynak: Johns Hopkins Coronavirus Resource Center tarafından 29.12.2020 tarihinde yayınlanan veriler kullanılarak oluşturulmuştur.

Tablo 1’de, yer alan mevcut sayılar her geçen gün itibarıyla maalesef katlanarak artış göstermektedir. Aşıların ilk partisinin dağıtımı, Avrupa Birliği ülkelerinde 2020 yılının 26 Aralık tarihinden itibaren başlamıştır (URL 4). 2021’in ilk yarısında birçok ülkede aşı kullanıma sunulmuştur (Tregoning vd., 2021:626). Dolayısıyla aşılanmanın etkisinin tam olarak yaşanmadığı tarihin bir başlangıcı olması açısından 29 Aralık 2020 tarihindeki OECD ülkelerinin COVID-19 toplam vaka ve ölüm sayısına ulaşılmıştır. Tablo 1’deki verilere göre UHC uygulayan diğer OECD ülkelerine kıyasla Fransa, Birleşik Krallık, İtalya, İspanya ve Almanya’nın toplam vaka ve ölüm sayısı daha yüksektir. Ayrıca bu ülkelerin ölüm oranına benzer şekilde Yunanistan, Avusturalya, Belçika, Kanada, İrlanda, Slovenya ve İsveç gibi ülkelerde de ölüm oranı oldukça yüksektir. UHC uygulayan OECD ülkelerinden CFR’si düşük olan ülkeler İzlanda, Danimarka, İsrail ve Norveç’tir. UHC uygulayan diğer OECD ülkelerinden İtalya, Yunanistan, Avusturalya, Birleşik Krallık, Belçika, Kanada, İspanya, İrlanda ve Fransa’nın CFR’si yüksektir.

UHC uygulamayan OECD ülkeleri; ABD, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Kolombiya, Letonya, Litvanya, Macaristan, Meksika, Polonya, Rusya, Slovakya, Şili ve Türkiye’dir. Tablo 2’de UHC uygulamayan OECD ülkelerinin COVID-19 toplam vaka ve ölüm sayısına yer verilmektedir.

Tablo 2: UHC Uygulamayan OECD Ülkelerinin COVID-19 Toplam Vaka ve Ölüm Sayısı

UHC Uygulamayan OECD Ülkeleri	Toplam Vaka Sayısı	Toplam Ölüm Sayısı	Ölüm Oranı
ABD	19.313.314	335.051	1,73
Çek Cumhuriyeti	685.202	11.302	1,65
Estonya	26.283	221	0,84
Kolombiya	1.603.807	42.374	2,64
Letonya	37.676	603	1,60
Litvanya	134.285	1.347	1,00
Macaristan	317.571	9.292	2,93
Meksika	1.389.430	122.855	8,84
Polonya	1.268.634	27.454	2,16
Rusya	3.073.923	55.107	1,79
Slovakya	170.187	1.983	1,17
Şili	603.986	16.488	2,73
Türkiye	2.162.775	20.135	0,93

Kaynak: Johns Hopkins Coronavirus Resource Center tarafından 29.12.2020 tarihinde yayınlanan veriler kullanılarak oluşturulmuştur.

UHC uygulamayan OECD ülkelerinin toplam vaka ve ölüm sayısı bakımından ABD, Kolombiya, Meksika, Polonya ve Rusya ilk sırada yer almaktadır. Bu ülkeler arasında yer alan Rusya ve ABD, vaka ve ölüm sayısı az olan ülkelere benzer ölüm oranına sahiptir. Meksika ölüm oranının yüksekliği açısından diğer ülkelere göre önemli düzeyde farklılaşmaktadır. Türkiye ise ölüm oranının düşük olması bakımından ayrılmaktadır. Ayrıca ölüm oranları açısından Macaristan ve Şili'nin de ölüm oranı yüksektir. UHC uygulamayan OECD ülkelerinin CFR'si düşük olanlar Estonya, Türkiye, Litvanya ve Slovakya'dır. UHC uygulamayan OECD ülkelerinin CFR'si en yüksek olan Meksika'dır.

37 OECD ülkesinin UHC uygulayan ve uygulamayan ülkeler ayrımı yapılmadan CFR veriler, bir arada değerlendirildiğinde; UHC uygulamayan OECD ülkeleri arasında yer alan Meksika en yüksek CFR'si ile örneklemin ortalamasından ayrılmaktadır. UHC uygulamayan diğer OECD ülkeleri arasında yer alan Macaristan, Şili ve Kolombiya dışındaki CFR'si yüksek olan ülkeler; UHC uygulayan İtalya, Yunanistan, Birleşik Krallık, Belçika, İspanya, İrlanda ve Fransa'dır. UHC uygulayan OECD ülkelerinin ortalama CFR oranı 1,97 iken UHC uygulamayan OECD ülkelerinin ortalama CFR oranı 2,31'dir. Fakat UHC uygulamayan OECD ülkeleri arasında yer alan Meksika en yüksek CFR'si ile örneklemin ortalamasından ayrılmaktadır. Meksika'nın CFR oranı çıkartılarak hesaplanan UHC uygulamayan OECD ülkelerinin ortalama CFR oranı ise 1,76'dır. Dolayısıyla CFR'sinin daha yüksek olması bakımından UHC uygulayan OECD ülkelerinin UHC uygulamayan OECD ülkelere göre kısmen daha başarısız olduğu söylenebilmektedir.

CFR'si en düşük olan ülkelerin başında UHC uygulayan OECD ülkeleri İzlanda, Danimarka, İsrail, Lüksemburg ve Yeni Zelanda gelmektedir. CFR'si en düşük ülkelerin başında UHC uygulamayan OECD ülkeleri olan Estonya, Türkiye ve Slovakya bulunmaktadır. Meksika örnekleme dâhil edildiğinde ise CFR'sinin daha düşük olması bakımından UHC uygulayan OECD ülkelerinin UHC uygulamayan OECD ülkelerine göre kısmen daha başarılı olduğu söylenebilmektedir. Dolayısıyla OECD ülkelerinde aşılama öncesinde UHC'nin uygulanmasının veya uygulanmamasının COVID-19 gibi pandemiler karşısında ölümlere karşı koruma sağlayıp sağlamadığı konusunda net bir sonuç (pozitif veya negatif) tespit edilememiştir. Çünkü COVID-19, birçok ülkeye sağlık sistemlerinin uzun süreli bir sağlık krizine dayanamayacağını göstermiştir. İngiltere, İtalya, İspanya ve ABD gibi pek çok ülke, kısmen tasarruf tedbirleri kapsamında, yıllarca süren bütçe kesintileri nedeniyle mücadele etmekte zorlanmıştır. Bu ülkelerin, hastalığın bulaşmasını önlemek için yeterli teşhis testi ve kişisel koruyucu ekipman sağlamakta zorlandığı görülmüştür. Dolayısıyla ülke; sağlık sistemi ne kadar güçlü olursa olsun bir salgın hastalık durumunda oldukça yetersiz kalabilmektedir (Yiğit, 2020:400).

Tüm bu sonuçların yanı sıra mevcut COVID-19 verileri, güçlü çıkarımları engelleyen oldukça önemli eksik bilgiye de sahiptir. Norrlöf (2020:1284-1285) üç temel sorun alanının, ülke değerlendirmelerini ve ülkeler arası karşılaştırmalarını zorlaştırdığını ifade etmektedir: Birinci sorun alanı, ülkelerin veri toplamak için sahip oldukları kaynaklar, raporlama kapasiteleri ve şeffaflık açısından önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Raporlamanın hem doğruluk derecesi hem de samimiyeti ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmektedir.

Ülkeler arasında COVID-19 verilerini karşılaştırmadaki ikinci sorun, vakaların evrenini (tespit edilmeyen COVID-19 pozitif vaka sayısını) bilmediğimiz için yetersiz test sayısı doğal bir önyargı oluşturmaktadır. Dünya nüfusunun çok az bir kısmına test uygulanmıştır. Çoğu ülke, yalnızca ciddi semptomları olan kişileri test edebilecek kaynaklara sahiptir. Ayrıca ülkelerde asemptomatik vakaların olması verilerin doğruluğunun sorgulanmasına yol açmıştır. Şimdiye kadar, çok az devlet tarafından ülke çapında rastgele testler gerçekleştirilmiştir. Büyük ölçekli testler veya rastgele testler olmadan, gerçek vaka sayısını bilmenin de bir yolu yoktur. Evrensel veya rastgele testler olmadan, pandeminin kapsamı veya ölümcüllüğü açısından sonuçlarını bilmek imkânsızdır. Testler rastgele yapılsa bile, test olmayan kaç kişinin COVID-19 nedeniyle öldüğü bilinemeyeceği için kesinleşmiş vaka ölüm oranını tespit etmek de oldukça zordur.

Vaka ölüm oranı ve hastalığın ölümcüllüğü demografik faktörlerden de etkilenebilmektedir. Diğer tüm şartların eşit olduğu varsayılrsa bile daha yaşlı nüfusa sahip ülkelerin daha yüksek vaka ve ölüm oranına sahip olduğu kabul edilmektedir. Bunun nedeni, SARS-CoV-2 ile enfekte yaşlı insanların hem

COVID-19 komplikasyonlarından ölme riskiyle hem de COVID-19'un acil ölüm nedeni olmasa bile daha büyük ölüm riskiyle karşı karşıya kalmasından kaynaklanmaktadır.

Ülkeler arasında COVID-19 verilerini karşılaştırmadaki son sorun ise ülkelerin verdiği bilgilerin farklılık göstermesi nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bazı ülkeler, SARS-CoV-2 ile enfekte olmuş ve vefat etmiş bir kişiyi otomatik olarak COVID-19'dan kaynaklı ölümü olarak saymaktadır; ancak bunun gerçek ölüm nedeni olup olmadığını belirlemek için hiçbir çaba gösterilmemiştir. ABD gibi bazı ülkeler COVID-19'dan kaynaklanan ölüm sayılarını ölüm belgelerine dayandırmaktadır ve bu nedenle ölüm nedeni tedavi eden doktorun veya patoloğun kararına bağlıdır. Bazı ülkeler, özel veya huzurevlerinde değil, sadece hastanelerde meydana gelen COVID-19 kaynaklı ölümlerini rapor etmektedir. Sonuç itibarıyla küresel kötü kamusal mal olan COVID-19 ile ilgili temel sorun, salgınla mücadele için gerekli toplu eylemin uluslararası düzeyde alınmasının en iyi şekilde nasıl sağlanacağını bilinememesidir. Mevcut COVID-19 verileri, güçlü çıkarımları engelleyen oldukça önemli eksik bilgiye sahip olabilirken ülkelerin açıkladığı resmi veriler kullanılarak pandemiyle küresel bir mücadele imkânı oluşabilmektedir.

3.2. UHC Kapsamında COVID-19 Pandemisi ile Mücadelede OECD Ülkelerinin Aşılama Sonrasındaki Performansının Araştırılması

OECD ülkelerinin nüfusa oranlanmış aşılama düzeyi tespit edilirken aşılamanın ilk partisinin, Avrupa Birliği ülkelerinin nüfusuyla orantılı olarak 26 Aralık'tan itibaren dağıtılmaya başlandığı ve 2021'in ilk yarısında birçok ülkede aşının kullanıma sunulduğu göz önüne alınmıştır. Ülkelerin 23.09.2021 tarihinde yayınlanan veriler kullanılarak oluşturulan yeni CFR oranının OECD ülkelerinde nasıl bir değişim izlediği aşağıdaki Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3: Aşılama Sonrasında UHC Uygulayan OECD Ülkelerinin COVID-19 Toplam Vaka ve Ölüm Sayısı

UHC Uygulayan OECD Ülkeleri	Toplam Vaka Sayısı	Toplam Ölüm Sayısı	Ölüm Oranı	Nüfusa Oranla Aşılama Düzeyi
Almanya	4.186.549	93.329	2,23	63,18
Avusturalya	93.943	1.208	1,29	39,49
Avusturya	732.157	10.953	1,50	59,4
Belçika	1.231.523	25.543	2,07	71,75
Birleşik Krallık	7.601.631	136.156	1,79	65,39
Danimarka	357.965	2.642	0,74	74,73
Fransa	7.068.630	117.062	1,66	63,71
Güney Kore	295.132	2.434	0,82	27,15
Hollanda	2.031.090	18.544	0,91	63,82
İrlanda	380.720	5.209	1,37	72,94
İspanya	889.089	16.078	1,81	77,57
İsrail	1.256.600	7.611	0,61	63,77

UHC Uygulayan OECD Ülkeleri	Toplam Vaka Sayısı	Toplam Ölüm Sayısı	Ölüm Oranı	Nüfusa Oranla Aşılama Düzeyi
İsveç	1.149.407	14.821	1,29	63,51
İsviçre	833.385	11.042	1,32	53,7
İtalya	4.649.906	130.551	2,81	66,6
İzlanda	11.632	33	0,28	80,23
Japonya	1.690.981	17.412	1,03	56,11
Kanada	1.602.777	27.644	1,72	69,92
Lüksemburg	77.688	835	1,07	62,94
Norveç	185.700	850	0,46	65,63
Portekiz	1.065.633	17.947	1,68	84,51
Slovenya	288.219	4.526	1,57	47,26
Yeni Zelanda	4.145	27	0,65	35,49
Yunanistan	643.055	14.639	2,28	57,97

Kaynak: Johns Hopkins Coronavirus Resource Center tarafından 23.09.2021 tarihinde yayınlanan veriler kullanılarak oluşturulmuştur. Aşılama oranı Our World in Data tarafından 23.09.2021 tarihinde yayımlanan veriler kullanılarak oluşturulmuştur (URL 5).

Tablo 3'te, 23 Eylül 2021 tarihi itibarıyla UHC uygulayan OECD ülkelerinin COVID-19 toplam vaka ve ölüm sayısı ile nüfusa oranla aşılama düzeyine yer verilmektedir. UHC uygulayan OECD ülkelerinin COVID-19 toplam vaka ve ölüm sayısının oranlanmasıyla oluşturulan CFR'si gösterilmiştir. CFR oranlarına göre UHC uygulayan OECD ülkelerinin CFR'si yüksek olanlar (aşılama öncesinde olduğu gibi) İtalya ve Yunanistan'dır. Bu iki ülkenin CFR oranı hâlâ yüksek bir düzeye sahip olmakla birlikte aşılama sonrasında aslında CFR düzeyinde bir düşüş bulunmaktadır (İtalya -0,71) (Yunanistan -1,16). Avusturalya (-1,92), Birleşik Krallık (-1,26) ve İrlanda'nın (-1,17) CFR düzeyinde ciddi bir düşüş görülmektedir. Portekiz (%84,51) ve İspanya'da (%77,57) aşılama oranı yüksek olmakla birlikte Portekiz (1,68) ve İspanya'nın (1,81) CFR oranı yüksektir. Portekiz aşılama oranında birinci ülkedir. Aşılama öncesi ve sonrasında CFR oranında hiçbir değişiklik olmamıştır. İzlanda'nın (%80,23) aşılama oranı ile aşılama öncesi ve sonrasındaki CFR performansı açısından başarılıdır. OECD ülkelerinden aşılama sonrasında CFR'si düşmeyerek artış gösteren tek UHC uygulayan ülke Almanya'dır.

Tablo 4: Aşılama Sonrasında UHC Uygulamayan OECD Ülkelerinin COVID-19 Toplam Vaka ve Ölüm Sayısı

UHC Uygulamayan OECD Ülkeleri	Toplam Vaka Sayısı	Toplam Ölüm Sayısı	Ölüm Oranı	Nüfusa Oranla Aşılama Düzeyi
ABD	42.680.809	684.428	1,60	54,29
Çek Cumhuriyeti	1.688.457	30.451	1,80	55,24
Estonya	152.429	1.343	0,88	45,1
Kolombiya	4.946.811	126.032	2,55	31,65
Letonya	153.403	2.675	1,74	-

UHC Uygulamayan OECD Ülkeleri	Toplam Vaka Sayısı	Toplam Ölüm Sayısı	Ölüm Oranı	Nüfusa Oranla Aşılama Düzeyi
Litvanya	322.720	4.885	1,51	60,18
Macaristan	820.078	30.151	3,68	58,29
Meksika	3.608.976	274.139	7,60	33,2
Polonya	2.901.674	75.551	2,60	51,17
Rusya	7.269.514	198.644	2,73	28,29
Slovakya	406.760	12.594	3,10	40,97
Şili	1.650.238	37.423	2,27	73,23
Türkiye	6.960.267	62.524	0,90	50,57

Kaynak: Johns Hopkins Coronavirus Resource Center tarafından 23.09.2021 tarihinde yayınlanan veriler kullanılarak oluşturulmuştur. Aşılama oranı Our World in Data tarafından 23.09.2021 tarihinde yayımlanan veriler kullanılarak oluşturulmuştur.

Tablo 4'te, 23 Eylül 2021 tarihi itibarıyla UHC uygulamayan OECD ülkelerinin COVID-19 toplam vaka ve ölüm sayısı ile nüfusa oranı aşılama düzeyine yer verilmektedir. UHC uygulayan OECD ülkelerinin COVID-19 toplam vaka ve ölüm sayısının oranlanmasıyla oluşturulan CFR'si gösterilmiştir. UHC uygulamayan OECD ülkelerinin CFR'si yüksek olanlar (aşılama öncesinde olduğu gibi) Meksika ve Macaristan'dır. Aşılama sonrasında Meksika'nın (-1,24) CFR düzeyinde bir düşüş bulunmaktadır. Fakat Meksika (7,60) CFR oranı bakımından halen en yüksek orana sahip OECD ülkesidir. Ayrıca Meksika (%33,2) aşılama oranı bakımından da düşük bir aşılama düzeyine sahiptir. Macaristan'da (%58,29) aşılama oranına rağmen CFR oranında aşılama sonrasında artış yaşanmıştır (0,75). Slovakya'da (%40,97) düşük aşılama oranıyla CFR oranında aşılama sonrasında artış yaşanmıştır (1,93). UHC uygulamayan OECD ülkelerinin aşılama sonrasında CFR'leri düşmeyerken genellikle artış göstermiştir (Şili'nin -0,46'lük düşüşü hariçtir). Şili (%73,23) aşılama oranıyla en yüksek aşılama düzeyine sahip UHC uygulamayan OECD ülkesidir. Kolombiya (%31,65), ABD (%54,29) ve Türkiye'nin (%50,57) aşılama oranlarıyla CFR oranındaki değişim oldukça azdır (Kolombiya -0,09; ABD -0,13 ve Türkiye -0,03).

Dongarwar ve Salihu (2021), UHC kapsamında olan ülkelerdeki aşılama oranlarını kapsamda olmayan ülkelerle karşılaştırırken; toplam aşı sayısını ülke nüfusuna oranlayarak; 13 Ocak 2021 itibarıyla her bir ülke için erken aşılama oranı hesaplandığında UHC'si olan ülkeler için ortalama erken aşılama oranının %1,55; UHC'si olmayan ülkeler için %0,51 olduğunu tespit etmiştir. UHC kapsamında olan ülkelerin, dünya genelinde sürü bağışıklığı sağlamak için UHC'ye sahip olmayan ülkelere kıyasla daha iyi performans göstereceği öngörülmüştür. Tablo 3 ve 4'teki aşılama oranları UHC uygulayan ve uygulamayan OECD ülkeleri olarak karşılaştırıldığında; UHC uygulayan ülkelerin %61,2 ortalamaya sahipken UHC uygulamayanların %48,52'lik bir ortalamaya sahip olduğu gözlemlenmektedir.

OECD ülkelerinden UHC uygulamayan ülkelerin 2,31 olan ortalama CFR düzeyi aşılama sonrasında 2,54'lük ortalamaya yükselmiştir. UHC uygulamayan OECD ülkeleri arasında yer alan Meksika en yüksek CFR'si ile aşılama sonrasında da örneklemin ortalamasından ayrılmaktadır. Meksika'nın CFR oranı çıkartılarak hesaplanan UHC uygulamayan OECD ülkelerinin aşılama sonrasındaki ortalama CFR oranı 2,11'dir. OECD ülkelerinden UHC uygulayan ülkelerin ise 1,97 olan ortalama CFR düzeyi aşılama sonrasında 1,37'lik ortalamaya düşmüştür. Dolayısıyla pandeminin başlangıcında (ilk yılında) CFR'sinin daha yüksek olması bakımından UHC uygulayan OECD ülkelerinin, UHC uygulamayan OECD ülkelere göre daha başarısız olduğu gözlemlenirken aşılama sonrasında mevcut durum değişim göstermiştir. Aşılama sonrasında CFR'sinin daha düşük olması bakımından UHC uygulayan OECD ülkelerinin, UHC uygulamayan OECD ülkelere göre daha başarılı olduğu tespit edilmiştir. CFR'sinin daha düşük olması bakımından UHC uygulayan OECD ülkelerinin UHC uygulamayan OECD ülkelere göre daha başarılı olduğu söylenebilmektedir.

Sonuç

Çalışmada küresel kamusal mal perspektifinden COVID-19 salgını ile evrensel sağlık kapsayıcılığı arasındaki ilişki teorik açıdan değerlendirilmiştir. Küresel kamusal mal olarak sağlık konusunda en çok üzerinde durulan konu, bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesidir. Bulaşıcı hastalıkların önlenemediği durumda pandemi adı altında küresel çapta olumsuz etkileri olan bir sağlık krizine dönüşmektedir. COVID-19 gibi bulaşıcı hastalıklar küresel kötü bir kamusal durum olarak nitelendirildiğinden küresel bir mücadeleyi gerektirmektedir. Küresel kötü olan COVID-19 ile küresel mücadele kapsamında UHC'nin uygulanması ülkelerin sağlık sistemlerinin geliştirilmesi ve yakınsaması (benzer müdahale alanının oluşması) açısından önem arz etmektedir.

11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü'nün COVID-19'u pandemi ilanı sonrasında ülkelerin COVID-19 pandemisiyle mücadeledeki performansının araştırılması yeni bir araştırma alanı olmasına rağmen araştırma sayısının daha da artması pandemi ile küresel mücadele açısından oldukça önemlidir. Dongarwar ve Salihu (2020), 6 Mayıs 2020 tarihi itibarıyla COVID-19 kaynaklı ölüm oranı verilerini küresel coğrafi bölgelere göre karşılaştırdığında, UHC'nin ülkede uygulanmasının pandemik bir ortamda ölümlere karşı koruma sağlamadığını tespit etmiştir. Bu çalışmada ise benzer ekonomik özelliklere sahip olması bakımından OECD ülkeleri seçilerek 29 Aralık 2020 tarihi itibarıyla COVID-19 pandemisinde gerçekleşen vaka sayısındaki ölüm oranlarını gösteren CFR karşılaştırıldığında UHC'nin ülkede uygulanması veya uygulanmamasına dayalı olarak gösterdiği performansı sorgulanmıştır.

CFR'si en düşük olan ülkelerin başında UHC uygulayan OECD ülkeleri İzlanda, Danimarka ve İsrail gelmektedir. Fakat CFR'sinin daha yüksek

olması bakımından UHC uygulayan OECD ülkelerinin (İtalya, Yunanistan, Birleşik Krallık, Belçika, İspanya, İrlanda ve Fransa), UHC uygulamayan OECD ülkelere (Estonya, Türkiye ve Slovakya) göre daha başarısız olduğu görülmüştür. Dolayısıyla çalışmada aşılama öncesinde CFR'nin düşük ya da yüksek olması bakımından OECD ülkelerinin UHC'nin uygulanmasının veya uygulanmamasının COVID-19 gibi pandemiler karşısında ölümlere karşı koruma sağlayıp sağlamadığı konusunda ülkelerin pozitif veya negatif ayrıştıkları gözlemlenmemiştir. Verilerin kalitesinin/doğruluğunun (vaka evreni ya da tespit edilemeyen COVID-19 vaka sayısı, asemptomatik vakaların varlığı ve COVID-19'dan kaynaklı ölüm sayılarındaki belirsizlik vb. durumlar) bu sonuç üzerindeki etkisinin de göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Çünkü COVID-19'a ilişkin verileri oluşturan raporların hem doğruluk derecesi hem de samimiyeti ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmektedir.

Pandeminin başlangıcında (ilk yılında) CFR'sinin daha yüksek olması bakımından UHC uygulayan OECD ülkelerinin, UHC uygulamayan OECD ülkelere göre daha başarısız oldukları gözlemlenirken aşılama sonrasında CFR'sinin daha düşük olması bakımından UHC uygulayan OECD ülkelerinin, UHC uygulamayan OECD ülkelere göre daha başarılı olduğu tespit edilmiştir. CFR'si daha düşük olması bakımından UHC uygulayan OECD ülkelerinin UHC uygulamayan OECD ülkelere göre daha başarılı olduğu görülmüştür. Dolayısıyla çalışmada aşılama sonrasında CFR'nin düşük ya da yüksek olması bakımından OECD ülkelerinin UHC'nin uygulanmasının veya uygulanmamasının COVID-19 gibi pandemiler karşısında ölümlere karşı koruma sağlayabileceği söylenebilmektedir. Küresel kamusal mal olarak sağlığın dünya üzerindeki her bir birey için bir hak olup COVID-19 ile mücadelede aşılardan adil bir şekilde tüm insanlığa sunulması önem arz etmektedir. Çünkü UHC kapsamında olmayan ve ücretsiz aşılama imkânı sağlamayan birçok ülkenin sağlık sisteminin uzun süreli bir sağlık krizine dayanamayacağı öngörülmektedir.

Türkiye ve Estonya gibi UHC kapsamında olmamakla birlikte sağlık sistemi güçlü OECD ülkeleri de bulunmaktadır. Fakat COVID-19 gibi pandemilerle mücadelede ülkelerin tek başına hareket etmesi yeterli olmamaktadır. Bu durum pandemi süreci devam etmesine neden olarak hem şimdiki hem de gelecek nesillere kadar uzanacak negatif etkilere yol açmaktadır. Çalışmada yapılan analizlerde küresel kamusal bir mal olarak pandemi ile mücadele araçlarının küresel boyutta kullanılması noktasında eşitsizliklerin olduğu ve bu bağlamda pandemi ile etkin mücadele edilemediği ve küresel kamusal mal kavramının içeriğinin kapsamına uygun olmayan tutumların sergilenmesi neticesinde de negatif sonuçların yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Pandeminin devam ettiği göz önüne alındığında tüm dünya ülkeleri, vaka sayısının katlanarak arttığı gerçeğiyle karşı karşıyadır. Verilerin kalitesi sorgulanmaya devam etmekle birlikte salgının bitmesiyle vaka ve ölüm

sayılarının netleşmesi söz konusu olabilmektedir. Ülkelerin UHC'nin varlığı veya yokluğuna dayalı olarak gösterdikleri farklılıklarının nihai verilerle bir kez daha araştırılması gerekmektedir. Çünkü belirsizliğin azalmasıyla COVID-19 karşısında hızlı bir şekilde üretilen aşı ve tedavi yöntemindeki gelişmelerin küresel ekonomi üzerindeki olumlu etkilerinin görülmesi açısından UHC uygulaması kapsamında ücretsiz bir şekilde aşılamanın hem ülke içindeki hem küresel düzeydeki pozitif dışsallığı sağlayarak küresel kamusal mal olan sağlık için önem arz etmektedir.

Kaynakça

- Abbey, E., Khalifa, B., Oduwale, M. vd. (2020), "The Global Health Security Index is Not Predictive of Coronavirus Pandemic Responses Among Organization for Economic Cooperation and Development Countries", *PloS One*, 15(10), <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239398#pone.0239398.ref006> (Erişim Tarihi: 25.08.2021)
- Akdemir, T. ve Karakurt, B. (2017), Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü ve Özel Sağlık Kurumlarını Düzenleyici Görevler, http://www.maliyesempozyumu.org/wp-content/uploads/2017/10/MaliyeSempozyumu_24_221_260.pdf (Erişim Tarihi: 15.07.2021)
- Aktan, C.C. ve Işık, A.K. (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdfaktan/sunum-alternatif.pdf> (Erişim Tarihi: 15.08.2019)
- Altay, A. (2007), "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Atlı, A. (2020), *Küreselleşme, ABD-Çin Rekabeti*, Türkiye Cumhuriyeti Dışişleri Bakanlığı Stratejik Araştırmalar Merkezi, Covid-19 Sonrası Küresel Sistem: Eski Sorunlar Yeni Trendler, Sam Yayınları.
- Baldwin, R. ve Tomiura, E. (2020), Thinking Ahead about the Trade Impact of COVID-19, Economics in the Time of COVID-19, VOX CEPR Policy Portal, 59-71.
- Barış, A. ve Barlas, E. (2017), "Kamu Maliyesi Teorisinde Küresel Kamusal Mallar", *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 12(1), 129-152.
- Benson, N. (2017), From Poverty to Prosperity, Why Universal Health Coverage is a Must, <https://unfoundation.org/blog/post/poverty-prosperity-universal-health-coverage-must/> (Erişim Tarihi: 27.09.2021)
- Birleşmiş Milletler (2020) International Universal Health Coverage Day 12 December, United Nations, <https://www.un.org/en/observances/universal-health-coverage-day> (Erişim Tarihi: 20.11.2020)
- Bretschger, L., Grieg, E., Welfens, P.J.J. ve Xiong, T. (2020), "COVID-19 Infections and Fatalities Developments: Empirical Evidence for OECD Countries and Newly Industrialized Economies", *Int Econ Econ Policy*,

- 17, 801-847, <https://doi.org/10.1007/s10368-020-00487-x> (Erişim Tarihi: 15.08.2021)
- Gheld, D., Mcg Rew A., Goldblatt D. ve Perraton, J. (1999), *Global Transformations: Politics, Economics and Culture*, Stanford University Press, Stanford.
- Cabello, A.L. (2021), “Pandemic Momentum for Health Systems Financialisation: Under the Cloaks of Universal Health Coverage”, *Global Public Health*, 16(8-9), 1334-1345, DOI:10.1080/17441692.2021.1919736
- Coveri, A., Cozza, C., Nascia, L. ve Zanfei, A. (2020), “Supply Chain Contagion and the Role of Industrial Policy”, *Journal of Industrial and Business Economics*, 47, 467-482. <https://doi.org/10.1007/s40812-020-00167-6>
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Çoban, H. (2009), Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, İzmir
- Daştan, İ. (2020), Sağlık Sistemleri Salgından Nasıl Bir Ders Çıkarmalı?, *Fikirturu*, <https://fikirturu.com/saglik/saglik-sistemleri-salgindan-nasil-bir-ders-cikarmali/> (Erişim Tarihi: 27.08.2020)
- Demirci, Z. ve Acar, İ. (2020), “Küresel Kamusal Mal Çerçevesinde Mültecî Koruması”, *Maliye Dergisi*, Sayı:177.
- Dongarwar, D. ve Salihu, H.M. (2020), “COVID-19 Pandemic: Marked Global Disparities in Fatalities According to Geographic Location and Universal Health Care”, *Int J MCH AIDS*, 9, 213-6.
- Dongarwar, D. ve Salihu, H.M. (2021), “COVID-19 Vaccination Rates by Global Universal Health Care Coverage Status”, *International Journal of Translational Medical Research and Public Health*, 5(1), 33-36, <https://doi.org/10.21106/ijtmrph.328> (Erişim Tarihi: 14.08.2021)
- Dünya Bankası (2021), The World Bank Data, <https://data.worldbank.org/country/turkey?view=chart> (Erişim Tarihi: 20.09.2021)
- Dünya Sağlık Örgütü (2021), WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, World Health Organization https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAiAxKv_BRBdEiwAyd40N0bnAGE6913BDAuHGtMCW_HH2hZIEBKTeK0z-sAFpsxBI9b0pjQaTxoCs08QAvD_BwE (Erişim Tarihi: 23.09.2021)
- Figge, L. ve Martens, P. (2014), “Globalisation Continues: The Maastricht Globalisation Index Revisited and Updated”, *Globalizations*, 7731, 1-19.
- Goniewicz, K., Khorram-Manesch, A., Hertelendy, A.J., Goniewicz, M., Katarzyna, N. ve Burkle, Jr.F.M. (2020), “Current Response and Management Decision of the European Union to the COVID-19

- Outbreak: A Review.” *Sustainability* 12(9), 3838 (1-12), doi:10.3390/su12093838
- Hoffmann, C. ve Wolf, E. (2021), “Older Age Groups And Country-Specific Case Fatality Rates of COVID-19 in Europe, USA and Canada”, *Infection*, 49, 111-116. <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01538-w> (Erişim Tarihi: 15.09.2021)
- İmamoğlu, Z. (2020), “Türkiye’de Ekonomik Görünüm”, TÜSİAD, Bilgi Notu.
- Jiwani, S. (2015), 3 Reasons to Support Universal Health Coverage, <https://unfoundation.org/blog/post/3-reasons-to-support-universal-health-coverage/> (Erişim Tarihi: 27.09.2020)
- Kaul, I. ve Faust, M. (2001), Global Public Good and Health: Taking the Agenda Forward, *Bulletin of the World Health Organization* 79, 869-874. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/268416/PMC2566642.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Erişim Tarihi: 15.08.2021)
- Kolesar, R.J., Pheakdey, S., Jacobs, B. ve Phayb, S. (2020), “Decision Time: Cost Estimations and Policy Implications to Advance Universal Health Coverage in Cambodia”, *Journal of Policy Modeling*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0161893820300892#bib0355> (Erişim Tarihi: 14.09.2021)
- Lee, H., Lee, J., Jung H. ve Lee, J.Y. (2020), Power of Universal Health Coverage in Era of COVID-19: A Nationwide Observational Study, *Lancet Reg Health West Pac.* <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2020.100088> (Erişim Tarihi: 15.08.2021)
- Mutlu, A. (2006), “Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları”, *Maliye Dergisi*, Sayı:150, 53-78.
- Mutluer Gündüz, F. ve Bal, N. (2020), "Yeni Koronavirüs (Kovid-19) Pandemisiyle Mücadelede Türkiye Devletinin İzlediği Stratejik İletişim", *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 35, 382-421, doi:10.14520/adyusbd.756343
- New York State Department of Health (2021), Foreign Countries with Universal Health Care. https://www.health.ny.gov/regulations/hcra/univ_hlth_care.htm (Erişim Tarihi: 13.01.2021)
- Nordhaus, W.D. (1999), “Global Public Goods and the Problem of Global Warming”, IDEI, http://idei.fr/doc/conf/annual/paper_1999.pdf (Erişim Tarihi: 08.09.2021)
- Norrlöf, C. (2020), Is COVID-19 the End of US Hegemony? Public Bads, Leadership Failures and Monetary Hegemony, *International Affairs*, 96, 5(1), 1281-1303, <https://doi.org/10.1093/ia/iiaa134> (Erişim Tarihi: 10.08.2021)
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2021a), A Brighter Outlook But Recovery will Be Gradual, <https://www.oecd.org/economic-outlook/> (Erişim Tarihi: 25.09.2021)

- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2021b), History, <https://www.oecd.org/about/structure/> (Erişim Tarihi: 14.09.2021)
- Ozili, P.K. ve Arun, T. (2020), Spillover of COVID-19: Impact on the Global Economy, SSRN 3562570.
- Özalp, B. ve Seremet Kürklü, N. (2020), "Obezite ve COVID-19", *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 211-214.
- Sandler, T. (1997), *Global Challenges: An Approach to Environmental, Political and Economic Problems*, Cambridge and New York: Cambridge University Press.
- Selamzade, F. ve Özdemir, Y. (2020), "COVID-19'a Karşı OECD Ülkelerinin Etkinliğinin VZA ile Değerlendirilmesi", *Turkish Studies*, 15(4), 977-991. <https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.43718> (Erişim Tarihi: 11.08.2021)
- Sertdemir, A. (2020), "Türkiye'nin Koronavirüsle Mücadele Performansı Üzerine Bir Değerlendirme", *Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 15-26.
- Sherpa, D. (2020), Estimating Impact of Austerity Policies in COVID-19 Fatality Rates: Examining the Dynamics of Economic Policy and Case Fatality Rates (CFR) of COVID-19 in OECD Countries", January 2020, SSRN Electronic Journal, doi:10.2139/ssrn.3581274
- Shirouyehzad, H., Jouzdani, J. ve Karimvand, M. (2020), Fight Against COVID-19: A Global Efficiency Evaluation Based on Contagion Control and Medical Treatment, *J. Appl. Res. Ind. Eng.* 7(1), 13-24
- Smith, R.D. (2003), "Global Public Goods and Health, Bulletin of the World Health Organization, 81(7),
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2019), Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu, https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Degerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf (Erişim Tarihi: 19.08.2021)
- Tregoning, J.S., Flight, K.E., Higham, S.L. ve Wang, Z. (2021), Progress of the COVID-19 Vaccine Effort: Viruses, Vaccines and Variants Versus Efficacy, Effectiveness and Escape. *Nat Rev Immunol* 21, 626-636, <https://doi.org/10.1038/s41577-021-00592-1> (Erişim Tarihi: 26.08.2021)
- URL 1 (2021), In the COVID-19 Era, Healthcare Should be Universal and Free. <https://www.chathamhouse.org/expert/comment/covid-19-era-healthcare-should-be-universal-and-free> (Erişim Tarihi: 29.08.2021)
- URL 2 (2021), Health Systems: Universal Health Coverage, https://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/ (Erişim Tarihi: 14.05.2021)
- URL 3 (2020), UHC Data Portal, <https://www.uhc2030.org/what-we-do/knowledge-and-networks/uhc-data-portal/> (Erişim Tarihi: 29.08.2021)

- URL 4 (2021), “European Union”, https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans_en (Erişim Tarihi: 03.09.2021)
- URL 5 (2021), “Coronavirus (COVID-19) Vaccinations”, <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (Erişim Tarihi: 03.09.2021)
- Yılmaz, B.E. ve Yaraşır, S. (2011), Bir Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık ve Finansmanında Resmi Kalkınma Yardımlarının Rolü, Maliye Araştırma Merkezi Konferansları, 55. Seri 1-33.
- Yiğit, A. (2020), “OECD Ülkelerinin Covid 19 Pandemisi ile Mücadele Performansı: Kesitsel Bir Araştırma”, *Journal of Current Researches on Social Sciences*, 10(2), 399-416. Doi:10.26579/jocress.372.
- Yip, W. ve Hafez, R. (2015), Improving Health System Efficiency: Reforms for Improving the Efficiency of Health Systems: Lessons from 10 Country Case Studies, World Health Organization, Geneva, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/185989/WHO_HIS_HGF_SR_15.1_eng.pdf (Erişim Tarihi: 15.08.2021)