



ANKARA  
HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

# KÜRESEL KAMUSAL MAL OLARAK SAĞLIK VE SOSYAL KORUMA POLİTİKALARININ SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİ TEMELİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ VE POLİTİKA ÖNERİLERİ

## Doktora Tezi

Erman Eroğlu

Maliye Programı Anabilim Dalı  
Ankara, 2025

**Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık ve Sosyal Koruma Politikalarının Sosyal Güvenlik Sistemleri Temelinde Değerlendirilmesi ve Politika Önerileri**

**Erman EROĞLU**

**Tez Danışmanı Prof. Dr. Eren ÇAŞKURLU**

**Tez Jürisi**

**Prof. Dr. Eren ÇAŞKURLU**

**Prof. Dr. Elif PÜRSÜNLERLİ ÇAKAR**

**Dr. Öğr. Üyesi Haydar Lütfü EJDER**

**Doç. Dr. Gökçe MARAŞ**

**Doç. Dr. İsmail ENGİN**

**DOKTORA TEZİ**

**MALİYE ANABİLİM DALI**

**MALİYE BİLİM DALI**

**Ankara - 2025**

## ETİK BEYAN

Bu tezi, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Tez ve Proje Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırladığımı; tezin tamamında akademik kurallara ve etik ilkelere uyduğumu ifade ederim. Yararlandığım eserlerin tamamını metin içinde referanslandığımı ve kaynakçada kılavuzda tanımlanan şekilde yer verdiğimi, haricindeki ifadelerin bana ait olduğunu, herhangi bir kaynaktan kopyalama yapmadığımı ya da yapay zeka aracılığı ile üretilmiş ifadelere metinde yer vermediğimi beyan ederim. Herhangi bir zamanda bu beyanıma uygun olmayan bir durumun tespit edilmesi halinde, aleyhime doğacak bütün hak kayıpları dahil tüm hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

Erman EROĞLU

19.06.2025

## ONAY

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Maliye Doktora Programı öğrencisi Erman EROĞLU tarafından hazırlanan KÜRESEL KAMUSAL MAL OLARAK SAĞLIK VE SOSYAL KORUMA POLİTİKALARININ SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİ TEMELİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ VE POLİTİKA ÖNERİLERİ Başlıklı tez çalışması 19/06/2025 tarih ve 15.00 saatinde yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile DOKTORA TEZİ olarak KABUL edilmiştir.

Başkan (Unvan/Ad-Soyad/Kurum):

Prof. Dr. Elif PÜRSÜNLERLİ ÇAKAR/Kırıkkale Üniversitesi

Kabul Ret

☒ ☐

Üye (Unvan/Ad-Soyad/Kurum):

Prof. Dr. Eren ÇAŞKURLU/Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

☒ ☐

Üye (Unvan/Ad-Soyad/Kurum):

Dr. Öğr. Üyesi Haydar Lütfü EJDER/Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

☒ ☐

Üye (Unvan/Ad-Soyad/Kurum):

Doç. Dr. İsmail ENGİN/Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

☒ ☐

Üye (Unvan/Ad-Soyad/Kurum):

Doç. Dr. Gökçe MARAŞ/Erciyes Üniversitesi

☒ ☐

# **Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık ve Sosyal Koruma Politikalarının Sosyal Güvenlik Sistemleri Temelinde Değerlendirilmesi ve Politika Önerileri**

**Erman EROĞLU**

**Doktora Tezi**

**Danışman: Prof. Dr. Eren ÇAŞKURLU**

**T.C. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü**

**Maliye Anabilim Dalı**

**2025, Ankara**

## **ÖZET**

Bu tez çalışmasında, temel sağlık ve sosyal korumaya yönelik politikalar küresel kamusal mal olarak kabul edilerek ele alınmakta ve dünya genelinde tüm bireylerin bu hizmetlere erişimini güvence altına alabilmek amacıyla ulusüstü bir kuruluş önerisi sunulması amaçlanmaktadır. Bu çerçevede, kamusal mallar teorisi, piyasa başarısızlıkları, insan hakları perspektifi ve küresel ölçekteki adaletsiz dağılım ekseninde, temel sağlık ve sosyal korumanın küresel kamusal mal nitelikleri tartışılmaktadır. Özellikle küreselleşmenin hız kazanması, pandemi risklerinin artması, bölgesel çatışmaların şiddetlenmesi ve göç hareketlerindeki küresel artış gibi faktörler bu hizmetlerin yalnızca ulusal sınırlar dahilinde değil; küresel düzeyde iş birliği ve eşgüdüm çerçevesinde değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle çalışmada temel sağlık ve sosyal koruma arasındaki bağlantı, gelir düzeyi ve sağlık ilişkisi üzerinden ifade edilmektedir. Bu nedenle temel sağlık ve sosyal korumanın birbirini tamamlayan ve bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca mevcut küresel sistemin daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü, Birleşmiş Milletler ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların faaliyetleri incelenmektedir. Bu doğrultuda tez çalışmasında sunulan ulusüstü kuruluş önerisi kapsamında, kuruluşun idari yapılanması ve finansman mekanizması açıklanmaktadır. Finansman yapısı ise, temel sağlık ve sosyal korumaya yönelik mali alan oluşturulması, küresel sağlık vergisi ve temel sağlık ve sosyal korumaya yönelik küresel fon seçenekleri üzerinden açıklanmaktadır. Son olarak önerilen kuruluşun bu amaçları gerçekleştirebilmesi ve etkinliğinin artırılabilmesi adına iyi yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması gerektiği tartışılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Küresel kamusal mal, temel sağlık politikaları, sosyal koruma, küresel sağlık vergisi, mali alan, küresel fon.

# **Evaluation of Health and Social Protection Policies As Global Public Goods Based On Social Security Systems and Policy Recommendations**

**Erman EROĞLU**

**Doctoral Thesis**

**Supervisor: Prof. Dr. Eren ÇAŞKURLU**  
**Ankara Hacı Bayram Veli University, Institute of Graduate Programs**  
**Department of Finance**  
**2025, Ankara**

## **ABSTRACT**

This thesis addresses primary healthcare and social protection policies by referring to them as global public goods. It aims to propose a supranational organisation to ensure access to these services for all individuals worldwide. In this scope, the global public goods characteristics of primary health care and social protection are discussed based on public goods theory, market failures, human rights perspective, and inequitable distribution on a global scale. Due to factors such as the acceleration of globalisation, the increase in pandemic risks, the intensification of regional conflicts, and the global increase in migration movements, these services need to be evaluated within national borders and the framework of cooperation and coordination at the global level. Therefore, the link between primary health care and social protection is expressed through the relationship between income level and health. It is emphasised that these services complement each other and should be evaluated holistically. Additionally, the operations of international organisations such as the World Health Organization, the International Labour Organisation, the United Nations, and the World Bank are examined to gain a better understanding of the current global system. In this respect, the study explains the proposed supranational organisation's administrative structure and financing mechanism. The financing structure is presented by creating a fiscal space for primary health and social protection, a global health tax, and a global fund. Finally, it is discussed that the proposed organisation should be structured according to the governance principles to achieve these objectives and increase its effectiveness.

**Keywords:** Global public goods, primary health policies, social protection, global health tax, fiscal space, global fund.

## TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden bu yana örnek aldığım; doktora sürecimin her aşamasında bana destek olan, yol gösteren, yardımlarını esirgemeyen ve yoluma ışık tutan kıymetli tez danışmanım Prof. Dr. Eren ÇAŞKURLU'ya en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez çalışmamı bilgi birikimleri ile yönlendiren hocalarım Prof. Dr. Elif PÜRSÜNLERLİ ÇAKAR'a ve Dr. Öğr. Üyesi Haydar Lütfü EJDER'e saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimimden itibaren desteğini ve emeğini hiçbir zaman üzerimden esirgemeyen; varlığını her daim yanımda hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Gökçe MARAŞ'a saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmama önerileri ile katkı sağlayan ve değer katan değerli hocam Doç. Dr. İsmail Engin'e saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Lisans öğrenimimden bugüne kadar bilgi birikimleriyle bana her zaman yardımcı olan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Mustafa DURMUŞ, Prof. Dr. Osman Fatih SARAÇOĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi Nilgün AKÇA'ya saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Akademiye çok yakışan; azmi, çalışkanlığı ve başarıları ile her zaman gurur duyduğum ve lisede aynı sıraları paylaştığımız canım dostum Dr. Öğr. Üyesi Fatma DURSUN ERGEZEN'e içten teşekkür ederim.

Doktora sürecim boyunca birlikte yol aldığım ve her zaman destek olan değerli arkadaşım Dr. Ayşegül BİLGİÇ ULUN'a çok teşekkür ederim.

Bugünlere ulaşmamda üzerimde büyük emeği olan, bana kalem tutmayı öğreten; ilk öğretmenim, sevgili annem Günay EROĞLU'na; Maliye bilimi ile beni tanıştıran, bana disiplinli ve adaletli olmayı öğreten kıymetli babam, emekli vergi dairesi müdürü Necati EROĞLU'na ve çalışkanlığı, zekâsı ve kişiliği ile her zaman bana örnek olan canım abim Nefrolog Doç. Dr. Eray EROĞLU'na sonsuz teşekkür ederim.

Son olarak, her aşamada desteğini ve varlığını yanımda hissettiğim, sabrı ve hoşgörüsü ile bana güç veren sevgili Caner Buluşu'ya ve dostlarıma çok teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

### Sayfa

|                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Özet .....                                                                                                   | iv  |
| Abstract .....                                                                                               | v   |
| Teşekkür .....                                                                                               | vi  |
| İçindekiler.....                                                                                             | vii |
| Tablolar Listesi.....                                                                                        | ix  |
| Şekiller Listesi.....                                                                                        | x   |
| Kısaltmalar Dizini .....                                                                                     | xi  |
| 1. GİRİŞ .....                                                                                               | 1   |
| 2. SAĞLIK POLİTİKALARININ KÜRESEL KAMUSAL MAL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ.....                                  | 5   |
| 2.1. Kamusal Mallar Teorisi Bağlamında Sağlık Politikaları.....                                              | 5   |
| 2.2. Sağlık Politikalarının Küresel Kamusal Mal Olarak Değerlendirilme Gerekçeleri.....                      | 9   |
| 2.2.1. Dışlanamazlık Özelliği.....                                                                           | 10  |
| 2.2.2. Sunum Eksikliği .....                                                                                 | 11  |
| 2.2.3. Faydanın Bölünmezliği .....                                                                           | 13  |
| 2.2.4. Kolektif Tüketim .....                                                                                | 14  |
| 2.2.5. Küresel Olarak Adaletsiz Dağılımı .....                                                               | 15  |
| 2.2.6. Dışsallıklar .....                                                                                    | 18  |
| 2.3. Sağlık Politikalarının Küresel Kamusal Mal Olarak Değerlendirilmesi .....                               | 20  |
| 3. SAĞLIK POLİTİKALARI VE SOSYAL KORUMA BAĞLANTISININ KÜRESEL DÜZEYDE ELE ALINMASI .....                     | 35  |
| 3.1. Gelir Düzeyi ve Sağlık İlişkisi .....                                                                   | 35  |
| 3.1.1. Gelir Düzeyi ile Sağlık İlişkisine Yönelik Literatür .....                                            | 35  |
| 3.1.2. Gelir - Sağlık İlişkisinin Küresel Yansıması.....                                                     | 46  |
| 3.1.3. Evrensel Temel Gelir Uygulamasının Sağlık Üzerindeki Etkisi.....                                      | 54  |
| 3.1.4. Sosyal Koruma ve Sağlık Bağlantısı.....                                                               | 69  |
| 3.2. Sosyal Korumanın Küresel Boyutta Ele Alınmasının Gerekliliği Üzerine Düşünceler....                     | 77  |
| 3.2.1. Küreselleşme Sürecinin Sosyal Korumaya Etkisi.....                                                    | 77  |
| 3.2.2. Sosyal Korumanın Küresel Kamusal Mal Olarak Ele Alınmasının Gerekçeleri .....                         | 86  |
| 3.2.3. Göç, Sağlık ve Sosyal Koruma .....                                                                    | 98  |
| 3.3. Sağlık ve Sosyal Koruma Temelinde Uluslararası Kuruluşların, Devletlerin ve İşbirliklerinin Önemi ..... | 105 |

|                                                                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.3.1. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Çalışmaları .....                                                                                                   | 106 |
| 3.3.2. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nun Çalışmaları .....                                                                                           | 115 |
| 3.3.3. Birleşmiş Milletler (BM)'in Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA)<br>Kapsamında Sağlık ve Sosyal Korumanın Konumu ve Önemi .....                 | 121 |
| 3.3.4. Dünya Bankası (DB)'nin Çalışmaları .....                                                                                                          | 127 |
| 3.3.5. DB ve DSÖ'nün Küresel Sağlık Yönetişimi Açısından Değerlendirilmesi.....                                                                          | 131 |
| 4. BÜTÜNLEŞİK KÜRESEL TEMEL SAĞLIK VE SOSYAL KORUMA<br>POLİTİKASI VE FİNANSMAN YAPISI.....                                                               | 135 |
| 4.1. Sağlık ve Sosyal Koruma Odaklı Uluslarüstü Kuruluş Önerisi ve Kuruluşun<br>Kurumsal Yapının Değerlendirilmesi .....                                 | 136 |
| 4.2. Sağlık ve Sosyal Korumaya Yönelik Mali Alan Oluşturulmasının Finansman ve<br>Önerilen Uluslarüstü Kuruluş Açısından Öneminin Değerlendirilmesi..... | 139 |
| 4.3. Küresel Vergileme Bağlamında Sağlık Vergisinin Finansman Kaynağı Olarak<br>Değerlendirilmesi .....                                                  | 148 |
| 4.4. Sağlık ve Sosyal Koruma Fonu Aracılığıyla Finansman Sağlanmasının<br>Değerlendirilmesi .....                                                        | 156 |
| 4.5. Küresel Yönetişimin Sağlanmasının Değerlendirilmesi .....                                                                                           | 166 |
| 5. SONUÇ .....                                                                                                                                           | 173 |
| Extended Abstract .....                                                                                                                                  | 179 |
| Kaynakça .....                                                                                                                                           | 181 |
| Özgeçmiş .....                                                                                                                                           | 201 |

## TABLÖLER LİSTESİ

|                                                                                                                                                                    | Sayfa |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Tablo 2.1. Küresel Kamusal Malların Sınıflandırılması. ....                                                                                                        | 28    |
| Tablo 2.2. Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık Hizmetinin Analizi.....                                                                                               | 29    |
| Tablo 2.3. Sağlık Hizmetinin Küresel Kamusal Mal Olarak Çekirdek/Tamamlayıcı<br>Faaliyetler Olarak Sınıflandırılması .....                                         | 30    |
| Tablo 2.4. Sektörel olarak Sağlık Küresel Kamusal Mal ve Ulusal Kamusal Olarak<br>Ayrımı .....                                                                     | 30    |
| Tablo 3.1. Gelir Sağlık İlişkisine Yönelik Ampirik Literatür .....                                                                                                 | 42    |
| Tablo 3.2. Ortalama kişi Başına Düşen Gelir Miktarının Bölgelere Göre Dağılımı<br>(2013-2023), 2023 Sabit Fiyatlarıyla, Euro. ....                                 | 47    |
| Tablo 3.3. Bölgelere Göre İnsani Gelişme Endeksi (2013-2023) .....                                                                                                 | 48    |
| Tablo 3.4. Evrensel Temel Gelir Modelinin Sağlık Etkisi .....                                                                                                      | 62    |
| Tablo 3.5. Sosyal Koruma Enstrümanları .....                                                                                                                       | 74    |
| Tablo 3.6. Türkiye'ye İlişkin Temel Sağlık Ve Sosyal Koruma Göstergeleri (2014-2024)....                                                                           | 76    |
| Tablo 3.7. Sosyal Korumanın Krizlerdeki Rolü.....                                                                                                                  | 84    |
| Tablo 3.8. Gelir Gruplarına Göre Ülkelerde Sosyal Koruma Oranı (2015-2023), (%) .....                                                                              | 96    |
| Tablo 3.9. Bölgelere göre Sosyal Koruma Kapsamının Dağılımı (2015-2023), (%).....                                                                                  | 97    |
| Tablo 3.10. Devletlerin Mülteci Korumasından Elde Ettiği Fayda Türleri .....                                                                                       | 101   |
| Tablo 3.11. ESK'ya Ulaşılmasında Karşılaşılan Sorunlar .....                                                                                                       | 113   |
| Tablo 3.12. ILO'nun Sosyal Sağlık Koruma Sistemleri İçin yol Gösterici İlkeleri .....                                                                              | 120   |
| Tablo 3.13. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA).....                                                                                                            | 122   |
| Tablo 3.14. Sağlık ve Sosyal Koruma ile İlişkili Sürdürülebilir Kalkınma Alt Amaçları .....                                                                        | 123   |
| Tablo 4.1. 2024 Yılı Gelir Gruplarına Ve Bölgelere Göre GSYH, Genel Devlet<br>Harcamaları ve Sosyal Koruma Harcamalarının Yüzdesi Olarak Finansman Açığı (%) ..... | 146   |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### Sayfa

|                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Şekil 3.1. Evrensel Temel Gelir ile Sağlık Etkisi Giden Aşamalar.....                             | 61  |
| Şekil 3.2. Küreselleşme Sürecinde Sosyal Korumanın Sağlanmasında Kullanılan<br>Enstrümanlar ..... | 82  |
| Şekil 3.3. ILO’nun Merdiven Modeli.....                                                           | 116 |
| Şekil 4.1. Önerilen Kuruluşun Genel Teşkilat Yapısı.....                                          | 137 |
| Şekil 4.2. Önerilen Yapı Bünyesinde Yer Alan Fon Gelir Yapısı .....                               | 164 |



## KISALTMALAR DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

| Kısaltmalar | Açıklamalar                                                    |
|-------------|----------------------------------------------------------------|
| ABD         | Amerika Birleşik Devletleri                                    |
| ACT         | Covid-19 Araçlarına Erişim                                     |
| AIDS        | Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu                       |
| Ar-Ge       | Araştırma ve Geliştirme                                        |
| ASPIRE      | Dayanıklılık ve Eşitlik için Sosyal Koruma Göstergeleri Atlası |
| BIEN        | Temel Gelir Dünya Ağı                                          |
| BM          | Birleşmiş Milletler                                            |
| CEPI        | Salgın Hastalıklara Hazırlık ve Yenilikler Koalisyonu          |
| COVID-19    | Yeni Koronavirüs Hastalığı                                     |
| DB          | Dünya Bankası                                                  |
| DSÖ         | Dünya Sağlık Örgütü                                            |
| ESK         | Evrensel Sağlık Kapsamı                                        |
| GAVI        | Aşı İttifakı                                                   |
| GSYH        | Gayri Safi Yurtiçi Hasıla                                      |

|                |                                                                                 |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>H1N1</b>    | Domuz Gribi                                                                     |
| <b>ILO</b>     | Uluslararası Çalışma Örgütü                                                     |
| <b>IFFIm</b>   | Bağıışıklık İçin Uluslararası Finansman Aracı                                   |
| <b>IMF</b>     | Uluslararası Para Fonu                                                          |
| <b>İGE</b>     | İnsani Gelişme Endeksi                                                          |
| <b>SKA</b>     | Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları                                                |
| <b>UNAIDS</b>  | Birleşmiş Milletler AIDS Ortak Programı                                         |
| <b>UNDP</b>    | Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı                                           |
| <b>UNFPA</b>   | Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu                                                  |
| <b>UNICEF</b>  | Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu                                       |
| <b>UNITAID</b> | Birlik Yardımı                                                                  |
| <b>UNWOMEN</b> | Birleşmiş Milletler Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Kadının<br>Güçlenmesi Birimi |
| <b>URBMI</b>   | Kentsel Yerleşik Temel Sağlık Sigortası                                         |
| <b>UST</b>     | Uluslararası Sağlık Tüzüğü                                                      |
| <b>WFP</b>     | Dünya Gıda Programı                                                             |

## 1. GİRİŞ

Küreselleşen dünyada sağlık hizmetlerinin sunumu ve politikalarının oluşturulmasına ilişkin tartışmalar, ulusal sınırların ötesinde yürütülmeye başlanmıştır. Özellikle Covid-19 pandemisiyle birlikte temel sağlık hizmetlerine eşit ve sürdürülebilir erişimin önemi ile bu hizmetlerin tüm insanlık için ne denli hayati olduğu bir kez daha anlaşılmıştır. Bu sürece eşlik eden bölgesel çatışmalar, küresel göç hareketleri ve mülteci krizi gibi problemler de sağlık hizmetinin sadece ulusal düzeyde değil, aynı zamanda küresel toplum açısından da değerlendirilmesi gerektiğini göstermiştir. Dolayısıyla çoklu krizlerin yaşandığı küresel düzlemde, temel sağlık hizmetine erişimin güvence altına alınabilmesi, küresel politika tasarımı açısından üzerinde durulması gereken öncelikli konulardan biri haline geldiği görülmektedir. Bu nedenle tez çalışmasının temel çıkış noktası; sağlık politikalarının küresel düzeyde etkili biçimde sunulabilmesi için bu hizmetlerin öncelikle küresel kamusal mal olarak tanımlanmasıdır. Bu çerçevede küresel düzeyde bir politika ve finansman mimarisinin inşası gerekli görülmektedir.

Bu bağlamda tez çalışması kapsamında sağlık politikalarının küresel kamusal mal olarak değerlendirilme gerekçeleri ele alınmaktadır. Öncelikle kamusal mallar teorisi kapsamında kamusal malların sahip olduğu dışlanamazlık, faydanın bölünmezliği ve kolektif tüketim özellikleri temelinde sağlık politikalarının küresel kamusal mal olarak ele alınması gerekliliği tartışılmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti sunumundaki eksiklikler, küresel olarak adaletsiz dağılım ve sağlıkla ilgili dışsallıkların mevcudiyeti bu yaklaşımı destekleyen diğer başlıklar arasında yer almaktadır.

Ayrıca sağlık ile gelir arasında gözlemlenebilen çift yönlü etkileşim sosyal koruma politikalarının da bu analiz çerçevesine dahil edilmesini gerekli kılmaktadır. Bu noktada sosyal güvenlik ile sosyal koruma kavramları arasındaki ayrım gözetilerek, çalışmada güncel yaklaşıma uygun olarak sosyal koruma tercih edilmektedir. Dolayısıyla sosyal koruma; bireylerin yaşam boyu refah ve iyilik hallerini destekleyici ve kapsayıcı bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Böylelikle, evrensel sosyal koruma tabanının tesis edilmesi birey ve halk sağlığını da olumlu etkileyebilmektedir. Bu çerçevede, temel sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal koruma tabanının tesis edilmesinin küresel kamusal mal olarak birlikte ele alınmasının küresel toplum için stratejik bir öneme sahip olacağı düşünülmektedir. Bu noktadan hareketle tez çalışmasının ikinci bölümünde gelir-sağlık ilişkisinin küresel yansımasından hareketle

sosyal koruma ve sağlık kavramları birlikte değerlendirilmektedir. Bu tartişma kapsamında pilot evrensel temel gelir uygulamasından elde edilen sağlık sonuçları ve sosyal korumanın sağlığa etkisi temelinde değerlendirmeler yapılmaktadır.

Bu noktadan hareketle sosyal korumanın da sağlık politikalarında olduğu gibi küresel boyutta ele alınması gerekliliği neticesinde küresel kamusal mal niteliği taşıdığı ileri sürölmektedir. Bu doğrultuda asimetrik bilgiye bağlı olarak; ters seçim sorunu ile ahlaki tehlike ve piyasa başarısızlıkları, sosyal korumanın piyasaya bırakılmayarak müdahale gerektiren bir alan olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda, sosyal korumanın bir insan hakkı olarak değerlendirilmesi ve bu hakkın küresel düzeyde eşitsiz dağılımı, sosyal korumanın küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesini destekleyen diğer temel gerekçeler arasında yer almaktadır. Bu çerçevede küresel ölçekte artan göç olgusunun bir sonucu olarak da tez çalışması, sosyal koruma ve temel sağlık hizmetlerine erişimin küresel perspektiften sağlanması gerekliliğine işaret etmektedir.

Dolayısıyla temel sağlık hizmetleri, gelir düzeyi ve sosyal koruma eksenlerinde bütönlöşik bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde bu alanlara yönelik ortak ve kapsayıcı politika geliştirme ihtiyacı daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Zira hem temel sağlık hizmetine erişim hem de etkili sosyal koruma kapsamının sağlanması sadece bireysel veya ulusal düzeyde değil, aynı zamanda küresel ölçekte sosyal ve ekonomik etkiye yol açabilmektedir. Öte yandan sağlık ve sosyal korumanın birbiri ile ilişkili olması politika uygulamalarının geliştirilmesi sürecinde önemli bir aşama olarak yer almaktadır.

Çalışmanın devamında ise küresel sistemdeki durumun daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla, sağlık ve sosyal koruma alanında faaliyet gösteren uluslararası kuruluş ve organizasyonların faaliyet ve politikaları incelenmektedir. Bu kapsamda sağlık ve sosyal korumaya yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası alışma Örgütü, Birleşmiş Milletler ve Dünya Bankası'nın sürdürdüğü çalışmalar değerlendirilmektedir. Böylelikle kuruluş ve organizasyonların geliştirdiği program, proje ve politika önerileri üzerinden mevcut sistemin güçlü ve zayıf yönleri ortaya konulabilmektedir. Bu sayede çok aktörlü yapıya sahip olan küresel arenada sağlık ve sosyal korumaya yönelik atılan adımlar somut bir şekilde ele alınabilmektedir. Ayrıca, bu bakış açısı küresel yönetişime yönelik de çıkarımda bulunulabilmesine olanak sağlamaktadır. Böylece, bu alanlarda daha etkili ve kapsayıcı küresel politikaların geliştirilmesine olanak sağlayacak sağlam bir zemin oluşturulabilmesi hedeflenmektedir.

Çalışmanın akabinde ise küresel boyutta temel sağlık ve sosyal koruma politikaları tasarımı ve finansman yapısının değerlendirilmesi ile çalışma yürütülmektedir. Bu kapsamda, sağlık ve sosyal korumayı aynı çatı altında değerlendirebilecek, politika geliştirebilecek ve uygulayabilecek uluslararası bir kuruluşa ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla tez çalışması kapsamında bu ihtiyacı giderebilecek bir kuruluş önerisi sunulmak amaçlanmaktadır. Bu noktadan hareketle, önerilen kuruluşun temel idari yapısı ve yönetim birimleri açıklanmaktadır. Ayrıca küresel sistem içerisinde kuruluşun nasıl şekillenebileceği, finansman yapısı ve finansman kaynaklarına ilişkin seçenekler değerlendirilmektedir. Son olarak ise iyi yönetim, şeffaflık, sürdürülebilirlik ve katılımcılık ilkeleri çerçevesinde söz konusu kuruluşun işlevselliğinin sağlanmasının amaçlandığı belirtilmektedir.

Çalışma, temel sağlık ve sosyal korumaya yönelik politikaların küresel kamusal mal olarak nitelendirilmesi üzerinden şekillenmektedir. Bu kapsamda çalışmada, temel sağlık hizmetleri ve sosyal korumaya erişimin küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesi gerektiği savunulmakta ve bu alanlara yönelik küresel ölçekte politika önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Buradan hareketle mevcut küresel sistemde, sağlık hizmetleri ve sosyal koruma hem ulusal hem de küresel düzeyde ayrı perspektifte ele alındığı için ortak bir bakış açısı ile değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Çalışmada literatür ve uluslararası kuruluşların rapor ve programları incelenerek sürdürülen nitel araştırma yöntemi benimsenmiş ve küresel politika boşlukları belirlenmeye çalışılarak çözüm önerileri sunulmuştur. Nitel analiz yöntemi çerçevesinde kuramsal ve karşılaştırmalı kurumsal analiz aracılığıyla model önerisi geliştirme adımları izlenmiştir. Nitel araştırma, temel olarak bir bağlam çerçevesinde şekillenmektedir. Bu kapsamda nitel araştırma ile probleme yönelik sorgulayıcı, anlamaya dayalı ve yorumlayıcı bakış açısı hareket edilmektedir. Ayrıca nitel araştırma, kavram ve teorilere odaklandığı ve sosyal olguları bağlamı içerisinde anlama gayreti içindedir. Bu doğrultuda nitel araştırma normatif konuları ele aldığı için tez konusu ile uyumlu bir araştırma yöntemi olarak değerlendirilmiştir. Kamusal mal teorisi kapsamında, insan hakları ve küresel olarak adaletsiz dağılım konuları bağlamında ele alınan ve mevcut uluslararası kuruluşları değerlendiren tez çalışmasına nitel araştırma yöntemi ile teorik ve uygulamaya dönük esneklik kazandırılmaktadır. Bu doğrultuda, temel sağlık ve sosyal koruma alanlarının bütüncül bir çerçevede ele alınmasıyla, küresel refah artışını destekleyebilecek bir uluslararası yapı inşası çalışma kapsamında öngörülmektedir.



## **2. SAĞLIK POLİTİKALARININ KÜRESEL KAMUSAL MAL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

### **2.1. Kamusal Mallar Teorisi Bağlamında Sağlık Politikaları**

Tarihsel süreç içerisinde devlet anlayışında meydana gelen değişimin bir sonucu olarak sunulan kamusal mal ve hizmetler de değişime uğramış ve çeşitlilik göstermiştir. Özellikle Fransız İhtilali sonrasında ulus devlet kavramının yükselişi ve II. Dünya Savaşı sonrası refah devleti uygulamalarının ağırlık kazanmış olması ile devletlerin sunduğu mal ve hizmetlerin nitelik ve niceliği etkilenmiştir. Bu nedenle kamusal mal ve hizmetlerin sunumu ve çeşitliliği önem kazanmıştır. Kamusal mal ve hizmetler devlet tarafından sunulmakla birlikte, kamusal ihtiyaçların karşılanması temel hedeflerden biri olmaktadır. Kamusal ihtiyaç ise toplumdan topluma ve zamandan zamana değişebilen bir niteliğe sahiptir. Bu nedenle de kamusal mal ve hizmetler toplumu oluşturan bireylerin tamamını ilgilendirdiği için, kamu politikası aracılığıyla sağlanmaktadır.

Teorik olarak 18. yüzyılda David Hume (1776) tarafından “ortak mal” olarak isimlendirilen ve Paul Samuelson (1954) tarafından kavramsal düzeyde geliştirilen kamusal mal kavramı, ortak tüketim malları olarak da ifade edilmektedir. Kamusal malları, özel mallardan ayırt eden iki temel özellik; tüketimde rekabetin olmayışı ve tüketimden dışlanamazlıktır (Cornes ve Sandler, 1994). Temel olarak "kamusal mallar", ilave bir bireyin yararlanmasının herhangi bir maliyete yol açmadığı ve bireylerin bu malı tüketmesini engellemenin genellikle zor veya imkânsız olduğu için piyasa tarafından tahsisine uygun olmayan mal veya hizmet olarak tanımlanmaktadır (Stiglitz, 1988). Kamusal mallar bir başka tanıma göre, toplumsal nitelikteki ihtiyaçları karşılamaya yönelik, faydaları bireyler arasında bölünmeyen ve faydasından hiç kimsenin yoksun bırakılamadığı ve sunum kararlarının siyasi süreç içerisinde alındığı mal ve hizmetler olarak ifade edilmektedir (Akdoğan, 2019: 41).

Kamusal malların geleneksel anlamda temel özellikleri; bölünemez olmaları, kolektif tüketime konu olmaları, fiyatlandırılmamaları, tüketimlerinde rekabetin olmaması, tüketimlerinden mahrum bırakılamaması ve kamusal finansman gerektirmesi olarak sıralanabilmektedir (Barış ve Barlas, 2017: 135). Tüketimde rekabetin olmaması, bir tüketicinin kamusal mal tüketiminin başka bir tüketicinin tüketimini engellememesi anlamına gelmektedir. Bu açıdan ilave bir birim kamusal malın tüketimi diğer tüketicilerin kamusal maldan elde ettiği

faydayı azaltmamakla birlikte, ilave kamusal mal tüketiminin marjinal maliyeti sıfıra tekabül etmektedir. Bu durum kamusal malın tüketiminden elde edilen toplam faydanın, o kamusal malı tüketen bütün bireylerin elde ettiği fayda toplamına eşit olduğu anlamına gelmektedir (Stiglitz, 1988). Dolayısıyla, kamusal malların yeterli düzeyde üretiminin sağlanabilmesi için üretim hacminin düzenlenmesi gerekmektedir. Dışlanamazlık özelliği ise hiçbir tüketicinin kamusal mal tüketiminden dışlanmaması durumunu ifade etmektedir. Bu özellik, kamusal malların finansman sürecine katılmayan bireylerin kamusal malların tüketimine katılması şeklinde ortaya çıkan bedavacılık problemine neden olmaktadır. Bu kapsamda kamusal malların kolektif finansmanı, üretim ve tüketim sürecinde tahsis etkinliğinin sağlanabilmesi açısından önem arz etmektedir (Kejzar ve Ponikvar, 2023: 23).

Bu nedenle de toplum için vazgeçilmez nitelikte olan kamusal malların, düzenli ve sürekli olarak arz edilebilmesi; kâr amacı güdülmeden toplumsal faydanın dikkate alınarak ve kurumlar üstü bir mekanizma tarafından üretilmesini zorunlu kılmaktadır (Barış ve Barlas, 2017: 137). Söz konusu durum ise, kamusal malların türünden bağımsız olarak, devletlerin temel fonksiyonlarından birisi olan kamusal malların sunumunun gerçekleştirilmesi şeklinde kendini göstermektedir. Bu bağlamda kamusal mallar bir piyasa başarısızlığı olarak nitelendirilmekle birlikte, devletlerin doğrudan sunumunu, finansmanını veya üretim hacmine yönelik düzenleme yapmasını gerektirmektedir (Kejzar ve Ponikvar, 2023: 24). Öte yandan bireylerin tüketimden dışlanamaması ve tüketimde rekabetin olmaması kamusal malların iki temel özelliği olarak vurgulansa da bu iki koşulun aynı anda sağlanmadığı durumlarda bile piyasada oluşan aksaklığın giderilmesi amacıyla devlet müdahalesine ihtiyaç duyulabilmektedir (Kete, 2022: 101).

Geleneksel olanın ötesinde kamusal malların daha detaylı bir şekilde tanımlanması da mümkün olmaktadır. Bu kapsamda kamusal mallar tanımlanırken, kamu ve özel mal ayrımının sadece piyasa üzerinden yapılmaması, kamuoyu ve siyasi süreci de kapsayacak şekilde tanımlanması önem arz etmektedir. Bu nedenle, kamusal alandaki bütün malları kapsayan bir tanımın geliştirilmesi gerekmektedir. Zira bu mallar tipik olarak; teknik olarak dışlanamayan, kamu politikası tarafından kamusal olan ve kaçınılmaz olarak halka açık olan mallar şeklinde üç gruba ayrılmaktadır. Teknik olarak dışlanamazlık özelliği saf kamusal mallara işaret etmekle birlikte kamu politikası gereği kamusal malların, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi yaygın olarak faydaları olan mal ve hizmetleri de kapsamaması gerekmektedir (Kaul ve Mendoza, 2003:

87). Kamusal malların kaçınılmaz olarak halka açık oluşu ise kamusal malların sunumu gerçekleştikten sonra faydanın bütün topluma yayılmasına işaret etmektedir.

Bu çerçevede Kaul ve Mendoza (2003: 87-88) tarafından iki temel tanım yapılmıştır: Birinci tanıma göre, faydanın dışlanamazlığı, tüketimde rekabetin olmaması veya her iki özelliğe sahip olan malların kamusal olma potansiyeli bulunmaktadır. Bu tanım geleneksel tanımla benzerlik göstermektedir. İkinci tanıma göre ise dışlanamayan ve herkesin tüketimine açık olan mallar fiili olarak (de facto) kamusal olarak kabul edilmektedir. Söz konusu tanım ise kamusallığın temel belirleyicisinin kapsayıcılık olduğunu vurgulamaktadır. Dolayısıyla kamusal mallar sadece piyasa başarısızlığı olarak nitelendirilmemekte ve sadece devlet tarafından üretilen mallar olarak görülmemektedir. Bununla birlikte kamusal ve özel alanlar, devletlerin ve piyasaların ötesinde kendi başlarına var olmaktadır.

Pozitif dışsallıklara sahip olsa da bireylerin sağlığının ayrı ayrı değerlendirilmesi ise özel mal olarak değerlendirilebilmektedir. “Kamu” sağlığı ise farklı bir boyutta ele alınmaktadır. Devletler kamu sağlık çıktılarını maksimize etmek amacıyla bireylerin davranışlarını değiştirmek için müdahalede bulunabilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2002: 10). Sağlığın kamusallığı hususunda, dışsal fayda ve dışsal maliyet göz önünde bulundurularak piyasa tarafından üretimi üstlenilebilecek bu hizmetin kamusal nitelik kazandığı görülmektedir (Akdoğan, 2019: 48). Başka bir ifadeyle, bireysel sağlık özel mal olarak sınıflandırılabilen ancak toplum sağlığının iyileştirilmesi için ortaya konulan politikalar bireylerin sağlık durumundan bağımsız olarak düşünülmemesi gerekmektedir. Bu yönüyle ise sağlık kamusal mal olarak sınıflandırılabilir.

Kamusal mallar teorisi bağlamında yarı kamusal mallar olarak tanımlanan sağlık ve eğitim hizmetlerinden bireylerin doğuştan gelen dil, din, ırk, cinsiyet veya gelir, servet ve sınıf farklılıklarına bakılmaksızın yararlanması gerektiği ise genel kabul gören bir görüş olarak yer almaktadır (Bulutoglu, 2004). Sağlık hizmetinden bireylerin elde ettiği fayda marjinal özel fayda olarak yer alırken, toplumsal boyutta ortaya çıkan fayda ise marjinal sosyal fayda olarak tanımlanmaktadır (Nadaroğlu, 2000: 56). Sağlık hizmetine erişim kişisel ihtiyaç olsa da tüm topluma yayılan fayda oluşturmaktadır (Yavuz ve Susam, 2024: 201). Dolayısıyla sağlık hizmetinin yarı kamusal mal olarak değerlendirilmesi fiyatlandırılabilir olması ve bireye özel sunulabilir olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetinin hem özel sektör hem de kamu sektörü tarafından sunulabiliyor oluşu yarı kamusal özelliğini gösterirken, sağlık

hizmetinin sunumu neticesinde ortaya çıkan fayda küresel kamusal mal özelliğine işaret etmektedir.

Bir başka ifadeyle sağlık sadece bireyi ilgilendirmedeği için, aynı zamanda dışsallık etkisiyle bütün topluma yönelik etki gözlemlendiği için toplumu da ilgilendirmektedir. Bu doğrultuda birçok ülkede özel sektör tarafından da sunum gerçekleştirilse de devlet kural koyan, denetleyen ve izleyen pozisyonda yer almaktadır. Özellikle önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri göz önünde bulundurulduğunda sosyal faydanın özel faydadan yüksek olduğu bu hizmetler tam kamusal mal özelliği göstermektedir (Ercan ve Kıratoğlu, 2023: 92-93). Bu durum ile bağlantılı olarak sağlık hizmetinin farklı boyutları olduğu ve bu boyutlar ayrı ayrı ele alındığında sağlığın kamusal mal özelliğinin değişim gösterebildiği görülmektedir. Ancak tez çalışması kapsamında sağlığın temel sağlık hizmetlerine evrensel erişime yönelik politika boyutu ele alındığında yarı kamusal mal konumundan küresel kamusal mal konumuna taşınmaktadır.

Yukarıdaki açıklamalardan hareketle toplum sağlığı, sağlık çıktılarının kamusal malların iki temel karakteristiği olan dışlanamazlık ve tüketimde rekabetin olmaması özelliklerini taşıması nedeniyle toplum sağlığını korumaya yönelik politikaların teşvik edilmesi ve hastalıkların önlenmeye çalışılması gerekmektedir (Anomaly, 2011: 251). Başka bir ifadeyle sağlığın kamusal mal sınıflandırılması içerisinde yer alması ve buna uygun politikalar uygulanarak mal ve hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Bununla birlikte Dees (2018: 21) sağlık ile ilişkili malların saf kamusal mal olduğunu belirterek, bu durumu sürü bağışıklığı üzerinden açıklamıştır. Bu çerçevede sürü bağışıklığı ile saf kamusal malların üç kriteri sağlanmaktadır:

- Bireyleri, özellikle de en riskli durumda olanları hastalıklardan korumak değerlidir. Ayrıca aşılar %100 etkili olmasa bile toplumun aşılınması ile aşı olup da bağışıklık kazanamayanlar da korunabilecektir.
- Sürü bağışıklığı kazanıldıktan sonra, bir kişinin korunması başka bir kişinin korunup korunmadığını etkilemeyecektir.
- Sürü bağışıklığı bir kez oluşturulduktan sonra, herkes istese de istemese de korunabilecektir. Bu özellikleri ile sağlık saf kamusal mal özelliği taşısa da sürü bağışıklığı oluşturma bir maliyeti bulunmaktadır.

Bu kriterler çerçevesinde sağlık politikaları değerlendirildiğinde toplumun bütününe ilgilendirdiği görülmektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sunulduğunda o hizmetten faydalanmayanlar dolaylı açıdan fayda elde edebilmektedir. Bu özellikler ise sağlık politikalarına kamusal özellik kazandırmaktadır.

Bu doğrultuda kamusal mal ve hizmetlerin genel tanımı ve özellikleri göz önünde bulundurulduğunda, sağlık politikalarının tez çalışması kapsamında söz konusu özellikleri taşıdığı gerekçesiyle kamusal mal olarak değerlendirilmesi uygun olacaktır. Bu durumdan hareketle sağlık politikalarından toplumun belli bir kesiminin dışlanamaması ve bu politikalar tasarlandıktan ve sunum gerçekleşikten sonra rekabetin olmaması ile bu durum desteklenmektedir. Bu kapsamda sağlık politikalarının tasarımı ve sağlık hizmetlerinin sunumu aşamasında devlet tarafından planlanmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık politikalarının belirlenmesinin piyasaya bırakıldığı durumda birtakım sorunlar ortaya çıkacağı düşüncesi ile kamusal özelliğinin daha ağır bastığı söylenebilmektedir.

Kamusal mallar, toplumsal ihtiyaçların karşılanması amacıyla üretilmesi nedeniyle, toplumların sağlık hizmetine yönelik ihtiyaçları da bu hizmetin üretilmesinde temel nedenlerden biri olarak yer almaktadır. Ayrıca kamusal malların geleneksel tanımı içerisinde yer alan faydanın bölünmezliği ve dışlanamazlık ilkeleri sağlık alanında da görülmektedir. Buradan hareketle sağlık hizmetinin sunumunda sağlık politikalarının belirlenmesi kamusal mal olarak değerlendirilebilmektedir.

## **2.2. Sağlık Politikalarının Küresel Kamusal Mal Olarak Değerlendirilme Gerekçeleri**

Küresel kamusal mallar hem bugünkü hem de gelecekteki nesilleri kapsayan, birden fazla ülke grubuna ve çeşitli nüfus gruplarına yarı-evrensel faydalar sağlayan kurumlar, mekanizmalar ve çıktılar şeklinde tanımlanmaktadır (Kaul vd., 1999: 2-3). Küresel kamusal malların ortaya çıkışında, küreselleşmenin etkisiyle birlikte bu malların sunum ve finanse edilmesi konularında ulus devletlerin yetersiz kalması etkili olmuştur (Akdemir ve Şahin, 2006: 2). Bu nedenle de farklı alanlarda ve sektörlerde küresel kamusal mallar sınıflandırmaya tabi tutulmaktadır. Dolayısıyla sağlık politikaları ve sağlığa yönelik mal ve hizmet sunumu tez çalışması kapsamında küresel kamusal olarak değerlendirilmektedir. Bu çerçevede, sağlık politikalarının küresel kamusal mal olarak değerlendirilme gerekçeleri dışlanamazlık özelliği,

sunum eksikliği, faydanın bölünmezliği, kolektif tüketim, küresel olarak adaletsiz dağılımı ve dışsallıklar başlıkları altında sunulmaktadır.

### **2.2.1. Dışlanamazlık Özelliği**

Dışlanamazlık özelliği, küresel kamusal mallar bir kez sunulduktan sonra faydanın, ülkelerin finansmana katılıp katılmadığına bakılmaksızın bütün ülkeler tarafından koşulsuz olarak elde edilebildiğini ifade etmektedir (Kejzar ve Ponikvar, 2023: 25). Bu kapsamda küresel kamusal malların tüketimde rekabetin olmaması ve dışlanamaz nitelikte olması nedenleriyle bir ülke, tüketebileceği bir kamusal malı, farklı bir ülke veya ülke grubu sunumu sağlayana kadar beklemeyi tercih edebilmekte ve bu durum ise bedavacılık sorununa yol açabilmektedir (Lopert vd., 2023: 379). Bu çerçevede dışlanamazlık özelliğinin bedavacılık sorununa yol açabilmesi gerekçesiyle, sunum konusunda politika planlaması gerekmektedir.

Bununla birlikte, kamusal mallar genel olarak dışlanamayan ve rekabetin olmadığı mallar şeklinde tanımlanabilirken; Dees (2018: 23) söz konusu malların dışlanamama ve rekabetin olmadığı durumlar çerçevesinde tanımladığında halk sağlığının normatif kamu malı şeklinde ifade edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Aynı zamanda bu tanımlama ile yine sağlığı, dışlanma konusu üzerinden ele alarak kamusal mal kategorisine dahil etmektedir.

Ayrıca kamusal mallar sunulduktan sonra, hiçbir birey bu malların faydasından mahrum bırakılamamakta ve bütün tüketiciler ilave maliyete katlanmaksızın bu mallardan faydalanabilmektedirler (Holcombe, 1997: 2). Bu nedenlere dayanarak da politika yapıcıların, kamu tarafından finanse edilen teşvik ve yatırımların rekabeti ve dışlanabilirliği mümkün olduğunca sınırlandırmasını sağlamaya odaklanması kamu sağlığı ve adalet açısından büyük önem taşımaktadır (Lopert vd., 2023: 399).

Ülkelerin veya bireylerin belli bir mal veya hizmet grubundan dışlanmasının maliyetinin çok yüksek olması, sağlığa küresel kamusal mal özelliği kazandırmaktadır. Özellikle küreselleşmenin etkisiyle ülkelerin birbirine daha eklenmiş hale geldiği konjonktürde sağlık politikalarının dışlanamazlık özelliği oldukça önem arz etmektedir. Bu bağlamda pandemilerin ve bulaşıcı hastalıkların yayılması ve tedavi süreçleri, ülke ekonomilerinin birbirini etkileyen küresel finansal yapı içerisinde yer alması, sağlık endüstrisi, patent hakkı gibi konu başlıkları dışlanamazlığa işaret etmektedir. Dolayısıyla da dışlanamazlık sağlık politikalarının küresel düzeyde değerlendirilmesinin temel sebeplerinden biri olmaktadır.

### 2.2.2. Sunum Eksikliği

Kamusal malların teknik olarak piyasa aracılığıyla sunulmasına imkân vermeyen durum, bu malların bölünememesi nedeniyle bireylere ayrı ayrı tahsis edilememesi ve tüketiminden kimsenin mahrum bırakılamaması özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Bu durum aynı zamanda bireylerin tercihlerini açıklamaması nedeniyle kamusal malların eksik sunumuyla sonuçlanmaktadır (Kirmanoğlu vd., 2006: 27). Bu bağlamda piyasa başarısızlığı sonucunda meydana gelen sunum eksikliği gibi problemlerin giderilmesi sağlık hizmetlerinin temel rollerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumu destekler nitelikte Pareto etkinliğin sağlanmadığı durumlarda optimal çıktının sağlanması açısından piyasa başarısızlığı da söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle bireylerin ihtiyaç duyduğu bazı mallar veya hizmetler eksik üretilmekte veya hiç üretilmeyebilmektedir. Böyle bir durumda devlet müdahalesiyle daha etkin bir çıktıya ulaşılabilmektedir (Horne, 2019: 288-290).

Öte yandan kamusal malların optimal sunumu genellikle “Samuelson koşulunun” sağlandığı durumlarda kabul edilebilmektedir. Bu koşul ise bir kamusal malın ilave bir birimi için tüm bireylerin marjinal ödeme istekliliğinin toplamının, o birimi üretmenin marjinal maliyetine eşit olduğu noktada sağlanmaktadır ve bu durum kamu harcamaları ile kamu gelirleri arasındaki dengeye işaret etmektedir. Ancak kamu harcamaları ile kamu gelirleri arasındaki denge her zaman kamusal malların yeterli sunumunun gerçekleştiği anlamına gelmemektedir. Bu bağlamda kamusal malların yeterli sunumuna iki yolla karar verilebilmektedir. İlk olarak her bir kamusal malın yeterli sunumu için teknik bir kriter (fayda – maliyet analizi gibi) belirlenebilmektedir. İkinci olarak ise teknik açıdan yeterli sunulmayan malların sunumunun artırılmasının sosyal getirisinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu kapsamda ekonomik büyüme ve kalkınmayı ve toplumsal refahı destekleyen malların sunumunun artırılması gerekmektedir (Kaul ve Mendoza, 2003: 94).

Küresel kamusal mallar ise temel olarak yetersiz tedarik edilme eğilimindedir. Bu durum ulusal egemenliğin kısmen kural koyan kurumlara devredilmesi veya anlaşma yükümlülüklerinin kabul edilmesiyle ilgili endişeleri yansıtabileceği gibi, iklim değişikliği gibi ortak zorluklarla mücadelede farklı çıkarlara ve yaklaşımlara sahip hükümetlerin toplu eylem konusunda anlaşmaya varmasının zorluklarını da yansıtabilmektedir (Lopert vd., 2023: 379).

Ayrıca sağlığa ilişkin malların sunumunda ilaç şirketleri, teknoloji şirketleri, devletler, çok uluslu şirketler ve donör kuruluşlar yer alabilmektedir. Bununla birlikte sağlıkla ilişkili

küresel kamusal malların üretim sürecinde kâr amacı güden aktörlerin varlığı, yetersiz tedarik ve eksik sunum ile sonuçlanabilmektedir (Sandler, 2001). Küresel sağlık ekseninde yaşanan bu durum ise küresel kalkınmayı ve dolayısıyla küresel ekonomik, sosyal ve çevresel sürdürülebilirliği tehdit etmektedir (Kaul, 2019). Aynı zamanda küresel kamusal malların sunumunun, kolektif aksiyon gerektirmesi (Agénor, 2023: 2) ve bu özelliğin sağlık alanında da görülmesi nedenleriyle sağlığa yönelik politikalar küresel kamusal mal niteliği taşımaktadır. Bu çerçevede küresel düzeyde sağlığın sunum ve finansmanına ilişkin sorunlar öne çıkmakla birlikte, uzun bir süredir devam etmektedir.

Mahkumlar çıkmazı ve bedavacılık problemi nedeniyle, kamusal malların eksik sunum (kamusal kötüler ise aşırı tüketim) eğiliminde olduğu ifade edilebilmektedir. Bu bağlamda küresel kamusal mal savunucuları, küresel bir hükümetin yokluğu nedeniyle eksik sunum durumunun daha da geçerli olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle de bu kesim tarafından küresel kamusal malların sunumunun artırılabilmesi için mevcut uluslararası düzenlemelere dayanan yeni ve gelişmiş bir uluslararası mimari savunulmaktadır (Lele ve Gerrard, 2003: 687).

Kaul ve Faust (2001: 870) tarafından küresel kamusal mallar için sunum eksikliği, politika belirleme konusunda ülke bazında düzenlemelerin mevcudiyeti ve ulus devletin uluslararası bir karşılığının olmaması çerçevesinde açıklanmaktadır. Bu durum küresel kamusal malların eksik sunumuyla ve küresel kamusal kötülerin aşırı tüketimiyle sonuçlanmaktadır. Zira mevcut koşulların sadece yerel politika uygulamaları ile çözümlenemeyeceği ve uluslararası iş birliğine ihtiyaç duyulduğu aşikardır.

Bu çerçevede sağlık hizmetleri özelinde dışsallıklar, belirsizlik altında seçim, asimetrik bilgi, talebin belirlenmesinin zorluğu, piyasaya giriş kısıtlamaları ve hizmet birimlerinin azlığı gibi özellikler dikkat çekmektedir. Bütün bu özellikler ise sağlık hizmetinin optimal düzeyin altında (eksik sunum) sunumu ile sonuçlanabilmektedir (Mutlu, 2006: 58).

Kamu ekonomisinde kamusal malların piyasa başarısızlığı olarak nitelendirilmesine bağlı olarak sunum eksikliği sorunu ile karşılaşmaktadır. Bu nedenle de sunumun artırılabilmesi için devlet müdahalesine ihtiyaç duyulmaktadır. Küresel açıdan sağlık politikaları değerlendirildiğinde ise ülkelerin kendi çıkarları doğrultusunda hareket etmesi sonucu optimal çıktılara erişilememesi, mevcut uluslararası kuruluşların politika üretme imkanlarının kısıtlı olması, sağlık ile bağlantılı mal ve hizmetlerin üretimi açısından patent haklarının varlığı ve

küresel sağlık politikası oluşturma konusunda iş birliğinin eksik olması sunum eksikliğinin nedenleri arasında değerlendirilebilmektedir.

### **2.2.3. Faydanın Bölünmezliği**

Faydanın bölünmezliği ve bununla bağlantılı olarak tüketimde rekabetin olmaması özelliği küresel kamusal malların sunumunda Pareto optimum seviyesinin tek tek ülkeler tarafından sağlanması koşuluyla elde edilemeyeceği anlamına gelmektedir. Bu durumda faydanın bölünmezliği ve tüketimde rekabetin olmamasının bir sonucu olarak, küresel kamusal mal tüketen ilave bir ülke diğer ülkelerin faydalarını azaltmamakla birlikte, ilave ülkeyi tüketime dahil etmenin marjinal maliyeti sıfıra eşit olmaktadır (Kejzar ve Ponikvar, 2023: 25). Aynı zamanda bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ile düşük ve yüksek gelir grubundaki tüm ülkelerde yaşayan insanlara, bugünkü ve gelecek nesillerin hepsine fayda sağlanmaktadır (Kaul ve Faust, 200: 870). Bu bağlamda bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı azaldığında, hiçbir birey bu risk azalmasından dışlanamamakta ve bir kişinin bu risk azalmasından faydalanması, başka bir kişinin de faydalanmasını engellememektedir (Smith, 2003: 475). Bu nedenle de sağlık hizmeti sunulurken devletin varlığının önemini belirleyen temel konu başlıklarından birisi sağlık hizmetlerinin bölünemez niteliğe sahip olabilmesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Ertürk Atabey, 2012: 29). Özellikle bulaşıcı hastalıkların yok edilmesine yönelik oluşturulacak politikalarda sağlığın küresel kamusal mal niteliği daha fazla ön plana çıkmaktadır.

Ayrıca kamu sağlık hedeflerine ulaşılabilmesi için genellikle devletin bir eylemi gerçekleştirmesi gerekmektedir. Bu çerçevede potansiyel olarak hizmetten faydalananların sayısı arttıkça ve hizmete katkıda bulunmayanların dışlanma ihtimali azaldıkça, kamusal malların sunumunun daha zor hale geldiği bilinen bir gerçektir. Bu nedenle kamusal mala katkıda bulunmanın maliyeti birey tarafından karşılanırken faydanın herkes tarafından paylaşılması, kamusal malların devlet müdahalesi olmadan üretilmesini zor hale getirmektedir (Anomaly, 2011: 253). Dolayısıyla dışlanamazlık ile fayda bölünmezliği ilkelerinin sağlık hizmetleri özelinde birbiriyle bağlantılı bir yapıda olduğu ifade edilebilmektedir.

Öte yandan sağlığın pozitif toplamı bir yapıya sahip olması nedeniyle, bir bireyin sağlığının iyi olması başka bir bireyin sağlığını kötüleştirmemektedir. Örneğin, bireylerin sağlıklı olması, bulaşıcı hastalıkların daha az yayılması yoluyla nüfusun geneli üzerinde olumlu etkiler gösterebilmektedir. Bu bağlamda bireylerin daha sağlıklı olması temel bir insan hakkı

olarak değerlendirildiğinde, küresel dayanışmanın bir yansıması olarak sağlığın bölünemez yapısının ön plana çıktığı görülmektedir (Chen vd., 1999: 294).

Kamusal mallar açısından faydanın bölünmezliği ilkesi hizmet sunumu bir kez gerçekleştiği takdirde teorik olarak kamusal malın faydasının tüm topluma yayıldığı anlamına gelmektedir. Söz konusu ilke küresel kamusal mallar perspektifinden değerlendirildiğinde bir küresel kamusal malın üretimi gerçekleştikten sonra sınır ötesi faydanın olmasını ve dünya üzerindeki herhangi bir noktadaki tüketimin başka bir yerdeki tüketimi etkilememesi gerekliliğine dayanmaktadır. Söz konusu ilke sağlık açısından değerlendirildiğinde ise ortak uygulanacak olan sağlık politikasının dünya üzerindeki her bireye fayda sağlayacağı ve herhangi bir bireyin veya ülkenin sağlık çıktılarına yönelik yapılan iyileştirmelerin başka birey veya ülkeleri olumsuz etkilemeyeceği, hatta bazı durumlarda olumlu etkiler gösterebileceği ifade edilebilmektedir.

#### **2.2.4. Kolektif Tüketim**

Kolektif eylemler bireysel sağlığın belirleyicilerinden biri olarak ön plana çıkabilmektedir. Kolektif eylemler ise kamu fonlarının kullanımını, mevzuatı ve kamu sektörü politikalarını içerir ve piyasa başarısızlıklarının varlığı nedeniyle bütün bunlar gereklidir (Carande-Kulis vd., 2007: 228). Bu doğrultuda kamusal malların özelliklerine dair literatürde sınıflandırılmalar mevcut olsa da toplumsal koşullara göre bu özellikler değişebilmektedir. Bu sava göre mal ve hizmetlerin üretimi politika tercihlerine, sosyal sözleşmeye ve kolektif eylemlere bağlı olmaktadır (Kaul ve Mendoza, 2003: 80). Bu durum ise en başta sağlık hizmet ve politikalarının sunumu aşamasında bir kolektif hareket edebilmenin gerekliliğine işaret etmektedir.

Toplum sağlığı, bütün nüfusa sağlıkla ilgili kamusal mal sunumu ile ilgilenmeyi gerekli kılmaktadır (Anomaly, 2011: 255). Bu nedenle de sağlık politikaları ve sağlık ile ilişkili mal ve hizmet sunumu kolektif tüketime konu olmaktadır. Bireysel sağlık kavramı geçerli olmakla birlikte halk sağlığına ulaşabilmenin yolu bireylerinin sağlık durumlarının iyileştirmesinden geçmektedir. Dolayısıyla mikro boyutta birey sağlığı ve makro boyutta toplum sağlığı birbiri ile bağlantılı bir yapıya sahip olabilmektedir.

Bütün insanların sağlığı; dünya barışı ve güvenliği için temel teşkil etmektedir. Bu kapsamda farklı ülkelerde veya coğrafi bölgelerde sağlığın korunabilmesinde ve hastalıkların

kontrol altına alınabilmesinde imkânların eşit olmaması, sağlığın ortak bir tehlike olarak ele alınması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Missoni, 2008). Bu nedenle de sağlıkla ilgili bazı kamusal malların nüfusun tamamına veya çoğuna fayda sağladığı ve halk sağlığının odak noktası olması gerektiği oldukça açıktır (Anomaly, 2011: 256).

Bu doğrultuda ulus devletler tarafından Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) aşlarına yönelik izlenen aşı milliyetçiliği ve ihracat yasakları gibi politikalar, “etkin aşılamanın” küresel kamusal mal haline gelmesini engelleyebilmektedir. COVID-19 pandemisi aşı, teşhis ve tedavilerinin, yüksek, orta veya düşük gelirli ülkelerde yaşayan bütün dünya vatandaşlarına hızlı ve adil bir şekilde sağlanamaması sonucunda; sağlık, güvenlik ve refaha yönelik önemli küresel tehditler gündeme gelmektedir. COVID-19'dan kaynaklanan bu küresel tehditler, sadece düşük kaynağa sahip bölgelerde yaşayanları değil, aynı zamanda bütün dünya vatandaşlarını etkilemektedir (Peacock, 2022: 5). Söz konusu bu durum ise sağlığın bir uzantısı olarak aşların kolektif tüketime konu olduğunu, aksi takdirde küresel bir sorun haline gelebileceğini ortaya koymaktadır. Bu durum aslında küresel sağlık güvenliği kavramı ile kesişmektedir. Küresel sağlık güvenliği kavramı temel olarak kimlik, ırk veya inanç farkı gözetmeksizin ülkelerin hastalık ve salgınlara karşı ortak mücadele edilebilmesi için ülkelerin önceliklerini bir araya getirip ortak hareket edebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram aynı zamanda, ülkelerin sağlık güvenliği kapsamında politika farklılıklarının olabildiğince minimal düzeye indirilmesi olarak da tanımlanabilmektedir (Pertekli, 2023: 155).

Küresel kamusal mallar temel olarak sınır ötesi ve nesiller arası etkileri olan mal ve hizmetler olarak değerlendirildiği için doğası gereği birlikteliğe ve etkileşime işaret etmektedir. Bu çerçevede sağlık, kolektif tüketime konu olduğu için küresel toplum için temel ihtiyaç statüsünde yer alabilmektedir. Bu özelliği ile de küresel kamusal mal olarak sağlık politikası oluşturulması kolektif tüketimin sağlanabilmesi için önem arz etmektedir.

#### **2.2.5. Küresel Olarak Adaletsiz Dağılımı**

Küresel kamusal malların dünya genelindeki toplam üretim miktarı, ulus devletlerin üretimiyle uluslararası iş birliği sonucu üretilen miktarın toplamından oluşmaktadır (Kaul ve Mendoza, 2003: 103). Dolayısıyla yeterli üretimin sağlanabilmesi sadece ulus devletlerin üretimiyle gerçekleşmemektedir. Bu nedenle küresel boyut kazanan mal ve hizmetlerin yeterli miktarda sunumunun sağlanabilmesi için uluslararası iş birliğine ihtiyaç duyulmaktadır.

Gelişmekte olan birçok ülkede bireylerin sağlığı kötüleşirken, dünya genelinde biyomedikal araştırmalara ayrılan fonlar artmaktadır. Bu durum, söz konusu ülkelerle ilgili biyomedikal araştırmalara yönelik olarak uluslararası iş birliğinin geliştirilmesi ve daha fazla teşvik edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Donaldson ve Banatvala, 2007: 857). Söz konusu durum neticesinde, sağlığa ilişkin mal ve hizmetlerin küresel boyuttaki dağılımının adaletsiz olduğu çıkarımına ulaşılabilmektedir.

Bu çerçevede çocuk felcinin ortadan kaldırılmasına yönelik girişimler, sağlığa ilişkin mal ve hizmetlerin küresel olarak adaletsiz dağılımını da gözler önüne sermektedir. Bu durum ile bağlantılı şekilde dünyanın belli bölgelerinde bu virüsün kontrol edilmesine yönelik sürdürülen aşı çalışmaları, çeşitli kurumların desteği ve devletlerarası iş birliği ile etkili olabilmektedir. Örneğin, 2012 yılında Hindistan endemik ülkeler listesinden çıkarılmış olmasına rağmen, Nijerya, Pakistan ve Afganistan gibi ülkelerde çocuk felci o tarihte ciddi bir sorun olmaya devam etmiştir (Gartner, 2012: 309). 2023 yılının sonlarına doğru ise hastalığın yayılımı sadece Afganistan ve Pakistan ile sınırlanmıştır (DSÖ, 2023a). Buradan hareketle sağlığın küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesi durumunda, dünya genelinde eşit bir dağılım olmadığı çıkarımında bulunulabilmektedir.

Ayrıca Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS) gibi bulaşıcı ve salgın hastalıklar göz önünde bulundurulduğunda, fikri mülkiyet hakları ve sağlığa erişimin temel insan hakkı olması açısından gelişmekte olan ülkelerin uluslararası iş birliği olmadan bu sorunla mücadele edemeyeceği açıktır (Albin, 2003: 385). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, toplum sağlığı nüfus sağlığı için gerekli mali veya örgütsel kapasite yeterli olmaması nedeniyle, sağlık hizmetleri ve sağlıkla ilişkili mal üretimi yetersiz kalmaktadır. Bu kapsamda toplum sağlığının korunabilmesi için diğer aktörlerin desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Dolayısıyla sağlık ekonomisi alanında çalışan bilim insanları, sağlık hizmetlerinin sunumunun genellikle bir piyasa başarısızlığıyla sonuçlandığını belirtmektedirler (Gediz Oral ve Arpazlı Fazlılar, 2019: 250). Bununla birlikte eşitlik açısından küresel dengesizliklerin bilimsel ve teknik kurumsal kapasite bazında mevcut oluşu sorunu daha da büyötmektedir (Chen vd., 1999: 293).

Sağlık teknolojisi açısından rekabeti ve dışlanabilirliği en aza indirerek bu tür temel malların küresel kamusal mal statüsüne yaklaşmasını sağlayabilmek adına uygun politika uygulamaları ve teşviklere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda, küresel kamusal mal olarak sağlığa olan ilgi giderek artmaktadır, ancak piyasalara bırakıldığında tek başına istenen

sonuçların elde edilememesi nedeniyle farklı modellerin de geliştirilmesi gerekmektedir. Örneğin, COVID-19 pandemisiyle birlikte tek bir ülkenin büyük yatırımıyla gerçekleşen aşı geliştirme teknolojisi (Amerika Birleşik Devletleri (ABD) – Moderna) sonuç verse de küresel düzeyde dağılımının pahalı ve istikrarsız olduğu ve adil olmadığı görülmüştür (Lopert vd., 2023: 394).

Adaletsiz dağılım konusu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında gözlemlenebildiği gibi, kişisel gelir grupları arasında da dikkat çekmektedir. Kamusal malların bölünemeyen ve dışlamanın olmadığı mallar olarak tanımlanmasına rağmen, sağlıkta eşitlik durumu bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır ve halk sağlığı politikaları eşit olmayan erişim, taraflı önceliklerin oluşturulması veya ihmal gibi bölüşüme ilişkin sorunlarla sonuçlanmaktadır. Bu bağlamda, gelir düzeyi farklı olan kesimlerin, sağlığa ilişkin farklı önceliklerinin olmasıyla birlikte yüksek gelir grubuna dahil olan bireylerin daha fazla önleyici ve koruyucu kapasitesi olduğu gözlenmektedir (Chen vd., 1999: 292). Ayrıca insanların üretkenliğini azaltmasıyla tedavi ve bakım masrafları için kıt kaynakları tüketmesi açısından bireylerin sağlığının bozulmasının yüksek maliyetleri bulunmaktadır. Bu durum ise özellikle düşük gelir grubundaki ülkelerin milli gelir düzeylerinin düşmesine, hastalıkların devam etmesine ve yayılmasına neden olmakla birlikte; yoksulluğa ve artan küresel eşitsizliğe katkıda bulunmaktadır. Sonuç olarak, gelir dağılımı tersine bozulmakla kalmayıp; aynı zamanda Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) çalışmalarının yüksek gelirli kesimin ihtiyaçları doğrultusunda planlanarak; sağlığa zenginlik de ekleniyorsa, mevcut küresel sistemin meşruiyetinin sorgulanması gerekmektedir (Kaul, 2001: 79). Bu nedenle de sağlık politikaları planlanırken dışsalıkları içselleştiren, sağlığı temel insan hakkı olarak gören ve küresel iş birliğini önceleyen adımların atılması gerekmektedir.

Ayrıca küresel kamusal mallar açısından adalet konusunun önemine yönelik olarak aşağıdaki politikaların yapılması önerilmektedir (Albin, 2003: 369):

- Küresel kamusal mallar bağlamında yer alan tüm taraflar ile müzakere yapılması,
- Mutabakata varılabilmesi adına alternatif şartların ve beklentilerin değerlendirilmesi,
- Çatışan çıkar ve taleplerin üstesinden gelinmesi ve bu konuda uzlaşya varılması,
- Ulusal ve uluslararası alanda çıktılarının taraflar nezdinde meşrulaştırılması,
- Anlaşmaların uygulanmasının ve anlaşma maddelerine uyulmasının güvence altına alınmasına yardımcı olunması ve

- Uzun vadede başarılı iş birlikleri oluşturulması ve sürdürülmesidir.

Kamu sağlık amaçları arasında dağılım ve eşitliğin sağlanması bağlamında, sağlık eşitsizliklerinin azaltılması önemli bir hedef olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kapsamda kamu sağlık ekonomisi, kamu sağlık kaynaklarının tahsisinin dezavantajlı nüfusların sağlığını nasıl etkilediğini ele almaktadır. Bu bağlamda kamu sağlığına ilişkin karar alma sürecinde fayda dağılımının, politika geliştirilmesine rehberlik etmesi gerekmektedir (Carande-Kulis vd., 2007: 231). Sonuç olarak küresel kamusal mallar gibi sağlığa ilişkin politika, mal ve hizmet sunumunun da adaletsiz dağılıma eğiliminde olduğu söylenebilmektedir. Bu noktada uygulanacak olan politika kümeleri ve eşitsizliğin giderilmesi önem arz etmektedir. Söz konusu özellik de sağlığa, küresel kamusal mal niteliği kazandırmaktadır.

#### **2.2.6. Dışsallıklar**

Kamusal malları özel mallardan ayıran tüketimde rekabetin olmaması, faydanın bölünemez oluşu, kolektif tüketim gibi önemli farklılıklar bulunmakla birlikte, tüketildiklerindeki yayılma etkileri veya dışsallık yaratma dereceleri en temel farklılık olarak belirtilebilmektedir (DSÖ, 2002: 4). Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin kamusal mal ve dışsallık yaratabilme özellikleri, piyasa işleyişine devlet tarafından müdahaleyi veya koruyucu sağlık hizmetlerinin sadece piyasa tarafından sunulmamasını gerektirmektedir (Gediz Oral, 2014: 84).

Küreselleşme sürecinin bir sonucu olarak dışsallık kavramı ile ön plana çıkan küresel kamusal mallar, ülkelerin ve bireylerin mevcut durumunun iyileştirilmesi ve kalkınmanın sağlanmasına yönelik olarak daha öncelikli bir araç haline gelmiştir (Susam, 2008: 282). Bu noktada günümüzde küresel kamusal mal niteliğine sahip olan sağlık hizmetinin sunumu esnasında etkinliğin sağlanması, hizmetin taşımış olduğu dışsallık özelliği nedeniyle önem arz etmektedir. 1980'li yıllara kadar doğrudan kamu ekonomisi veya kamu ekonomisinin düzenleyici rolü ile piyasa ekonomisi tarafından sunulan sağlık hizmeti, bu dönemden sonra küreselleşmenin hız kazanmasıyla birlikte yerini küresel kamusal mal olma niteliğine bırakmıştır. Dolayısıyla dışsallık özelliğinin ulusal ve uluslararası boyutlardan küresel boyutlara taşınması, sağlık hizmetine de küresel boyut kazandırmıştır (Ener ve Demircan, 2008: 67). Ayrıca sağlık hizmetinin küresel niteliğe sahip olması, küresel ölçekte dışsallıkların doğmasına yol açmaktadır. Dışsallığın dünya geneline etki gösteren boyutu ise sağlığa ilişkin mal ve hizmetlerin etkin sunulamamasına neden olmaktadır (Mutlu, 2006: 199). Bu noktada

söz konusu iki durumun karşılıklı olarak etkileşim içinde olduğu ve birbirini beslediği ifade edilebilmektedir.

Dışsallıklar nedeniyle, bulaşıcı hastalıkların kontrolü bir kamusal mal olmakla birlikte, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaralanmalar için tedavi süreci ise genellikle özel mal niteliği taşımaktadır. Bu doğrultuda, bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilişkili risk faktörleri; yaşam tarzı ve sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam ve çeşitli alışkanlıklar gibi bireysel seçimlerle ilgilidir. Bu nedenle geleneksel anlamda kamu-özel ayrımının keskin olduğu düşünülmektedir. Ancak küreselleşmeyle birlikte, geleneksel anlamda özel mallar olarak kabul edilen bazı bulaşıcı olmayan hastalıklar bile daha güçlü kamusal özellikler sergilemektedir (Chen vd., 1999).

Ulusal kamusal malların sınır ötesi dışsallık sergiliyor oluşu; küresel, uluslararası veya bölgesel kamusal mal olarak nitelendirilebilmesine neden olmaktadır. Bu bağlamda güçlü ulusal sağlık sistemleri başlı başına küresel kamusal mal olmasalar da ulusal sağlık sistemlerinin bazı unsurları önemli ve olumlu küresel etkiler yaratabilmekte ve bu yönüyle de küresel sistemin önemli bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir (DSÖ, 2002: 6). Bu kapsamda, ulusal düzeyde sürdürülen sağlık hizmetleri ile küresel sağlık arasında tamamlayıcı bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Bunun bir göstergesi olarak ise, salgın hastalıkların önlenmesi açısından ulusal sağlık hizmetleri önem taşımaktadır (Turan, 2008: 80). Sağlık hizmetinde oluşan dışsallıklar ise bu durumun temel nedenlerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Kamusal mallardan bir birim üretildikten sonra, toplumdaki her bireyin faydasını aynı şekilde artırmaktadır. Başka bir ifadeyle, her bir birim kamusal mal toplumun geri kalanı için pozitif bir dışsallık oluşturmaktadır (Levaggi, 2010: 1040).

Bu kapsamda son dönemde dışsallıkların da etkisiyle birlikte, küresel olarak ulaşılabilen mal ve hizmetlerin hacminde artış meydana gelmiştir. Bu artışın nedenleri ise aşağıdaki şekilde sıralanabilmektedir (Kaul ve Mendoza, 2003: 96):

- Yeni teknolojilerin yükselişi ile sadece beşerî hareketliliğin değil; aynı zamanda mal, hizmet ve bilginin de dünya çapında dolaşımının hızla artması,
- Ekonomik ve siyasi açıklık sayesinde, sınır ötesi ve ulus ötesi faaliyetler daha fazla ivme kazanması,
- Beşerî faaliyetlerdeki artış ile çevresel bozulma, küresel iklim değişikliği, birbirine entegre olmuş finansal piyasaların kriz oluşturması gibi sistemik risklerin artış

göstermesinin, aynı zamanda artan sosyoekonomik eşitsizlikler küresel sistemin meşruiyetinin sorgulanmasına neden olması,

- Genellikle güçlü uluslardan oluşmuş küçük gruplar tarafından kurulan, ancak çoğu zaman evrensel uygulanabilirlik iddiasında bulunan uluslararası rejimlerin daha etkili hale gelmesidir.

Literatürde, kamusal mal tarafından yaratılan dışsallığın kaynağının belirsiz olduğu ve bireyler ve bölgeler arasında yayılım gösterebilir olduğu varsayılmaktadır. Anonim kavramı ise kamusal malın üretimi veya tüketiminden elde edilen faydanın, bu dışsallığın kim tarafından oluşturulduğuna bağlı olmadığı anlamına gelmektedir. Bununla birlikte üretilen toplam kamusal mal miktarı, nerede bulunduklarına bakılmaksızın her bir bireyin fayda fonksiyonuna dahil olmaktadır (Levaggi, 2010: 1040). Söz konusu durum dünyanın herhangi bir yerinde sunulan sağlık hizmetinin dışsallık özelliği neticesinde dünya üzerindeki bugünkü ve gelecek nesillere fayda sağlayabileceğini göstermektedir.

Dışsallıkların varlığı kamu ekonomisi literatüründe devletin ekonomiye müdahale nedenlerinden biri olarak yer almaktadır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde negatif dışsallıkların ortadan kaldırılabilmesi için veya pozitif dışsallıkların teşvik edilebilmesi için devlet müdahil olabilmektedir. Bu perspektiften sağlık değerlendirildiğinde dışsal faydanın veya dışsal zararın günümüzde küresel boyutlara erişebileceği ifade edilebilmektedir. Söz konusu dışsallıkların içselleştirilebilmesi için ise küresel anlamda sağlık politikası tasarımına ihtiyaç duyulmaktadır. Birbirine bağlı bir yapıya sahip olan bu durum sağlık politikalarına küresel kamusal mal niteliği kazandırmaktadır.

### **2.3. Sağlık Politikalarının Küresel Kamusal Mal Olarak Değerlendirilmesi**

Sağlık hakkı, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesine göre, temel insan haklarından biri olarak belirtilmektedir. Bu madde "Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşama standartlarına hakkı vardır; bu hak, beslenme, giyim, konut, tıbbi bakım ile gerekli toplumsal hizmetleri ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da kendi denetiminin dışındaki koşullardan kaynaklanan başka geçimini sağlayamama durumlarında güvenlik hakkını da kapsamaktadır." şeklinde ifade edilerek sağlık hakkının bütün insanların temel erişim hakkı olan bir hizmet olduğu belirtilmektedir.

Bu kapsamda sağlık ve insan hakları arasındaki ilişki, insan haklarının geliştirilmesi ve korunması ile sağlığın iyileştirilmesi ve korunmasının ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni ise insan hakları ile sağlığın toplumsal belirleyicileri tanımlanarak, toplumsal düzeyde bir çerçeve sunulmasına olanak sağlanmasıdır. İnsan hakları yalnızca halk sağlığı hedeflerine katkıda bulunduğu için değil, aynı zamanda kamusal malları kapsadığı için de önem arz etmektedir (Mann, 1997: 10).

Küresel sağlık kavramı, Missoni vd., (2019) tarafından dört anlama gelecek şekilde tanımlanmıştır. *İlk olarak* tüm dünyada ve her yerde mevcut olduğuna işaret etmektedir. *İkinci olarak* pandemiler ve bulaşıcı hastalıkların yayılması gibi devletlerin sınırlarıyla kısıtlı olmayan sağlık sorunlarına işaret etmektedir. *Üçüncü yaklaşım doğrultusunda*, "küresel sağlık" terimi sağlığı farklı şekillerde etkileyen sosyal, politik, ekonomik, biyolojik ve teknolojik ilişkileri de kapsayan multidisipliner bir kavram olarak yorumlanmaktadır. *Dördüncü yaklaşım* ise idari bölgesel coğrafyayı aşan sosyal ilişkileri karşılayan "bölgeler üstü" kavramı temelinde oluşturulmuştur.

Kosycarz (2023: 276) tarafından küresel sağlık kavramı; "küreselleşme süreçlerinin kaçınılmaz etkisiyle dünya nüfusunun tamamı için halk sağlığı" olarak tanımlanmıştır. Frenk vd., (2014: 94) tarafından ise "küresel sağlık kavramı, küreselleşmeyle birlikte ortaya çıkan uluslar ve sektörler arasındaki yoğun karşılıklı bağımlılık ilişkilerine odaklanarak küresel nüfusun sağlığı" olarak tanımlanmıştır.

Sağlık kavramı tanımlanırken ise bir çerçevenin çizilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda Fassin (2012) tarafından küresel sağlık tanımlanırken, yaşam beklentisinin küresel sağlığın temel kaygılarından birisi olması nedeniyle ve yaşamın insani yardım ve kalkınma projeleri aracılığıyla tartışmaya açılıp yeniden tanımlanmasıyla, söz konusu kavramın "yaşam" olarak ele alınması önerilmektedir. Bu tanımlama ise sağlığı en basit anlamıyla oldukça insanî bir konuma yerleştirmektedir.

Bu nedenle son yıllarda, sağlığın insan hakları boyutu herkesin ulaşılabilir en yüksek fiziksel ve ruhsal sağlık standardına sahip olma hakkı da dahil olmak üzere, yüksek bir politika özelliğine sahip olduğu ifade edilmektedir (Koivusalo, 2010: 285). Ayrıca küresel sağlığın, sadece fiziksel olarak sunulamayacağı aşîkârdır; bu nedenle de küresel kamu mallarının sunumu açısından seçilmiş nüfus gruplarının ihtiyaçları karşılanarak küresel sağlığa katkıda bulunabildiğı belirtilmektedir (Kosycarz, 2023: 276). Farklı bir açıdan ise, sağlığa yönelik

küresel adalet yaklaşımının merkezinde insan hakları söylemi yer almaktadır. Bu çerçevede insan hakkı olarak sağlık; kapsayıcı hak olarak nitelendirilmektedir. Dolayısıyla halk sağlığı önlemlerinin, sağlık sigortası ve temel sağlık hizmetlerine erişim gibi hakları da kapsadığı söylenebilmektedir (Tasioulas ve Vayena, 2016: 367-372).

Öncelikle ulusal düzeyde sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli aktörün devlet olduğunun belirtilmesi yerinde olacaktır (Ertürk Atabey, 2012: 30-31). Dolayısıyla, bu noktada sağlık politikasının etkin olabilmesi için sürecin yönetimi ve aktörler önem taşımaktadır. Bununla birlikte sağlık politikaları ülkeler özelinde uygulansa da uluslararası kuruluşlar tarafından çizilen plan ve hedeflerle beraber sağlık politikalarının şekillendiği ifade edilmektedir (İleri vd., 2016: 185). Küresel sağlık politikası ise; küresel ölçekte sağlık girişimlerinin uygulanmasını ve kabul edilmesini yöneten, herkes için sağlık eşitliğinin sağlanabilmesi amacıyla ulusötesi ağların ve çeşitli teorik yaklaşımların kesişimini ele alan bir dizi kılavuz ve strateji olarak tanımlanmaktadır (Rieder, 2016).

Sağlık, üç nedenden ötürü küresel sosyal politika için özel bir öneme sahip olmaktadır (Koivusalo ve Ollila, 2022: 275-276): *İlk olarak*, sağlık evrensel bir insan hakkıdır ve sağlık alanında görülen büyük sosyal eşitsizlikler bu hakkın temelini zayıflatmaktadır. Sağlık eşitsizlikleri, ülkeler ve bölgeler arasındaki eşitsiz sağlık sonuçlarını azaltmanın yanı sıra sağlık hizmetlerine ve ilaçlara erişimde eşitliği sağlamak için ele alınmıştır. *İkinci olarak*, küresel sağlık sorunları, ulusal sınırları aşma potansiyellerine bağlı olarak salgın ve bulaşıcı hastalık riskleri ile tanımlanmıştır. Bu nedenle eylemlerin koordine edilmesi ve kaynakların sağlanması, bu halk sağlığı risklerinin azaltılması veya kontrol altına alınması için küresel düzeyde eylem gerektirmiştir. *Üçüncü olarak*, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, zararlı veya güvenli olmayan ürün ve uygulamalardan korunmayı gerektirmektedir. Bu faaliyetler ulus ötesi şirketlerden etkilenmekte ve küresel pazarlar tarafından şekillendirilmektedir.

Bu doğrultuda kamu sağlık ekonomisi bünyesinde yedi temel araştırma alanı bulunmaktadır. Söz konusu alanlar; halk sağlığı sektörü, karar destek ve politika analizi, bilgi, düzenleme, dağıtım ve eşitlik, felaket ve risk yönetimi ve halk sağlığının makroekonomisidir. Bu alanlar bağlamında devlet müdahalesinin nedenleri araştırılmaktadır. Piyasaların ve bireysel davranışların seçim yapılması amacıyla kullanılmadığı veya kullanılamadığı durumlarda, kaynakların tahsisine ve hizmetlerin sunumuna rehberlik edecek alternatif yöntemlerin geliştirilmesi bu noktada önem arz etmektedir. Söz konusu araştırma alanları içinde diğerlerine

kıyasla daha az ilgi gören bir diğer araştırma türü ise, kaynakların verimliliğe değil; siyasi eylemlere dayalı olarak tahsis edilmesi durumudur. Bu araştırma türünün temeli ise kamusal malların talep ve arzına ilişkin kararların piyasa kurumları aracılığıyla değil; siyasi kurumlar aracılığıyla alınmasına dayanmaktadır (Carande-Kulis vd., 2007: 230). Bu durum sağlık ekonomisi ve politika ilişkisini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla sağlık politikası tasarımı ve uygulaması kamu ekonomisi bağlamında oldukça kritik bir pozisyonda yer almaktadır.

Küresel sağlık politikaların meşruiyeti; hem uluslararası yasal ve kurumsal yükümlülüklerden hem de küresel ölçekte ve küresel kurumlar aracılığıyla harekete geçme ihtiyacını vurgulayan yeni ortaya çıkan sorun ve konu başlıklarından kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda küresel sağlık sorunları yerel veya ulusal politika sorunları olarak ortaya çıkabilir, ancak ulusal ve yerel düzeyde etkili müdahaleler küresel eylem eksikliği nedeniyle sekteye uğrayabilmektedir (Koivusalo ve Ollila, 2022: 278). Bu durum sağlık ile ilgili sorunlara küresel bir bakış açısı gerektiğini göstermekle birlikte yerel ve ulusal uygulamaların küresel politika temelinde oluşturulması gerekliliğine işaret etmektedir.

Ülkelerin ulusal sağlık sistemlerinin yeterli olup olmadığı hususu ve küresel kamusal mal olarak sunulma gerekçeleri ise aşağıdaki şekilde sıralanabilmektedir (Kosycarz, 2023: 277):

- Maliyetler tek tek ülkeler tarafından karşılanırsa bile, sağlık hizmetinin bütün ülkeler için potansiyel faydalar sunması,
- Yerel önlemlerin, büyük harcamalar yapılsa bile (iklim değişiminin önlenmesi, virüslerin yayılmasının engellenmesi gibi) hedefe ulaşılmasını sağlamayabilmesi,
- En zayıf halka teknolojisi kategorisindeki küresel kamusal malların, uluslararası iş birliği yapılmadan etkin bir şekilde sunum imkanına sahip olmaması,
- Uluslararası iş birliğinin bilgi alışverişine dayanması sayesinde küresel sağlık acil durumlarının önlenmesi,
- Küresel olarak hareket edilerek, sağlıklı yaşam beklentisini büyük ölçüde belirleyen hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşvik edilebilmesidir.

Bu gerekçelere dayanarak sağlık, hızla yüksek öncelikli bir küresel politika meselesi olarak ortaya çıkmaktadır (Kaul, 2001: 77). Bununla birlikte siyasi süreç ise, küresel sağlık politikası tartışmalarının merkezi konumuna gelmektedir (Gómez vd., 2022: 2080).

Ertürk Atabey (2012:180) tarafından yapılan çalışmada sağlının uluslararası boyutta ele alınan bir konu olmasının sonucu olarak küresel sağlık politikalarının belirleyici olmaya başladığı ve uluslararası örgütler tarafından oluşturulan politikaların ülke politikalarına yön verdiği belirtilmektedir. Bu durumun sonucu olarak da ülkelerin kendi ihtiyaçlarına göre tasarladıkları sağlık politikalarını yürütmek yerine dayatma sağlık politikalarına süreçlerini uyarlamak zorunda kaldıkları çıkarımında bulunulabilmektedir.

Günümüzde ise küresel sağlık politikasına dahil olan kurumlar temel olarak şu görevleri üstlenmektedirler (Koivusalo, 2010: 279):

- Küresel düzenleyici tedbirler ve standartların oluşturulması,
- Ortak küresel eylemler için temel sağlık hizmetleri veya herkes için sağlık gibi daha geniş küresel politika gündemlerinin belirlenmesi,
- Küresel sağlık politikalarının, ulusal sağlık politikalarının kapsamını ve sağlık kaynaklarının küresel dağılımını nasıl geliştirdiğinin veya sınırladığının belirlenmesidir.

Sağlığa ve sağlık politikasına ilişkin tanımlamalar yapıldıktan sonra literatürde yer alan küresel kamusal mal tanımlamaları ele alınmaktadır. Böylelikle sağlık politikalarının küresel kamusal mal ekseninde değerlendirilerek özelliklerinin ele alınması yoluna gidilmektedir.

Küreselleşmenin ayırt edici özelliklerinden olan sınır ötesi bağlantıların ve karşılıklı bağımlılığın artan yoğunluğunun bir sonucu olarak, küresel kamusal ihtiyaçları karşılayan kamusal mallara olan talep artırmıştır (Moonvd., 2017: 196). Bu doğrultuda küresel kamusal mallar, dünya üzerindeki bütün bireyler (bugünkü ve gelecek nesiller de dahil) tarafından elde edilebilen, tüketiminde rekabetin ve dışlamanın olmadığı, herkesin yararlanabildiğı ve finansmanının küresel olarak sağlandığı faydalar olarak tanımlanabilmektedir (Ortaç, 2004: 15). DSÖ (2002: 7) tarafından yapılan tanımlamada küresel kamusal mallar, her ne kadar faydalarının dağılımı ülkeler arasında eşit dağılmasa veya algılanmasa da gerçek anlamda küresel erişime sahip program, politika ve hizmetleri ifade etmektedir.

Barış ve Barlas (2017: 140-142)'a göre küresel kamusal malların kamusal ve küresel olmak üzere iki temel özelliğı bulunmaktadır. Kamusal özellik, kamusal malların sahip olduğı niteliklerin taşınması iken küresel özellik ise fayda veya zararın ulusötesi ve nesiller arasında yayılım göstermesi şeklinde belirtilmektedir.

Küresel kamusal mallar, ulusal ve yerel kamusal mallardan erişim alanlarıyla, yani kamusal niteliklerinin ulusal sınırların ötesine yayılması özelliği ile farklılık göstermektedir (Lele ve Gerrard, 2003: 686). Bu bağlamda ulusal kamusal malların aksine, ulus ötesi kamusal malların iki veya daha fazla ülke vatandaşının tüketimde rakip olmadığı ve dışlanamaz faydalar sağladığı bir yapıya sahip olduğu belirtilebilmektedir. Ayrıca bazı ulus ötesi kamusal mallar küresel olarak fayda veya maliyet yayılımı sağlayarak dünya genelindeki insanların refahını artırmaktadır. Yayılmanın küresel olduğu bu durumda, ilgili mal küresel kamusal mal olarak adlandırılmaktadır (Sandler, 2006: 6). Bir başka ifadeyle faydaları veya maliyetleri sınır ötesi yayılım gösterebilen mallar küresel kamusal mal olarak ifade edilmektedir (Susam, 2020: 94).

Küresel kamusal mallarda belirleyici faktör; ortaya çıkan fayda ya da zararın dünya geneline dağılım göstermesi ve erişilebilir olmasıdır. Bu nedenle bir kavramın küresel kamusal mal olarak sınıflandırılmasında sunumun gerçekleştiği ülkenin bir önemi bulunmamaktadır. Salgın bir hastalığın ortaya çıktığı ülkenin veya bölgenin hastalığın yok edilmesine yönelik uyguladığı politikalar ulusal ya da bölgesel kamu malı görünümünde olsa da ortaya çıkan faydalar mevcut dünya nüfusunu ve gelecek nesilleri de etkilediği için küresel ölçekte sonuçlar elde edilmektedir (Ortaç, 2004: 15).

Yamey vd., (2018)'ye göre geleneksel kamusal mal özelliklerini temel alarak oluşturulan küresel kamusal mal tanımından, daha geniş bir tanıma ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir. Bu kapsamda daha geniş bir kavrama işaret eden “küresel fonksiyonlar” kavramı tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya göre ise küresel fonksiyonlar aşağıda sıralanan üç sınıflandırmadan oluşmaktadır:

- Sağlık için ele alınan geleneksel küresel kamusal mallar,
- Salgın hastalıkların ve pandemilerin kontrol altına alınması, antimikrobiyal dirençle mücadele edilmesi veya sigara, alkol ve şekerli içecekler gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar için risk oluşturan faktörlerin yayılmasının engellenmesi gibi olumsuz sınır ötesi dışsallıkların yönetimi ve
- Küresel sağlığın iyileştirilmesi amacıyla uzlaşa oluşturulması, küresel politikaların geliştirilmesi, sektörler arası bağlantı oluşturulması ve küresel liderliğin teşvik edilmesidir.

Bu aşamada küresel kamusal kötülere değinilecek olursa küresel kamusal mallar gibi dışlanamaz nitelikte oldukları, ancak bunların üretilmesinden ziyade önlenmesi gerektiğinin belirtilmesi yerinde olacaktır. Bu noktada bulaşıcı hastalıkların küresel düzeyde yayılımı ve ilaçlara dirençli mikrobiyal türlerin ortaya çıkması sağlık kapsamında ele alınabilecek küresel kamusal kötülere örnek olarak verilebilmektedir. Çoğu küresel kamusal mal sunum politikalarının mevcut yaklaşımı, bir küresel kamusal kötünün ortaya çıkışının ardından acil durum temelinde müdahale etmek olarak tasarlanmıştır (Kaul ve Faust, 2001: 870). Bu nedenle sağlık ile bağlantılı küresel kötüler ile mücadele aşamasında küresel kamusal mal üretimine ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaul (2001: 78)'a göre iki nedenle sağlık, küresel kamusal mal olarak kabul edilmektedir. İlk olarak günümüzün küreselleşen ve giderek daha açık hale gelen dünyasında bireylerin sağlığı, küresel kamusal mal olarak yer almaktadır. Bireylerin sağlığının bozulmasının etkileri veya dışsallıklar giderek sınırların ötesine ulaşmakta ve böylelikle kümülatif olarak yüksek maliyetlere yol açmaktadır. Bu nedenle, herhangi bir yerde bireylerin sağlık durumunun iyileştirilmesi ve bulaşıcı hastalıkların etkin bir şekilde kontrol altına alınması, dünya üzerinde herhangi bir yerde yaşayan bireylerin sağlığı için kritik önem taşımaktadır. İkinci olarak ise, artık tek başına yerel eylemler insanların sağlığını yerel olarak güvence altına alamamaktadır. Bu nedenle uluslararası -bölgesel ve küresel- politika eylemleri veya kamusal mallar ile sağlığa yönelik politikaların ve hizmet sunumunun tamamlanması gerekmektedir. Bu kapsamda günümüzdeki yeni politika girişimlerinin birçoğu aslında sağlık için küresel kamusal malların sunumunu sağlamayı amaçlamaktadır. Bu girişimler, küreselleşmeyi dikkate alan ve merkezine adil ve hakkaniyetli uluslararası iş birliğini yerleştiren yeni bir kamu sağlık politikasının önemli yapı taşlarını oluşturmaktadır.

Buradan hareketle ulusal halk sağlığı politikalarının ve sağlık sistemlerinin organizasyonu ve finansmanı, küresel sağlık politikası gündemine giren yeni ve acil konularla birlikte küreselleşme ve küresel ekonomik entegrasyondan etkilendiği ifade edilebilmektedir. Sağlığın belirleyicilerini kapsayan daha geniş politikaları etkileyebilmekte ve sağlık sistemleri üzerinde doğrudan sonuçları görülebilmektedir (Koivusalo ve Ollila, 2022: 278).

Sağlığa ilişkin sorunlar ulusal bir alanda başlayıp, bölgesel bir alana, sonrasında küresel bir boyuta ulaşabilmektedir. Bu yapı ise sağlığın küresel kamusal mal olarak tanımlanmasıyla beraber küresel boyutta mücadeleyi zorunlu kılmaktadır (Susam, 2008:

286). Dolayısıyla da bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve önlenmesi küresel kamusal malların klasik örneği olarak karşımıza çıkmaktadır (Gartner, 2012: 307).

Örneğin, Hunter vd. (2022: 1178)'ye göre aşı eşitsizliği, pandemiye karşı küresel yönetimdeki başarısızlığın belirtisi olarak ifade edilebilmektedir. Aşıların dünya çapında adil bir şekilde sunulmasını sağlayan bir fikri mülkiyet yönetimi, üretim ve dağıtım sistemini içeren küresel bir aşı stratejisinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu noktada pandemik hastalıklara karşı geliştirilen aşıların ve bunları üretme imkanlarının, ilaç şirketi yönetici ve hissedarlarına en üst düzeyde getiri sağlayan veya politikacıların seçilebilirliğini artıran, tekel konumunda bulunmaması gerekmektedir. Dolayısıyla yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı sağlık politikalarının küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu doğrultuda orta ve uzun vadede az gelişmiş ve küçük ülkelerin aşı üretmek için yerel veya bölgesel kapasiteye erişmeleri gerekmektedir. Dolayısıyla bu ülkelerin, gelecekte karşılaşılacak pandemilerde yüksek gelirli ülkelerin aşı tedariki için aşırı üretim kapasitesine güvenmeleri çözüm sunmayacaktır (Hunter vd., 2022: 1178). Böylelikle, küresel sağlık politikalarına yönelik küresel eşitliğin sağlanabilmesi adına birtakım adımların atılmasına gerek duyulduğu belirtilebilmektedir.

Aynı şekilde bir hastalık için etkili bir tedavi uygulanması, salgın kontrolünün sağlanması veya araştırmaların yaygınlaştırılması gibi halk sağlığı müdahaleleri, ulusal sınırlardan bağımsız olarak sorunları ele alan küresel kamusal mal olarak nitelendirilmektedir (Donaldson ve Banatvala, 2007: 859).

Kaul vd. (1999) tarafından yapılan küresel kamusal mallar sınıflandırmasında sağlık, küresel politik sonuçlar doğuran kamusal mal olarak yer almaktadır. Söz konusu sınıflandırmada sağlık, dışlanamazlık ve tüketimde rekabetin olmaması özelliklerine sahiptir. Bu sınıflandırma ise Tablo 2.1.'de gösterilmektedir. Tablo 2.1'e göre sağlık hizmeti kolektif eylem gerektirdiği için eksik arz sorununun mevcut olduğu ifade edilebilmektedir.

**Tablo 2.1. Küresel Kamusal Malların Sınıflandırılması.**

| <b>Malın Türü</b>                      | <b>Örnek</b>               | <b>Dışlanamazlık</b> | <b>Tüketimde Rekabetin Olmaması</b> | <b>Arz/Talep Sorunu</b>          |
|----------------------------------------|----------------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1) Ortak Küresel Kamusal Mallar        | Ozon Tabakası              | Var                  | Yok                                 | Aşırı Tüketim                    |
|                                        | Atmosfer (İklim)           | Var                  | Yok                                 | Aşırı Tüketim                    |
| 2) İnsan Yapımı Küresel Kamusal Mallar | Evrensel İnsan Hakları     | Kısmen               | Var                                 | Eksik Tüketim (Baskı)            |
|                                        | Bilgi                      | Kısmen               | Var                                 | Eksik Tüketim (Erişim Eksikliği) |
|                                        | İnternet (Altyapı)         | Kısmen               | Var                                 | Eksik Tüketim (Giriş Engelleri)  |
| 3) Küresel Politik Sonuçlar            | Barış                      | Var                  | Var                                 | Eksik Arz                        |
|                                        | Sağlık                     | Var                  | Var                                 | Eksik Arz                        |
|                                        | Adalet ve eşitlik          | Kısmen               | Var                                 | Eksik Arz                        |
|                                        | Finansal İstikrar          | Kısmen               | Var                                 | Eksik Arz                        |
|                                        | Çevresel Sürdürülebilirlik | Var                  | Var                                 | Eksik Arz                        |

Kaynak: Kaul, Grunberg ve Stern, 1999: 454.

Küresel politika çıktıları kapsamında sınıflandırılan küresel kamusal mallar, temel olarak özel malların küreselleşmesine işaret etmektedir. Bu bağlamda temel eğitim, sağlık hizmetleri ve gıda güvenliği gibi “herkesin” erişebilmesi için hedeflenen küresel (ulusal ve uluslararası) çabalar bu sınıflandırmaya örnek olarak gösterilmektedir. Bu kategorideki mal ve hizmetlerin, ülkeler ve bireyler arasındaki karşılıklı bağımlılıkların temelini oluşturan bölünmez faydalara sahip oldukları ifade edilmektedir. Ülkeler ve bireyler arasında bir ağ şeklinde bağımlı yapıya sahip olan mal ve hizmetlerin teknik olarak dışlanamadığı ve dolayısıyla fiilen herkesi kapsayan ve kamusal olma eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Kaul ve Mendoza, 2003: 100).

Küreselleşme süreciyle beraber, politik gündemde birtakım değişimlerin olması nedeniyle farklı türde küresel kamusal malların ortaya çıkışı söz konusu olmuştur. Bu çerçevede daha önce küresel arenada var olmayan ancak zamanla ulusal politikaların birbiriyle etkileşimi sonucu, uluslararası iş birliği gerektiren temiz hava, sağlık, finansal denge ve bilgi gibi kamusal malların küresel nitelik kazandığı ifade edilmektedir (Turan, 2008: 75-76). Bu nedenle de devletlerin uluslararası iş birliği yoluyla veya kendi çabalarıyla küresel kamusal mal tedarik etme konusundaki isteklilikleri, hiçbir ülkenin tek başına tam olarak karşılayamayacağı, sınır ötesi dışsalılıklara bir yanıt olarak nitelendirilmektedir (Lopert vd., 2023: 397).

Toplum sağlığı, kamusal malın saflık derecesi ve uygulandığı nüfusun büyüklüğü arttıkça daha güçlü hale gelmektedir (Anomaly, 2011: 251). Ayrıca bireylerin sağlığının karmaşık ve çok yönü olan bir küresel kamusal mal niteliğinde olması nedeniyle sağlığın her boyutu

üzerinde çalışılması gereken farklı politika setleri ve teknolojilerin oluşturulması gerekmektedir (Kaul, 2001: 80).

Sağlık alanında hem ülkelerin tek başına yürüttükleri hem de uluslararası örgütlerin iş birliği içinde yapmış oldukları insan sağlığının korunmasına yönelik çalışmaların, bütün insanlığın yararına olması (Arsan, 1992: 424) ve küresel topluma sunulması nedeniyle sağlığın küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla sağlık ve sağlık hizmetlerinin sunumunun, toplumsal önemi nedeniyle evrensel bir uzlaşmanın bulunduğu küresel kamusal mal olma özelliğine sahip olduğu ifade edilebilmektedir. Sağlık hizmetinin küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesi ve sunumu, ortaya çıkan dışsallıklar nedeniyle dikkat çekmektedir. Bu nedenledir ki sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanında kamu ekonomisine önemli rol düşmektedir. Bu çerçevede sağlık ve sağlığa ilişkin mal ve hizmetlerin dışsal etkilerinin küresel boyutlara ulaşması, küresel kamusal mal olarak nitelendirilme nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Akdoğan Gedik, 2020: 149-151).

**Tablo 2.2. Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık Hizmetinin Analizi**

| <b>Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık</b> |                                                                                                                               |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Özellik                                  | Küresel boyutta bu özellikler görülmektedir.                                                                                  |
| Faydanın Bölünmezliği                    |                                                                                                                               |
| Tüketimde Dışlanamazlık                  |                                                                                                                               |
| Finansman                                | Kamu Kaynakları-Ulusal / Uluslararası Kuruluşlar<br>Özel Kaynaklar-Kar Amacı Olan/Olmayan Kuruluşlar/Sivil Toplum Kuruluşları |
| Hizmetin Etki Alanı                      | Küresel Dünya Ölçeği                                                                                                          |
| Hizmetin Diğer Amaçları                  | Yoksulluğun Önlenmesi<br>Küresel Ölçekte Yaşam Standartlarının Artması                                                        |

Kaynak: Ener ve Demircan, 2008: 68.

Tablo 2.2'ye göre sağlığın kamusal malların taşıdığı olduğu temel özellikleri küresel boyutta da göstermesi nedeniyle küresel kamusal mal olarak ele alındığı görülmektedir. Dolayısıyla da sağlık hizmetinin etki alanının dünya ölçeğine yayıldığı belirtilmektedir. Ayrıca Tablo 2.2'de yer alan küresel kamusal mal olarak sağlık hizmetinin yoksulluğu önlemesi ve refahı artırması hususu tez çalışmasının ilerleyen bölümlerinde ele alınacak olan gelir-sağlık ilişkisine de işaret etmektedir.

Morrissey vd. (2002: 14-15) tarafından yapılan çalışmada ise küresel kamusal mallar sektörlerine göre sınıflandırılmaktadır. Söz konusu sınıflandırma Tablo 2.3'te gösterilmektedir.

**Tablo 2.3. Sağlık Hizmetinin Küresel Kamusal Mal Olarak Çekirdek/Tamamlayıcı Faaliyetler Olarak Sınıflandırılması**

| Sağlık Kamusal Malı | Çekirdek Faaliyet          | Tamamlayıcı Faaliyet   |                   |
|---------------------|----------------------------|------------------------|-------------------|
|                     |                            | Üretim                 | Tüketim           |
| Küresel Kamusal Mal | Hastalıkların Yok Edilmesi | Hastalık Araştırmaları |                   |
| Ulusal Kamusal Mal  | Koruyucu Sağlık Hizmetleri | Sağlık Sistemi         | Sağlık Merkezleri |

Kaynak: Morrissey vd., 2002: 17.

Tablo 2.3'teki sınıflandırmada küresel kamusal mallar çekirdek ve tamamlayıcı olmak üzere iki temelde ele alınmaktadır. Bu kapsamda sağlığın iyileştirilmesi ulusal ve uluslararası düzeyde geçerli olmak kaydıyla çekirdek küresel kamusal mal olarak nitelendirilmektedir. Ayrıca bir hastalığın yok edilmesi, küresel kamusal mal için temel faaliyet olarak değerlendirilmektedir. Hastalığın nasıl ortadan kaldırılacağı veya kontrol altına alınacağına ilişkin yapılan araştırmalar, kamusal malın üretilmesi için tamamlayıcı bir faaliyet olarak karşımıza çıkmakla birlikte, ulusal veya uluslararası düzeyde gerçekleştirilebilmektedir. Bu nedenle bulaşıcı hastalıklarda, bu hastalıktan etkilenen her ülkenin hastalığın kontrolüne ve mücadelesine katkıda bulunması gerekmektedir ve söz konusu durum tamamlayıcı küresel kamusal mal kapsamında yer almaktadır.

Ayrıca Tablo 2.3'e bakıldığında ulusal kamusal mal olarak ve küresel kamusal mal olarak sağlık hizmetinin birbiriyle bağlantılı ve etkileşimde olduğu görülmektedir. Bu bağlamda da sağlık hizmeti sunumu esnasında veya sağlık politikalarının tasarımı aşamasında uluslararası/küresel perspektife ihtiyaç duyulmaktadır.

**Tablo 2.4. Sektörel Olarak Sağlığın Küresel Kamusal Mal Ve Ulusal Kamusal Olarak Ayrımı**

| Sektör | Küresel Kamusal Mal                                                                                                            | Ulusal Kamusal Mal                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sağlık | -AIDS gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolü<br>-Sağlık eğitimi<br>-Bulaşıcı hastalık kontrolü<br>-Sağlık politikası | -Tıp eğitimi/öğretimi<br>-Medikal hizmetler<br>-Temel sağlık altyapısı<br>-Temel beslenme<br>-Sağlık personeli gelişimi<br>-Nüfus politikası ve idari yönetim<br>-Üretken sağlık bakımı<br>-Aile planlaması<br>-Su arzı ve sanitasyon<br>-Kalkınma/yiyecek yardımı |

Kaynak: Mascarenhas ve Sandler, 2005: 1115.

Tablo 2.4’te sađlđđın küresel ve ulusal kamusal mal olarak ayrımı gösterilmektedir. Bu ikili ayrım sađlđđın sektörel olarak hem ulusal nitelikte hem de uluslararası boyutu olduğunu yansıtmaktadır. Özellikle sağlık politikasının küresel kamusal mal olarak nitelendirilmesi, ulusal kamusal mal sınıflandırması altında üretilen sađlđđya yönelik mal ve hizmetlerin sağlık politikasının bir uzantısı olduğu için birbiriyle bağlantılı olduğu ifade edilebilmektedir. Öte yandan tez çalışması kapsamında sağlık politikasının küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesi göz önünde bulundurulduğunda, ulusal düzeyde üretilen sađlđđya ilişkin kamusal mal kalemlerinden gelir ile bağlantılı olan mal ve hizmetler gelir-sağlık ilişkisine de dikkat çekmektedir.

Sağlık hizmetinin hem ulusal hem de sınır ötesi/küresel düzeyde etkileri olması nedeniyle küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesi iki şekilde kendini göstermektedir. Öncelikle bulaşıcı hastalıkların küresel niteliğe sahip olması; ikincisi ise bir birey veya bir ülkenin hastalıklardan korunmasının birçok alanda oluşan riskleri azaltmasıdır (Mutlu, 2006: 58). Bununla birlikte sađlđđın, coğrafi veya siyasi sınırları hiçe sayan konulardan birisi olarak nitelendirilmesi nedeniyle, ülkeler yalnızca kendilerine özgü sağlık sorunları ile değil, aynı zamanda küresel sistemin karşı karşıya kaldığı sağlık sorunları ile mücadele etmektedir. Bu nedenle de sağlık; bulaşıcı hastalıklar, tedavi yöntemleri, aşı kampanyaları, ilaç endüstrisi, tıpta ve biyomedikal aralarındaki yenilikler ile uluslararası bir konu olarak değerlendirilmektedir (Gediz Oral, 2014: 80).

Başka bir açıdan küreselleşme sürecinin etkisiyle birlikte sağlık temel olarak iki güç tarafından küresel kamusal mal niteliği kazanmaktadır. İlk olarak, ticaret, g ve bilgi akışındaki uluslararası bağlantıların artması sonucunda, hastalıkların sınır ötesi yayılımı ve davranışsal/çevresel sağlık risklerinin uluslararası transferi hızlanmaktadır. İkinci olarak ise, ortak mallar olan hava ve su kaynakları üzerinde yoğunlaşan ve artan tehditler ortak çevresel nitelik kazanmıştır. Sonuç olarak, sağlık alanındaki yükümlülükler ulusal statüde olmaya devam etse de sađlđđın belirleyicileri ve bu yükümlülükleri yerine getirme araçları giderek kreselleşmektedir (Chen vd., 1999: 289).

Buradan hareketle küresel düzeyde sağlık politikası yapımı ve yönlendirilmesinde rol üstlenen organizasyonlar mevcut olmakla birlikte karmaşıklık, yetki ve yaptırım g gibi unsurlar açısından birtakım sorunların da var olduğu ifade edilebilmektedir. Dolayısıyla küresel sistem içerisinde hem sağlık hizmetine erişimde ve hizmet kalitesinde eşitsizliğin önlenebilmesi

hem de etkin politika uygulanmasının sağlanabilmesi için işlevsel küresel bir yapıya ihtiyaç duyulmaktadır.

Traore vd. (2023) tarafından yapılan çalışmada, kamu sağlığına yönelik küresel değerlendirme ve gösterge çerçevelerinin geniş değerlendirmeler üretemeyecek düzeyde olduğu belirtilmektedir. Bu doğrultuda söz konusu durumun gözden geçirilerek sürdürülebilir bir yaklaşımın ortaya konulabilmesi adına rasyonelleşmeye ve uyumlaşmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Aynı anda hem mevcut halk sağlığı krizlerine yanıt vermeleri hem de gelecekteki olaylara hazırlanmaları beklenen ülkelerin üzerindeki yükün azaltılabilmesi amacıyla sürdürülebilir bir küresel değerlendirme sürecinin geliştirilmesi, aynı zamanda çok az mali yatırım ve düşük kaynak kapasiteleriyle yüzlerce göstergeye göre mevcut ilerlemenin raporlanması gerekmektedir. Bu durum ise yine küresel bir sağlık politikası tasarımına duyulan ihtiyacı göstermektedir.

DSÖ (2023b: 78)'e göre gelecek yıllarda sağlık alanında küresel, bölgesel, ulusal ve yerel düzeylerdeki sağlık sorunlarının öngörülebilmesi ve sorunlara yanıt verilebilmesi amacıyla (özellikle de savunmasız nüfus gruplarının korunması) acilen harekete geçilmesi gerekmektedir. Bu nedenle sağlık kazanımlarının en üst düzeye çıkarılması ve eşitsizliklerin ortadan kaldırılması amacıyla her düzeyde zamanında, güvenilir ve ayrıştırılmış verilere, tahminlere ve öngörülere sahip olunması kritik önem taşımaktadır. Herkes için sağlığın teşvik edilmesi, sağlanması ve korunmasına yönelik olarak ülkeler, örgütler ve organizasyonlar tarafından desteklenen ortak çabaların, önümüzdeki yıllarda dünya çapında daha sağlıklı nüfuslar için sağlam bir temel oluşturacağı ifade edilmektedir.

Gerçekten de dünyada uluslararası organizasyonların yasal güce sahip potansiyel düzenleyiciler olarak değil, bilgi ve norm sağlayıcılar olarak yer aldığı bir yapı söz konusudur. Bu nedenle aktörlerin sayısının çokluğu, ilişkilerinin karmaşıklığı ve küresel sağlık sorunlarının ele alınmasında çok taraflılık ve küresel dayanışmanın hayal kırıklığı yaratacak derecede başarısız olması nedenleriyle, “küresel sağlık mimarisinin olmadığı” düşüncesi ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla sağlık konusuna özel ve geniş odaklı bir perspektiften bakıldığında resmin daha net görülebileceği aşikardır (Kaasch, 2021). Bugün sağlık için küresel kamusal mallara yönelik küresel düzenlemelerin güçlendirilmesi, gelecek yıllarda küresel sağlığın iyileştirilmesi için değerli bir yatırım olarak görülebilecektir (Moon vd., 2017).

McKee vd. (2021) tarafından yapılan çalışmada ise, COVID-19 pandemisi sonrası sağlıkta küresel yönetim sisteminde ihtiyaç duyulan unsurların kamusal mal niteliği taşıması nedeniyle yeterince yatırım yapılmamış olması konusunda sistemdeki çeşitli boşluklar araştırılmıştır. Bu boşlukların doldurulması amacıyla ise aşağıdaki çözümler önerilmektedir:

- Yeni bir pandemi anlaşmasının yapılması,
- Ortaya çıkan sağlık tehditlerine karşı geleceği tarayacak bir mekanizmanın varlığının tesis edilmesi,
- Bir kriz durumunda uygun bir mali müdahalenin yapılmasını sağlayacak mekanizma oluşturulması ve
- Aşılarla yönelik küresel bir politika oluşturulmasıdır.

Bunlar bir araya geldiğinde, sorumlulukların netleştirilmesi, hazırlıklı olma durumunu izleyebilecek ve hızlı müdahaleleri kolaylaştıracak bir yapı ve ülkelerin etkili bir müdahale için ihtiyaç duydukları kaynakları elde edebilmelerini sağlayacak sürdürülebilir bir sistem ile bir kriz anında harekete geçmek için net bir yasal dayanak sağlanabilecektir. Böylelikle küresel sağlık yönetimi açısından ilerlemeler kat edildiğinde küresel sağlık politikalarının tasarımı, uygulanması ve izlenebilirliği de kolaylaşabilecektir. Buradan hareketle küresel sağlık yönetiminin sağlanabilmesi bu yolda atılması gereken adımların başında yer aldığı vurgulanabilir.

Gerek akademik çalışmalarda gerekse de DSÖ tarafından hazırlanan raporlarda küresel bir aksiyona, yasal yapıya ve gerekli önlemlerin alınmasına ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir. Mevcut durumda sağlığa yönelik uluslararası kuruluşlar genellikle bulaşıcı hastalıklar temelinde ve çeşitli programlar oluşturarak kamusal mal üretimi sağlamaya yönelik çalışmalar yürütmektedir. Bu durum aslında küresel bir sağlık politikasının dünyada henüz mevcut olmadığını göstermektedir. Bu durumu destekler nitelikte, sadece belirli hastalıklar özelinde veya belirli konular temelinde oluşturulan programlar yeterli düzeyde sunum sağlamamaktadır. Öte yandan uluslararası kuruluşların ülkelere yönelik hazırladığı raporlar politika önerisi niteliği taşımaktadır. Bu nedenle de sağlık politikalarının küresel kamusal olduğunun kabul edilmesinin hem tez çalışması kapsamında hem de daha net politika önerileri sunulabilmesi adına temel oluşturabileceği söylenebilmektedir.



### **3. SAĞLIK POLİTİKALARI VE SOSYAL KORUMA BAĞLANTISININ KÜRESEL DÜZEYDE ELE ALINMASI**

#### **3.1. Gelir Düzeyi ve Sağlık İlişkisi**

Sağlık politikalarından sosyal korumaya geçişte temel olarak gelir düzeyi ve sağlık ilişkisi temel konu başlıklarından biri olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda gelir sağlığın temel belirleyicilerinden biri olduğu için gelir düzeyi ve sağlık ilişkisinden sosyal korumaya geçiş yapılması hedeflenmiştir. Bir başka ifadeyle gelir düzeyi ve sağlık ilişkisinin değerlendirilmesi sosyal korumaya geçiş için çıkış noktası olarak ele alınmaktadır. Bu iki kavram arasındaki ilişki, sosyal korumanın bireylere bir anlamda gelir güvencesi ve sosyal politika araçlarına erişim özgürlüğü sağladığı için temel sağlık hizmetlerine yönelik politikalar ile sosyal koruma hizmetlerinin bağlantısına yönelik temel oluşturmaktadır.

##### **3.1.1. Gelir Düzeyi ile Sağlık İlişkisine Yönelik Literatür**

Sağlığın temel belirleyicilerinden biri olarak gelir düzeyi, önemli bir kavram olduğu için bu konu kritik öneme sahiptir. Bu nedenle hem bireyler hem de ulusal ve uluslararası farklılıklar göz önünde bulundurulduğunda gelir sağlık ilişkisi önemli bir konu başlığı olarak dikkat çekmektedir. Bu ilişkinin açıklanabilmesinin sosyal koruma politikalarına yönelik değerlendirmelere geçiş aşaması için temel oluşturması amaçlanmaktadır.

Bu çerçevede öncelikle mutlak gelir hipotezi aracılığıyla sağlığın ortalama gelirdeki artışla birlikte azalan bir oranda iyileştiği, yani gelir ve sağlık arasında eğrisel (curvilinear) bir ilişkinin olduğu öne sürülmektedir (Lorgelly ve Lindley, 2008: 249). Başka bir deyişle ortalama gelir arttıkça ve gelir eşitsizliği azaldıkça toplumdaki ortalama sağlık durumunun iyileşmesi mutlak gelir hipotezi olarak tanımlanmaktadır (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000: 546). Öte yandan nispi gelir hipotezine göre ise gelir dağılımının daha eşit olduğu toplumlarda bireyin sağlık durumunun daha iyi olacağı öngörülmektedir (Kwachi ve Kennedy, 1999: 215). Nispi gelir hipotezinin en temel versiyonu, bireysel düzeyde sağlığın, bireyin gelirinin nüfusun ortalama gelirinden sapmasına bağlı olması durumu ile açıklanabilmektedir (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000: 547). Bu durumda, ortalama gelirin altında kalan bireylerin sağlık durumunun kötüleşme eğiliminde olabileceği ifade edilebilmektedir.

Gelir eşitsizliği hipotezi ise gelir arttıkça ölüm oranlarının düşmesi şeklindeki ilişkiye dayanarak açıklanmakta ve gelir eşitsizliğinin bireyin sağlığı için zararlı olduğunu savunmaktadır (Wilkinson, 2002: 83). Buradan hareketle gelir eşitsizliği hipotezinde iki olasılığın söz konusu olduğu belirtilmektedir. Bu olasılıklardan ilki, mutlak gelir düzeyine ilave olarak, bireyin içinde yaşadığı toplumdaki eşitsizlik derecesinin de bireyin sağlığını etkileyebilmesidir. İkinci olasılık ise; önemli olanın küçük bir bölgedeki topluluğun eşitsizliği değil, ulusal eşitsizlik düzeyi oluşuna dayanmaktadır (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000: 550). Bununla birlikte sosyal sınıflar arasındaki sağlık durumu farklılıkları göz önünde bulundurulduğunda, toplum genelinde sağlık açısından en kötü durumda olan kesimin sosyal hiyerarşinin en alt basamağında olan grup olduğu görülmektedir. Bu nedenle de sağlık ile ilişkili kaynakları kullanarak uzun süreli projeksiyona dayalı politikaların tasarlanması en etkin yöntemlerden birisi olarak değerlendirilebilecektir (Lynch, 2000). Aynı zamanda sosyal sınıflar arasındaki bu farklılık, gelir eşitsizliği ile sağlık arasındaki ilişkiyi de ortaya koymaktadır.

Gelir eşitsizliği ve sağlık arasındaki ilişki teorik olarak birbiriyle bağlantılı iki varsayıma dayanmaktadır. Bu doğrultuda ilk olarak; gelir dağılımı adaletsizliğinin, beşerî, fiziksel, sağlık ve sosyal altyapıya yönelik yapılan sistematik bir eksik yatırımı yansıtan çeşitli ekonomik, siyasi, sosyal ve kurumsal süreçle ilişkilendirilebildiği görülmektedir. Söz konusu eksik yatırımın ise hem düşük gelir hem de orta gelir grubundaki bireyler açısından farklı sonuçları söz konusu olabilmektedir. Dolayısıyla bu durum, eşitsizlik-sağlık ilişkisinin maddi boyutunu temsil etmektedir. İkinci varsayım ise; gelir dağılımı adaletsizliğinin, bireylerin sosyal çevrelerine yönelik algılarını doğrudan etkileyebilmesi ve bireylerin sağlık durumları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilmesidir. Bu durum ise gelir eşitsizliği ve sağlık arasındaki ilişkinin psikososyal boyutunu oluşturmaktadır (Daly vd., 1998: 319). Dolayısıyla gelir eşitsizliği hem maddi hem de psikolojik açıdan sağlık üzerinde olumsuz etki oluşturabilmektedir.

Literatürde gelir eşitsizliği ile sağlık ilişkisini ortaya koyan üç temel mekanizmanın olduğu öne sürülmektedir. Söz konusu mekanizmalar ise aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Kawachi vd., 1994; Lynch ve Kaplan, 1997):

- Gelir eşitsizliğinin, beşerî sermayeye yeterli yatırım yapılmaması ile ilişkili olması,
- Gelir eşitsizliğinin sosyal sermayenin erozyonuna yol açması ve
- Gelir eşitsizliğinin stresli yaşam nedeniyle doğrudan sağlığın bozulmasına neden olmasıdır.

Sağlığın belirleyicileri temel alındığında sağlık sektörü dışında da sağlığı etkileyen faktörlerin olduğu görülmektedir. Bu çerçevede sağlığı etkileyen faktörler önem arz etmektedir. Söz konusu faktörler de küresel, ulusal, bölgesel veya yerel düzeylerin herhangi birindeki veya tümündeki faktörlerin kombinasyonlarından etkilenebilmektedir (Koivusalo ve Ollila, 2022: 276). Bu anlamda gelir eşitsizliği sağlık ilişkisi araştırılırken sağlığın sosyal belirleyicileri (eğitim, ırk, bölge gibi kavramların etkisi ile) önem kazanmaktadır. Bu sorunun üstesinden gelebilmek adına bazı çalışmalarda çok düzeyli veri analizi yerine, çok düzeyli modelleme tercih edilmekle birlikte bireysel düzeyde veriler de kullanılabilmektedir (Lorgelly ve Lindley, 2008: 252). Bu doğrultuda gelir eşitsizliği ve sağlık arasındaki ilişkiyi analiz eden çalışmalardan bir kısmı aşağıdaki şekilde özetlenmektedir.

Rodgers (1979) tarafından yapılan ve 1960'lı yılların ortalarını ele alan dönem için 13 gelişmiş ve 43 gelişmekte olan ülkeyi kapsayan araştırmada gelir dağılımı adaletsizliği ile ölüm oranları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu kapsamda Gini katsayısı, bebek ölüm oranı, doğumda ve beş yaşında beklenen yaşam süresi arasındaki ilişki yatay kesit analizi kullanılarak sınanmıştır. Çalışma sonucuna göre, doğumda beklenen yaşam süresine ilişkin olarak, gelir dağılımının daha adaletsiz olduğu ülkelerde ortalama beklenen yaşam süresinin 5-10 yıl arasında azalabilmektedir. Bu durum ise, gelir dağılımının sağlıkta eşitsizliğe neden olan tek değişken olarak değerlendirilmeyip, gelir dağılımındaki eşitsizliğin sağlık ve sosyal hizmetlere erişimde eşitsizlik ile ilişkili olması gerekliliği üzerinden değerlendirilmektedir.

Fiscella ve Franks (1997) 1971-1987 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde 25-74 yaş aralığındaki 14.407 kişiye yönelik olarak yürütülen çalışmada gelir eşitsizliği ile bireysel ölüm riski arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışma sonucuna göre, belirli bir bölge düzeyindeki gelir eşitsizliğinin nüfus ölüm oranlarıyla ilişkili olduğu; ancak, toplumsal gelir eşitsizliği aile geliriyle eş zamanlı olarak incelendiğinde, gelir eşitsizliği ile bireysel ölüm riski ilişkisinin ortadan kalktığı; aile geliri ölüm riski ilişkisinin ise devam ettiği belirtilmiştir. Dolayısıyla bu çalışmanın sonuçları, toplumdaki gelir eşitsizliğinin, aile gelirinin etkilerinden bağımsız olarak ölüm oranı üzerinde büyük etkilere sahip olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte, gelir eşitsizliği ve aile gelirinin birbiriyle yakın ilişkili olduğu belirtilmektedir.

Judge vd. (1998) tarafından yapılan çalışmada gelir eşitsizliği ile sağlık arasındaki ilişki sanayileşmiş 10 ülke özelinde 1982-1988 dönem aralığında regresyon analizi ile incelenmiştir. Bu doğrultuda gelir eşitsizliğinin, sanayileşmiş yüksek gelirli ülkelerde sağlık düzeyinin önemli

bir belirleyicisi olmadığı çıkarımına ulaşılmıştır. Ancak çalışma genelinde bireysel düzeyde düşük gelirin sağlık durumunun kötüleşmesi ile ilişkili olduğu ve gelir dağılımının genel bileşiminin ortalama ulusal sağlık düzeyini etkilediği belirtilerek; sağlığın birbiriyle etkileşim halinde olan ve ölçülemeyen farklı kültürel, ekonomik ve sosyal faktörlerden etkilendiği vurgulanmıştır.

Chiang (1999) tarafından yapılan çalışmada Tayvan’da gelir eşitsizliği ile ölüm oranları arasındaki ilişki 1976, 1985 ve 1995 yılları için incelenmiştir. Tayvan’ın gelir seviyesindeki artış hızıyla beraber gelir eşitsizliğinin mutlak gelir düzeyine göre sağlık çıktıları üzerindeki etkisinin daha önemli bir konuma geldiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın bir diğer sonucuna göre ise 1995 yılında gelir eşitsizliği ile sağlık arasındaki ilişkinin 1976 yılına göre daha güçlü olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada, bir ülkenin gelişmekte olan bir ekonomik yapıdan gelişmiş bir ekonomik yapıya geçişiyle birlikte halk sağlığının mutlak gelirden ziyade nispi gelirden daha fazla etkilendiği belirtilmiştir.

Benzeval ve Judge (2001) tarafından yapılan çalışmada gelir ve sağlık ilişkisi İngiltere özelinde 1991-1997 dönemi hane halkı panel araştırma yöntemi ile yetişkin katılımcılara yönelik olarak araştırılmıştır. Analiz sonucuna göre uzun vadeli gelirin sağlık açısından cari gelirden; gelir seviyelerinin ise gelir değişiminden daha önemli olduğu belirtilmiştir. Ayrıca kalıcı yoksulluğun sağlık için daha zararlı olduğu ve kişilerin yaşadığı gelir kayıplarının sağlık üzerinde gelir artışlarından daha büyük bir etkisi olduğu görülmektedir. Nihai olarak düşük gelir ile sağlık durumunun kötüleşmesi arasında nedensel bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Li ve Zhu (2006) tarafından yapılan çalışmada Çin’de 1989-2000 dönemi aralığında Çin Beslenme ve Sağlık Araştırması verilerine dayanarak gelir eşitsizliği ile sağlık arasındaki ilişki panel veri analizi ile test edilmiştir. Çalışmada ilk olarak, mutlak gelir hipotezine göre algılanan sağlık durumu ile kişi başına düşen gelir arasında içbükey bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. Başka bir ifadeyle ilave gelir, düşük gelirli bireylerin sağlığında yüksek gelirli bireylere kıyasla daha fazla iyileşme sağlamaktadır. İkinci olarak, gelir eşitsizliği hipotezi bağlamında algılanan sağlık durumu ile toplum düzeyindeki gelir eşitsizliği arasında ters-U şeklinde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu anlamda, eşitsizlik arttıkça, eşitsizliğin düşük olduğu durumda sağlığı iyileştirme, eşitsizlik belirli bir düzeyin üzerinde olduğunda ise sağlığa zarar verme eğiliminde olduğu belirtilmektedir. Ayrıca gelir eşitsizliğinin sigara ve alkol tüketimi gibi sağlığı tehlikeye atan davranışlara yönelme olasılığını ve sıklığını artırdığına dair

kanıtlar sunulmuştur. Bununla birlikte çalışma bulgularının nispi gelir hipotezini desteklemediği belirtilmiştir. Aynı zamanda, gelirin ikincil dağılımı aracılığıyla, özellikle eşitsizliğin yüksek olduğu bölgelerde halk sağlığının iyileştirilebileceği vurgulanmıştır.

Babones (2008) tarafından yapılan araştırmada, geniş bir ülke grubunu kapsayan panel veri analiziyle gelir eşitsizliği ile halk sağlığı göstergeleri arasındaki ekolojik korelasyonun tahmin edilmesi ve bu ilişkinin nedensel olup olmadığının test edilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda kişi başına düşen milli gelir sabit tutulduğunda, 1970 ve 1995 yıllarını kapsayan dönemde gelir eşitsizliğinin Gini katsayısı, beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranları ve cinayet oranları ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Yatay kesit analiziyle birlikte gelir eşitsizliğinin, beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranı ve (düzensiz olarak) cinayet oranı ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmada ayrıca ulusal gelir eşitsizliği ile nüfus sağlığı arasında güçlü, tutarlı, istatistiksel olarak anlamlı, yapay olmayan bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. Ancak söz konusu ilişkinin nedenselliğine yönelik bazı kanıtlar olmakla birlikte çoğu ülkede gelir eşitsizliğinin istikrarlı seyrediyor oluşu, bu nedenselliğin test edilmesini zorlaştırdığı ifade edilmiştir.

Lorgelly ve Lindley (2008) tarafından yapılan çalışmada 1991-2004 yılları arasındaki dönemde İngiltere’de 10.000 kişi üzerinde yapılan İngiliz Hane Halkı Panel Araştırması Verileri’ne dayanarak algılanan sağlık durumu ile gelir eşitsizliği arasındaki ilişki bireysel düzeydeki verilere dayanılarak araştırılmıştır. Çalışma sonucuna göre hane halkı geliri ile algılanan sağlık durumu arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup; bu durumun mutlak gelir hipotezini desteklediği belirtilmiştir. Ayrıca bölgesel Gini katsayısı ile sağlık arasında ve bölgesel ortalama gelir ile sağlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılarak, bu durumun gelir eşitsizliği hipotezini veya nispi gelir hipotezini desteklemediği belirtilmiştir.

Biggs vd. (2010) tarafından yapılan çalışmada 1960-2007 dönem aralığında 22 Latin Amerika ülkesi için satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH), yoksulluk oranı, kişisel gelir için Gini katsayısı ve halk sağlığı ölçütü olarak beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranları ve tüberküloz ölüm oranları arasındaki ilişki test edilmiştir. Özellikle GSYH ve sağlık arasındaki ilişkinin yoksulluğun ve gelir eşitsizliğinin arttığı, azaldığı ya da sabit kaldığı dönemlerde farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir. Bu çerçevede çalışma sonuçlarına göre yoksulluğun veya gelir eşitsizliğinin arttığı dönemlerde,

GSYH'deki artışlarla birlikte değerlendirildiğinde halk sağlığı göstergeleri çok sınırlı bir iyileşme kaydetmiştir. Yoksulluk veya gelir eşitsizliğinin azaldığı dönemlerde ise, GSYH'nin bebek ölüm oranları, tüberküloz ölüm oranları ve beklenen yaşam süresi üzerinde güçlü bir pozitif etkiye sahip olduğu sonucu elde edilmiştir.

Çukur ve Bekmez (2011) tarafından yapılan çalışmada Türkiye’de gelir eşitsizliği sağlık ilişkisi beş bölgenin (Batı, Güney, Orta, Kuzey ve Doğu) 1975-2001 yıllarına ait verilerine dayanarak Havuzlanmış En Küçük Kareler regresyon ve panel veri analizi yöntemiyle incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre bebek ölüm hızının gelir eşitsizliği hipotezini desteklediği, gelirin bebek ölümleri üzerinde koruyucu etkisi olduğu ve gelir eşitsizliğinin bebek ölüm hızını artırıcı etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca panel veri analizi sonuçlarına göre temel olarak mutlak gelir hipotezinin ve gelir eşitsizliği ile bebek ve beş yaş altı çocuk ölümleri arasındaki ilişkiyle de gelir eşitsizliği hipotezinin desteklendiği sonucuna ulaşılmıştır.

Linden ve Ray (2017) tarafından yapılan çalışmada ise 1970-2010 yılları aralığında 148 ülkeden oluşan geniş kapsamlı veri, sağlık-gelir ilişkisi bağlamında analiz edilmiştir. Nicel regresyona dayalı yapılan analiz sonuçları; ülkeler arasındaki sağlık farklılıklarına duyarlı olarak, en yoksul ülkelerin gelir artışının yüksek gelirli ülkelere göre çok daha büyük olduğunu göstermiştir. Gini katsayısı ile ölçülen gelir eşitsizliği sonuçları, eşitsizliğin sağlık üzerindeki etkilerinin 2000 yılından sonra en yoksul ülkelere hala anlamlı olduğunu, zengin ülkelere ise anlamlı olmadığını göstermektedir.

Bania ve Leete (2022) tarafından yapılan çalışmada ise aylık gelir seviyesinin ve dalgalanmasının sağlık çıktılarındaki gelecekte görülebilecek değişiklikler üzerindeki etkisini incelenmiştir. Çalışma sonucuna göre likidite sıkıntısı çeken haneler için, 24 ay boyunca gelir dalgalanmasındaki bir artışın, sağlığın kötüleşmesi olasılığında %1,3 ile %4,3 arasında bir artışa yol açabileceği ifade edilmiştir. Bir başka ifadeyle geçmişteki aylık gelir dalgalanmasının, hane halkı geliri kısıtlı olduğunda hane halkı reislerinin gelecekteki sağlık durumunun kötüleşmesine yol açabileceği belirtilmektedir.

Gelir eşitsizliği ve sağlık arasındaki ilişkiyi analiz eden çalışmalarda genellikle sağlığın göstergesi olarak algılanan sağlık durumu veya ölüm oranı temel alınmıştır. Bu kapsamda anketler ya da kurumlar tarafından sağlanan sağlık veya gelir eşitsizliğinin dolaylı göstergeleri ile analizler yapılmıştır. Gelir eşitsizliği göstergesi olarak ise genellikle Gini katsayısı değişkeni aracılığı tercih edilmiştir. Bu kapsamda gelir eşitsizliği sağlık ilişkisini gösteren çalışmalarda

daha geniş coğrafi bölgeleri ve uzun süreli verileri kapsayan çalışmaların bu ilişkiyi doğrular nitelikte sonuç verdiği görülmektedir. Söz konusu çalışmalar Tablo 3.1’de gösterilmektedir.



**Tablo 3.1. Gelir Sağlık İlişkisine Yönelik Ampirik Literatür**

| YAZAR                     | ÜLKE                                                                                              | DÖNEM          | DEĞİŞKEN                                                                                                                                                                                   | METODOLOJİ            | BULGULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rodgers (1979)            | 13 gelişmiş ve 43 gelişmekte olan ülke                                                            | 1965           | Gini katsayısı, bebek ölüm oranı, beklenen yaşam süresi (doğumda ve beş yaşında)                                                                                                           | Yatay kesit analizi   | Doğumda beklenen yaşam süresine ilişkin sonuçlar, gelir dağılımının daha adaletsiz olduğu ülkelerde ortalama beklenen yaşam süresinin 5-10 yıl arasında azalabildiği belirtilmiştir.                                                                                                                                |
| Fiscella ve Franks (1997) | ABD                                                                                               | 1971-1987      | Yaş, cinsiyet, aile geliri, toplumsal gelir eşitsizliği, ölüm oranı                                                                                                                        | Cox regresyon analizi | Toplumdaki gelir eşitsizliğinin, aile gelirinin etkilerinden bağımsız olarak ölüm oranı üzerinde büyük etkilere sahip olmadığını göstermiştir. Gelir eşitsizliği ve aile geliri birbiriyle yakından ilişkilidir.                                                                                                    |
| Judge vd. (1998)          | Avustralya, Belçika, Kanada, Fransa, Finlandiya, Hollanda, Norveç, İsveç, Birleşik Krallık ve ABD | 1982-1988      | Ortalama beklenen yaşam süresi, Gini katsayısı, Yüzdelik dilimlerde gelir dağılımı verileri, kişi başına düşen GSYH, sağlık harcamaları, sosyal güvenlik transferleri, kadın iş gücü oranı | OLS regresyon analizi | Gelir eşitsizliğinin, sanayileşmiş yüksek gelirli ülkeler için sağlık düzeyinin önemli bir belirleyicisi olmadığını çıkarımına ulaşılmıştır.                                                                                                                                                                        |
| Chiang (1999)             | Tayvan'da 21 bölge                                                                                | 1976-1985-1995 | Aile Gelir ve Harcama Araştırması verileri, ölüm oranı                                                                                                                                     | Regresyon analizi     | Çalışma sonucuna göre 1995 yılında gelir eşitsizliği ile sağlık arasındaki ilişki 1976 yılına göre daha güçlü bulunmuştur. Bir ülkenin gelişmekte olan bir ekonomik yapıdan gelişmiş bir ekonomik yapıya geçişle birlikte halk sağlığı mutlak gelirden ziyade nispi gelirden daha fazla etkilendiği belirtilmiştir. |
| Benzeval ve Judge (2001)  | İngiltere                                                                                         | 1991-1997      | İngiliz Hanehalkı Panel Araştırması                                                                                                                                                        | Panel veri analizi    | Uzun vadeli gelir, sağlık açısından cari gelirden daha önemli olduğu ve gelir seviyelerinin gelir değişiminden daha önemli olduğu belirlenmiştir. Düşük gelir ile sağlık durumunun kötüleşmesi arasında nedensel bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.                                                           |

**Tablo 3.1. (devam) Gelir Sağlık İlişkisine Yönelik Ampirik Literatür**

| YAZAR                      | ÜLKE                    | DÖNEM     | DEĞİŞKEN                                                                                                                | METODOLOJİ                                            | BULGULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Li ve Zhu (2006)           | Çin                     | 1989-2000 | Çin Beslenme ve Sağlık Araştırması verileri, Gini katsayısı, görelî yoksunluk endeksi, hanehalkı gelir düzeyi, eğitim   | Panel veri analizi                                    | Mutlak gelir hipotezine göre algılanan sağlık durumu ile kişi başına düşen gelir arasında içbükey bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Gelir eşitsizliği hipotezi bağlamında algılanan sağlık durumu ile toplum düzeyindeki gelir eşitsizliği arasında ters-U şeklinde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ancak çalışma bulgularının nispi gelir hipotezini desteklemediği belirtilmiştir.                                                             |
| Babones (2008)             | 134 ülke                | 1970-1995 | Beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranı, cinayet oranı, Gini katsayısı                                                  | Nedensellik analizi<br>Yatay kesit panel veri analizi | Ülke düzeyinde gelir eşitsizliği ile halk sağlığı arasında kesin bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Lorgelly ve Lindley (2008) | İngiltere               | 1991-2004 | Gini katsayısı, bölgesel ortalama gelir, İngiliz Hane Halkı Panel Araştırması Verileri                                  | Panel veri analizi                                    | Hane halkı geliri ile algılanan sağlık durumu arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup, bu durumun mutlak gelir hipotezini desteklediği belirtilmiştir. Bölgesel Gini katsayısı ile sağlık arasında ve bölgesel ortalama gelir ile sağlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmış olup, bu durumun gelir eşitsizliği hipotezini veya nispi gelir hipotezini desteklemediği ifade edilmiştir.                         |
| Biggs vd. (2010)           | 22 Latin Amerika ülkesi | 1960-2007 | Kişi başına düşen GSYH, bebek ölüm oranı, beklenen yaşam süresi, yoksulluk oranı, Gini katsayısı, tüberküloz ölüm oranı | Panel regresyon analizi                               | Yoksulluk veya gelir eşitsizliğinin azaldığı dönemlerde GSYH'nin sağlığa ilişkin değişkenler üzerinde güçlü etki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Çukur ve Bekmez (2011)     | Türkiye                 | 1975-2001 | Theil endeksi, kişi başına düşen gelir, bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı                                       | Havuzlanmış EKK regresyon ve panel veri analizi       | Bebek ölüm hızının gelir eşitsizliği hipotezini desteklediği, gelirin bebek ölümleri üzerinde koruyucu etkisi olduğu ve gelir eşitsizliğinin bebek ölüm hızını artırıcı etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Panel veri analizi sonuçlarına göre temel olarak mutlak gelir hipotezinin desteklediği ve gelir eşitsizliği ile bebek ve beş yaş altı çocuk ölümleri arasındaki ilişkiyle de gelir eşitsizliği hipotezinin desteklediği çıkarımına varılmıştır. |

**Tablo 3.1. (devam) Gelir Sağlık İlişkisine Yönelik Ampirik Literatür**

| YAZAR                 | ÜLKE     | DÖNEM     | DEĞİŞKEN                                                              | METODOLOJİ         | BULGULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------|----------|-----------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Linden ve Ray (2017)  | 148 ülke | 1970-2010 | Doğumda beklenen yaşam süresi, kişi başına düşen GSYH, Gini katsayısı | Panel veri analizi | En yoksul ülkelerin gelir artışına sağlığın duyarlılığının yüksek gelirli ülkelere daha fazla olduğu gösterilmiştir. Gini katsayısı ile ölçülen gelir eşitsizliği sonuçları, eşitsizliğin sağlık üzerindeki etkilerinin 2000 yılından sonra en yoksul ülkelere hala anlamlı olduğunu, zengin ülkelere ise anlamlı olmadığını göstermektedir.           |
| Bania ve Leete (2022) | ABD      | 2001-2008 | Gelir ve Program Katılım Anketi                                       | Panel veri analizi | Likidite sıkıntısı çeken haneler için, 24 ay boyunca gelir dalgalanmasındaki bir artış, sağlığın kötüleşmesi olasılığında %1,3 ile %4,3 arasında bir artışa yol açmaktadır. Geçmişteki aylık gelir dalgalanmasının, hane halkı geliri kısıtlı olduğunda hane halkı reislerinin gelecekteki sağlık durumunun kötüleşmesine yol açtığı vurgulanmaktadır. |

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Literatürde konuya ilişkin ampirik çalışmalar yer almakla birlikte konuyu literatür değerlendirmesi şeklinde ele alan çalışmalar da bulunmaktadır. Bu doğrultuda söz konusu çalışmaların literatüre yönelik genel bir kanı oluşturulabilmesi açısından incelenmesi yerinde olmaktadır. Subramanian ve Kawachi (2004) tarafından yapılan çalışmada gelir eşitsizliği ile sağlık arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara yönelik literatür taraması yapılmıştır. Bu çalışmaya göre gelir eşitsizliği ile sağlık durumu arasında bir ilişki olduğunu gösteren çalışmaların büyük bir kısmının ABD’de gerçekleştirildiği, ancak ABD dışında yapılan çalışmalarda genellikle gelir eşitsizliği ile sağlık arasında bir ilişki tespit edilemediği ifade edilmekle birlikte, gelir eşitsizliğini halk sağlığına yönelik bir tehdit olarak gösteren kanıtların henüz tamamlanmış olmadığı da vurgulanmıştır. Bu bağlamda daha iyi verilerle, daha gelişmiş yöntemlerle ve daha net teorik analizlerle gelir eşitsizliği ve sağlık arasındaki ilişkiye yönelik cevap bulunabileceği önerilmiştir.

Wilkinson ve Pickett (2006) tarafından yürütülen çalışmada gelir eşitsizliği ile sağlık ilişkisini araştıran 168 çalışma üzerinden literatür taraması yapılmıştır. Çalışmaların %70’i gelir eşitsizliğinin daha yüksek olduğu toplumlarda sağlığın daha kötü olduğunu öne sürmektedir. Ayrıca çalışmalarda ele alınan bölge büyüklüklerinin de çalışma sonuçlarını etkilediği vurgulanmıştır. Bu bağlamda büyük bölgeleri kapsayan gelir eşitsizliği çalışmalarının sosyal sınıfları kavrayabildiği için daha destekleyici olduğu belirtilmektedir. Gelir eşitsizliği ve sağlık arasındaki ilişkiyi desteklemeyen sonuçlara ulaşan çalışmalara yönelik olarak aşağıdaki çıkarımlarda bulunulmuştur:

- Bazı çalışmalarda ele alınan bölgelerin çok küçük olması nedeniyle sosyal sınıf farklılıkları gelir eşitsizliğini yansıtamayacak ölçüdedir.
- Bazı çalışmalarda kullanılan kontrol değişkenleri (eğitim, bireysel gelir, ırk, bölgesel etkiler gibi) gelir eşitsizliği ile sağlık ilişkisinin yansıması olabilecek muhtemel faktörler olarak nitelendirilebilmektedir.
- 1980’li yılların ortalarından itibaren gelir eşitsizliklerinin hızla arttığı dönemde gelişmiş ülkelerde gelir eşitsizliği ile ölüm oranı arasındaki ilişki geçici olarak kaybolmuştur.

Öte yandan Pickett ve Wilkinson (2015) tarafından yapılan çalışmada da literatür taraması gerçekleştirilmiştir. Bu makalede incelenen çalışmaların büyük bir çoğunluğu sağlığın, eşitsizliğin daha yaygın olduğu toplumlarda daha kötü olma eğiliminde olduğu ifade edilmiştir.

Mevcut çalışma ile elde edilen sonuçlar, gelir eşitsizliğinin halk sağlığını ve refahını etkilediğini güçlü bir şekilde ortaya koymaktadır. Büyük gelir farklılıklarının sağlık ve sosyal açıdan zarar verici sonuçları olduğuna dair kanıtlar ise, gelir grupları arasındaki uçurumun azaltıldığı ölçüde halk sağlığının iyileşebileceğini ve refahın artabileceğini göstermektedir.

Söz konusu çalışmalar değerlendirildiğinde gelir sağlık ilişkisinin tespit edilmesine yönelik tek bir çıkarımın mümkün olmadığı, ilişkinin karmaşık ve çok değişken tarafından belirlenen bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Ancak çalışmaların geneli hem ulusal hem de bireysel düzeyde gelir eşitsizliğindeki artışın sağlık ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Öte yandan çalışmalarda gelişmekte olan ülkelerdeki özellikle sağlık göstergelerine yönelik verilerin yetersiz olması, söz konusu ilişkinin araştırılmasını engelleyen bir faktör olarak değerlendirilebilmektedir. Ayrıca sağlık açısından kullanılan veri setleri (beklenen yaşam süresi, doğumda ölüm oranı, çocuk ölüm oranı, anne ölüm oranı gibi) sağlıkla ilgili olarak dolaylı bilgiler sunmaktadır. Bu bağlamda doğrudan sağlık durumunun ölçülmesi konusunda yaşanan zorluk göz önünde bulundurulması gereken ayrı bir detay olarak dikkat çekmektedir.

### **3.1.2. Gelir - Sağlık İlişkisinin Küresel Yansıması**

Tez çalışması kapsamında gelir sağlık ilişkisinin küresel boyutunun da ele alınması, politika önerileri sunulabilmesi açısından çalışmanın izleyen bölümleri için önem arz etmektedir. Dolayısıyla hem küresel gelir dağılımının hem de sağlık hizmetine erişimin küresel boyutta değerlendirilmesi, mevcut resmin geniş perspektiften görülebilmesi adına yol gösterici niteliktedir. Bir önceki başlıkta gelir sağlık ilişkisini araştıran çalışmalar bu perspektiften değerlendirildiğinde, gelişmekte olan ülkelerde ve düşük gelir seviyesine sahip bölgelerde teknik nedenler ve gösterge verilere yeterli düzeyde ulaşamaması nedeniyle söz konusu ilişkinin tam olarak kavranamadığı belirtilmektedir. Bu nedenle de gelir ile sağlık ilişkisinin küresel olarak değerlendirilmesi söz konusu durumun daha net bir şekilde ortaya konulmasına olanak sağlayabilecektir.

Öncelikle gelir eşitsizliğinin; ekonomik sağlık, sosyal adalet ve yaşam kalitesini gösteren en önemli ölçütlerden birisi olarak literatürde yer aldığı görülmektedir. Bu kapsamda Chrisendo vd. (2024) tarafından yapılan çalışmada 1990-2021 dönem aralığında küresel alt ulusal Gini katsayısı ve kişi başına düşen GSYH verileri aracılığıyla gelir eşitsizliği 200 ülke için değerlendirilmiştir. Çalışma sonucuna göre kişi başına düşen GSYH küresel olarak nüfusun %96'sı için artış gösterirken, gelir eşitsizliği de küresel nüfusun yaklaşık %68'i için artmıştır.

Bu durum aslında ekonomik büyüme kavramının tek başına gelir dağılımı adaletsizliğini iyileştirilmesi açısından yetersiz kalabildiği, bu doğrultuda farklı politika uygulamalarına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, kişi başına düşen gelir düzeyindeki artışın gelir eşitsizliğine yönelik bilgi sunmadığı da ifade edilebilmektedir. Tablo 3.2’de 2013-2023 dönemi için ortalama kişi başına düşen gelir miktarının bölgelere göre dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 3.2. Ortalama Kişi Başına Düşen Gelir Miktarının Bölgelere Göre Dağılımı (2013-2023), 2023 Sabit Fiyatlarıyla, Euro.**

| Bölge/ Yıl     | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  | 2022  | 2023  |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Afrika         | 8331  | 8455  | 8521  | 8485  | 8548  | 8609  | 8613  | 8301  | 8515  | 8622  | 8675  |
| Batı Afrika    | 7335  | 7580  | 7635  | 7478  | 7485  | 7516  | 7550  | 7306  | 7404  | 7471  | 7496  |
| Doğu Afrika    | 3960  | 4112  | 4227  | 4316  | 4410  | 4515  | 4618  | 4512  | 4610  | 4688  | 4809  |
| Güney Afrika   | 17745 | 17681 | 17535 | 17358 | 17249 | 17232 | 16876 | 15472 | 15900 | 15946 | 15828 |
| Avrupa         | 42937 | 43611 | 44474 | 45227 | 46404 | 47263 | 48008 | 44981 | 47774 | 49269 | 49260 |
| Batı Avrupa    | 48295 | 48908 | 49676 | 50365 | 51412 | 52033 | 52573 | 48923 | 51826 | 53359 | 53320 |
| Doğu Avrupa    | 25360 | 26144 | 27202 | 28046 | 29533 | 31073 | 32390 | 31394 | 33679 | 34990 | 35068 |
| Asya           | 13917 | 14329 | 14739 | 15208 | 15771 | 16324 | 16736 | 16379 | 17191 | 17602 | 18192 |
| Orta Asya      | 15625 | 16024 | 16156 | 16183 | 16821 | 17212 | 17589 | 17054 | 17711 | 18151 | 18802 |
| Batı Asya      | 30102 | 29977 | 29480 | 29264 | 29585 | 30147 | 30444 | 29308 | 30807 | 30942 | 31549 |
| Doğu Asya      | 15977 | 16673 | 17410 | 18173 | 19052 | 19924 | 20690 | 20743 | 22119 | 22600 | 23523 |
| Amerika Kıtası | 37235 | 37445 | 37663 | 37470 | 37816 | 38223 | 38398 | 36478 | 38367 | 38972 | 39399 |
| Orta Amerika   | 22550 | 22687 | 22897 | 22938 | 23022 | 23080 | 22729 | 20478 | 21509 | 22057 | 22429 |
| Orta Doğu      | 24272 | 24378 | 24578 | 25014 | 25216 | 25390 | 25274 | 24698 | 25849 | 26896 | 26971 |
| Dünya          | 19278 | 19610 | 19949 | 20250 | 20728 | 21182 | 21490 | 20651 | 21646 | 22093 | 22499 |

Kaynak: Dünya Eşitsizlik Veri Tabanı sitesinden edinilen verilerle yazar tarafından oluşturulmuştur.  
<https://wid.world/> (Erişim tarihi: 23.03.2025).

Tabloda yer alan verilere göre Avrupa ile Afrika arasındaki ortalama kişi başına düşen gelir miktarı oranının 2013 yılında 5,15 iken 2023 yılında 5,68 olduğu hesaplanabilmektedir. Benzer şekilde Dünya ortalaması ile Afrika arasındaki ortalama kişi başına düşen gelir miktarı oranının 2013 yılında 2,31 iken 2023 yılında 2,59 olduğu hesaplanabilmektedir. Buradan hareketle söz konusu dönemde kişi başına düşen gelir miktarına yönelik küresel dağılımın giderek daha adaletsiz hale geldiği çıkarımında bulunulmaktadır. Öte yandan bölgelerin kendi içindeki alt bölgelerinde de büyük farklılık olduğu dikkat çekmektedir. Örneğin, Batı Afrika ile Doğu Afrika, Batı Avrupa ile Doğu Avrupa arasındaki farklılık 1,5 kata erişmektedir. Bu durum ise, bölgeler arası gelir adaletsizliğine işaret etmektedir. Ayrıca dönem boyunca Asya ve Afrika’da ortalama kişi başına düşen gelir miktarının Dünya ortalamasının altında kaldığı

görülmektedir. Bu durum ise mevcut küresel uygulamaların etkinliği ve yeterliliğine yönelik sorgulamaya neden olabilmektedir.

**Tablo 3.3. Bölgelere Göre İnsani Gelişme Endeksi (2013-2023)**

| Bölge/ Yıl                  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  | 2022  | 2023  |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Arap Ülkeleri               | 0.683 | 0.688 | 0.693 | 0.698 | 0.702 | 0.707 | 0.712 | 0.707 | 0.71  | 0.716 | 0.719 |
| Doğu Asya ve Pasifik        | 0.72  | 0.728 | 0.735 | 0.742 | 0.749 | 0.756 | 0.761 | 0.764 | 0.768 | 0.773 | 0.775 |
| Avrupa ve Orta Asya         | 0.78  | 0.785 | 0.789 | 0.793 | 0.8   | 0.804 | 0.808 | 0.802 | 0.803 | 0.815 | 0.818 |
| Latin Amerika ve Karayipler | 0.762 | 0.765 | 0.767 | 0.769 | 0.772 | 0.774 | 0.776 | 0.764 | 0.762 | 0.778 | 0.783 |
| Güney Asya                  | 0.611 | 0.62  | 0.627 | 0.637 | 0.641 | 0.642 | 0.645 | 0.645 | 0.641 | 0.665 | 0.672 |
| Sahra Altı Afrika           | 0.528 | 0.534 | 0.54  | 0.543 | 0.546 | 0.551 | 0.557 | 0.557 | 0.558 | 0.565 | 0.568 |
| Dünya                       | 0.721 | 0.726 | 0.731 | 0.735 | 0.739 | 0.741 | 0.745 | 0.742 | 0.742 | 0.752 | 0.756 |

Kaynak: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI> sitesinden edinilen verilerle yazar tarafından oluşturulmuştur (Erişim Tarihi: 19.05.2025)

Tablo 3.3'te bölgelere göre İnsani Gelişme Endeksi (İGE) 2013-2023 dönemi için gösterilmektedir. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından İGE temel olarak bir ülkenin sağlık, eğitim ve yaşam standardı olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır ve beşerî sermayenin yeterliliğini ölçmek için hesaplanmaktadır. İGE 0 ile 1 arasında değişmektedir. Endeks değerinin 0,8 ve üzeri olması "çok yüksek insani gelişme" seviyesini, 0,7 ile 0,8 arasındaki bir değer "yüksek insani gelişme" seviyesini ve 0,55'in altındaki bir değer ise ilgili ülke için "düşük insani gelişme" seviyesini göstermektedir (TÜİK, 2025). Bu değerlere göre tablo verileri değerlendirildiğinde Sahra Altı Afrika'nın 2013-2023 dönemi ortalamasının 0.499 olduğu görülmektedir. Dolayısıyla düşük insani gelişme seviyesi kapsamında yer aldığı görülmektedir. Ayrıca dönem boyunca Sahra Altı Afrika, Güney Asya ve Arap Ülkeleri'nin Dünya ortalamasının altında kaldığı tabloda yer almaktadır. Bölgeler arasında sadece Avrupa ve Orta Asya'nın 2018 yılından itibaren çok yüksek insani gelişme seviyesinde olduğu dikkat çekmektedir.

Bu kapsamda küresel sıralamaya bakıldığında endeksin en altında yer alan ülkeler ile endeksin en üstünde yer alan ülkeler arasındaki eşitsizliğin arttığı görülmektedir. Bu durum küresel toplumdaki eşitsizlikleri ve daha iyi bir toplum inşa konusunda yetersiz kalındığını göstermektedir. Bir bütün olarak dünya insani gelişme patikasında 2019 yılında sahip olunan trendin gerisine düşmüştür. Bu durum ise insani gelişimde yaşanan kayıpların derinleşmesi anlamına gelmektedir (UNDP, 2024a: v).

Gelir eşitsizliği ile sağlık arasındaki ilişkiyi analiz eden çalışmaların farklı sonuçlara ulaşması nedeniyle, Curran ve Mahutga (2018) tarafından yürütülen araştırmada, bu ilişkinin ekonomik kalkınmadan ne derecede etkilendiği değerlendirilerek incelenmiştir. Çalışma sonucunda, ekonomik kalkınmanın gelir eşitsizliği ile sağlık göstergeleri (doğumda yaşam beklentisi ve bulaşıcı olmayan hastalıklarda engellilik ile geçirilen yıl oranı) arasındaki ilişkiyi etkilediği tespit edilmiştir. Ekonomik kalkınmanın en düşük seviyelerinde, eşitsizlik yaşam beklentisi üzerinde önemli ölçüde olumsuz bir etkiye sahipken; ekonomik kalkınmanın en yüksek seviyelerinde ise eşitsizlik ile sağlık arasında ya pozitif bir ilişki (doğumda yaşam beklentisi) ya da herhangi bir ilişki (bulaşıcı olmayan hastalıkların engellilik ile geçirilen yıl oranı) bulunmamaktadır. Aynı zamanda çalışma, ekonomik büyümeden ziyade ekonomik kalkınmaya yönelik ve sosyal politikaları kapsayan bir yapıya yönelmenin gelir sağlık ilişkisini olumlu yönde etkileyeceğine işaret etmektedir.

Curran ve Mahutga (2018)'nın çalışmalarını bir başka perspektiften destekler nitelikte olmak üzere Acheampong ve Opoku (2024) tarafından yapılan çalışmada ise, 1990-2020 yılları arasında küresel örnekleme yer alan 154 ülkeye ait panel veri ve araç değişken yöntemi kullanılarak, gelir eşitsizliği ve gelirin yeniden dağılımının sağlık çıktıları (yaşam beklentisi, yeni doğan ölüm oranı, beş yaş altı ölüm oranı, bebek ölüm oranı ve anne ölüm oranı) üzerindeki etkisi incelenmektedir. Ampirik analizlerden elde edilen bulgular, ortalama olarak, yüksek gelir eşitsizliğinin olumsuz sağlık çıktıları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bu çalışma ile ortalama olarak, daha yüksek ikincil gelir dağılımına sahip ülkelerin daha olumlu sağlık çıktılarına sahip olduğu ortaya koyulmaktadır. Bununla birlikte analiz sonuçları bölgesel olarak, gelir eşitsizliğinin Güney Asya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika, Sahra Altı Afrika, Karayipler ve Latin Amerika'daki sağlık çıktılarını önemli ölçüde kötüleştirdiğini göstermektedir. Söz konusu bölgelerin az gelişmiş yapısı, yüksek gelir eşitsizliği ve bu bölgelerdeki ülkelerin birçoğunda mevcut olan düşük devlet desteği ile kamu sağlık sistemlerinin yetersizliği ile bu sonuç açıklanabilmektedir. Sonuç olarak; gelir eşitsizliği arttıkça sağlık hizmetlerine erişim zorlaşmaktadır. Elde edilen bulgular ışığında, daha adil gelir dağılımını destekleyen bir siyasi ortamın daha olumlu sağlık çıktılarına yol açacağı belirtilebilmektedir.

Ayrıca Dorling vd. (2007) tarafından 2002 yılı için dünya nüfusunun %94,4'üne denk gelen 126 ülkeyi kapsayan ve gelir eşitsizliği ile ölüm oranları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma yapılmıştır. Çalışma sonuçları gelir eşitsizliğinin, özellikle genç yetişkinler (15-25 ve

29-39 yaş grupları) için dünya çapında bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Bu ilişki, özellikle Afrika'daki ülkeler arasında daha güçlü bulunmuştur. Aynı zamanda gelir dağılımı eşitsizliğinin yüksek olduğu ülkelerde toplam gelir düzeyi için ölüm oranı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışma sonucuna göre gelir eşitsizliği, özellikle genç yetişkinler üzerinde dünya çapında bir etkiye sahip olmakla birlikte, sosyal eşitsizliğin sağlık üzerinde evrensel bir olumsuz etkisi olduğu görülmektedir.

Küreselleşmeden sağlığa uzanan köklü ve olumlu kanallardan birisi gelir olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu doğrultuda düşük gelirli birey ve hanelerin gelirinin artması daha iyi beslenmeye, çocuk ölümlerinin azalmasına ve anne sağlığının iyileşmesine yol açmaktadır (Dollar, 2001; Thomas ve Frankenberg, 2002). Ayrıca küresel perspektiften bu konu değerlendirildiğinde sağlık eşitsizliklerinin, bütün toplumları etkilediği gerçeği ile karşılaşılmaktadır; ancak bu durum her zaman adaletsiz olarak görülmeyebilmekte ve küresel siyasi eylemlere konu olmayabilmektedir. Bu bağlamda küresel sağlık eşitsizlikleri kapsamında örneğin, bebek ölüm oranının çok düşük olduğu ülkeler veya bölgeler ile hala endişe verici bir sorun olduğu en yoksul bölgeler veya ülkeler arasındaki tarihsel dezavantaj koşulları devam etmektedir (Barreto, 2017: 2103). Bu gerçeğin değiştirilebilmesi için, farklı ihtiyaçlar göz önünde bulundurularak nüfus grupları arasındaki tüm sistematik sağlık farklılıklarının ortadan kaldırılmasını amaçlayan politikalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bununla birlikte, eylemlerin sadece en savunmasız gruplara odaklanmaması, aynı zamanda sağlık farklılıklarının azaltılması hedefi ve her zaman genel seviyeyi düşürmeden sağlık durumunun iyileştirilmesini artırmaya odaklanması gerekmektedir. Aynı zamanda bu çerçevede eşitsizliklerin ortaya çıkmasında etkili olan sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik, adalet ilkeleri temelinde inşa edilen politika uygulamalarının devreye alınması gerekmektedir (Rebouças vd., 2022: S57).

Aiyar ve Ebeke (2020) tarafından yürütülen çalışmada gelir eşitsizliği ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin fırsat eşitliği düzeyine bağlı olduğu öne sürülmektedir. Bu doğrultuda fırsatların eşitsiz dağıldığı toplumlarda gelir eşitsizliği gelecekteki ekonomik büyüme üzerinde daha büyük bir etki yarattığı hipotezi araştırılmıştır. Buna karşılık, fırsatların daha eşit dağıldığı toplumlarda, gelir eşitsizliğindeki bir artış daha kolay tersine çevrilebilmekte ve yatırım fırsatları ve ekonomik büyüme kısıtlanmamaktadır. Bu bağlamda eğitime, işgücü piyasalarına ve finansmana eşitsiz erişim, ayrı ayrı veya çeşitli kombinasyonlarda, gelir dağılımındaki bozulmanın büyüme üzerindeki olumsuz etkisini artırabileceği çalışma sonucuna göre ifade edilmektedir.

Chancel ve Piketty (2021) tarafından, 1820-2020 dönem aralığında Dünya Eşitsizlik Veritabanı'ndan edinilen seriler ışığında dünya gelir dağılımı tahminlerine ilişkin bir çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmada küresel gelir eşitsizliğinin söz konusu dönemin genelinde mevcut olduğunu ve dünya ekonomik sistemi içerisinde süreklilik gösterdiği ifade edilmiştir. Küresel eşitsizlik, 1820 ile 1910 yılları arasında Batı dünyasının hakimiyeti ve sömürgeci imparatorlukların yükselişi ile artmış ve 1910 ile 2020 yılları arasında çok yüksek bir seviyede sabitlenmiştir. Küresel düzeyde karşılaşılan ve yüzyıllardır süregelen gelir eşitsizliğinin azaltılabilmesi için yoksul ekonomik gruplara yönelik beşerî ve fiziksel sermaye yatırımları yapılması gerekmektedir. Bunun için de gelirin yeniden dağıtımına ilişkin politikalara ve makine altyapı ve ekipman gibi fiziksel sermaye ve eğitim, beceri ve sağlık gibi beşerî sermaye yatırımlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Kanbur vd. (2024) tarafından yapılan çalışmada 1981 yılından itibaren küresel gelir eşitsizliğinin seyri izlenmiştir. Demografik eğilimlerin, özellikle de gelişmekte olan ülkelerdeki çalışma çağındaki nüfusun yüksek gelirli ülkelere kıyasla daha fazla olmasının, ülke içi eşitsizlik üzerinde aşağı yönlü baskı oluşturması muhtemeldir. İleriye bakıldığında, Çin'in ve diğer hızla büyüyen, nüfusu yüksek ülkelerin ekonomik gelişiminin ülkeler arası bileşen üzerindeki etkisinin bir noktada azalacağı ve ekonomik büyümenin devam etmesi halinde küresel eşitsizliğe katkıda bulunmaya başlayacağı tahmin edilmektedir. Çalışma sonucunda ise hem ülkeler arası hem de ülke içi bileşenleri etkileyen güçler göz önüne alındığında, küresel gelir eşitsizliğinin azalma döneminin muhtemelen sona erdiği savunulmaktadır.

Milanovic (2024) tarafından yapılan çalışmada, 1820 ile 1980 yılları arasındaki küresel eşitsizliği yeniden tahmin edilmekte, 2013 yılına kadar olan sonuçları yeniden değerlendirilmekte ve 2018 yılı için yeni eşitsizlik tahminleri sunulmaktadır. Tarihi süreç içerisinde küresel eşitsizliğin üç döneme ayrıldığı belirtilmektedir: 1820'den 1950'ye kadar olan ve hem ülkeler arasında hem de ülke içinde artan gelir farklılıklarıyla karakterize edilen ilk dönem; 1950'den 1990'lı yıllara kadar olan ve çok yüksek küresel ve ülkeler arası eşitsizlikle karakterize edilen ikinci dönem ve Asya ülkelerinin gelirlerinin, özellikle de Çin'in yükselişi sayesinde eşitsizliğin azaldığı mevcut dönemdir. Bununla birlikte, son 30 yılda mutlak gelir farklılıkları artmıştır ve merkez ile düşük gelirli çevre ülkeler arasındaki gelir farkı artmaya devam etmektedir. Gelecekte küresel eşitsizliğin evrimi, Çin'den çok Hindistan ve büyük Afrika ülkelerindeki büyüme oranlarına, eşitsizliğin seyrine ve iklim değişikliğinin olumsuz etkisine bağlı olacaktır.

Bu kapsamda ülke veya bölge bazında ekonomik büyüme ve gelir eşitsizliği arasındaki ilişkiyi test eden çalışmalar bulunmakla birlikte, tez çalışması kapsam olarak küresel düzeye odaklandığı için küresel gelir eşitsizliğini kapsayan çalışmalar incelenmektedir. Buradan hareketle yüzyıllardır devam eden gelir eşitsizliğinin çalışmalarda vurgulandığı görülmektedir. Ayrıca gelir eşitsizliğinin ekonomik büyümeyi olumsuz etkileyebildiği, bu nedenle de gelir eşitsizliği ile mücadele edebilecek sosyal ve kalıcı politika uygulamalarına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Bu aşamada, yaşa özgü tüm çalışmalarda, gelir eşitsizliğinin ölüm oranı üzerinde en büyük etkiyi 15-64 yaş grubu arasında gösterdiğinin vurgulanması gerekmektedir. Dolayısıyla, gelir eşitsizliğinin sağlığı en çok çalışan sınıfın yetişkinlik döneminde olumsuz etkilediği çıkarımında bulunmaktadır (Dorling vd., 2007: 2). Öte yandan günümüzde, bulaşıcı olmayan hastalıkların, gelişmekte olan ülkelerde sağlıksızlığın temel nedenlerinden birisi olarak dikkat çektiği ve önemli bir hızla arttığı ifade edilmektedir. Söz konusu hastalıklar bütün sosyoekonomik grupları etkilemekte ve toplumun en düşük gelirli kesimlerini en fazla risk ile karşı karşıya bırakmaktadır (Ollila, 2005).

Düşük gelir grubundaki ülkelerde yaşayan bireyler, yüksek gelir grubundaki ülkelere yaşayan bireylerden daha kısa yaşam süresine sahip olabilmektedir. Bu nedenle, gelirin çeşitli sağlık endeksleriyle ölçeklendirilmesi, dünyada sadece gelir dikkate alındığı durumdan daha fazla eşitsizlik olduğu anlamına gelmektedir. Bir başka ifadeyle, gelir ile sağlık göstergeleri arasında ilişki kurulduğunda gelir eşitsizliğinden kaynaklı durumun daha da derinleşebildiği söylenmektedir. Küresel olarak bakıldığında, yaşam beklentisindeki bu tip uluslararası eşitsizliklerin 1945'ten sonra uzun yıllar boyunca azaldığı görülmektedir. Buradan hareketle gelir ile yaşam beklentisi arasındaki güçlü korelasyon, ekonomik büyümenin bireylerin maddi yaşam koşullarının yanı sıra sağlıklarını da pozitif yönde etkileyeceği beklentisi oluşturabilmektedir. Ancak yaşam beklentisindeki yakınsama ve ekonomik büyüme yoksulluğun azaltılması açısından önemli bir rol üstlense de sağlıkta doğrudan gelişmelere yol açmayabilmektedir. Yine de sağlığa ilişkin verilerin ölçümü, eğitim ve teknoloji gibi değişkenlerin etkisiyle sağlık ve gelir arasındaki doğrudan ilişkiye dair net bir çıkarımda bulunulamamaktadır (Deaton, 2006).

Moore'un (2006) ortalama yaşam süresindeki küresel eğilimlere ilişkin analizi, politik ekonomiden beslenen küresel bir yaklaşımın önemini göstermektedir. Bu analiz, küresel ticaret

kalıplarının ve ülkelerin çevre veya merkez ülke olarak dünya sistemindeki rolünün, gelir eşitsizliği-sağlık ilişkisi üzerinde kritik boyutlara sahip olduğunu ortaya koymaktadır. 107 ülke üzerinde yapılan analizde, yüksek/düşük gelir, OECD üyeliği olan/olmayan, dış ticarete sermaye yoğun mal ve hizmet düzeyine bağlı olarak çekirdek/çekirdek dışı ülke ve dünya sistemleri teorisine göre merkez/çevre ülke grupları karşılaştırılmıştır. Eşitsizlik ve küresel konum arasındaki etkileşimi temel alan regresyon analizi, eşitsizliğin çevre ülkelerdeki yaşam beklentisi üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Küresel sağlık açısından çocuk sağlığı sorunları bu kapsamda değerlendirilebilecek ayrı bir konu başlığı olarak dikkat çekmektedir. Dolayısıyla, çocuk sağlığı sorunlarının dünya genelinde eşit dağılmadığı ve düşük gelir grubundaki ülkelerin bu sorunlar açısından en kötü seviyeleri sürdürdüğü gözlemlenmektedir. Bu kapsamda sağlık göstergeleri, bir taraftan eşitsizlik ve yoksulluk düzeylerini ortaya koymakta, bir taraftan da yaşam koşulları, gıda ve beslenme güvenliği ve sağlık hizmetlerine erişimle ilgili sosyal ve ekonomik kalkınmanın izlenebilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Bu bağlamda çocuk sağlığı göstergeleri; beş yaş altı çocuklarda ölüm oranı, bebek ve yenidoğan ölüm oranı, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ve kronik yetersiz beslenme (boy kısalığı), akut yetersiz beslenme (zayıflık) ve obezite gibi beslenme durumu ölçümlerini kapsamaktadır (UNICEF, 2021).

Bu doğrultuda sosyal eşitsizliklerin çocuk sağlığı üzerindeki etkileri, düşük gelirli ülkelere özgü olmamakla birlikte, ülkelerin gelir düzeyi yükseldikçe de devam eden başlıca küresel sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Eşitsizlikler, bir grup sosyal, ekonomik ve sağlık belirleyicisinin karmaşık ilişkileri sonucunda ortaya çıkmakla birlikte, sağlık sorunlarına ve bu sorunların eşitsiz dağılımına neden olmaktadır. Son yıllarda çocuk sağlığı alanında küresel ölçekte çeşitli ilerlemeler kat edilmesine rağmen, çocuk sağlığı göstergelerine bakılarak eşitsizliklerin devam ettiği ifade edilebilmektedir. Bu bağlamda nüfusun sosyal açıdan kırılgan gruplarında sağlık göstergelerinin olumsuz seyretmesi, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA – Sustainable Development Goals)’na ulaşılmasını zorlaştıran bir etken olarak görülmektedir. Bu durum, COVID-19 salgını ile daha olumsuz bir seviyeye gelmiş ve çocukların sağlık sorunlarının çok boyutluluğu ile mücadele edilebilmesi adına kapsamlı sağlık ve sosyal koruma politikalarına duyulan ihtiyacı artırmıştır (Rebouças vd., 2022: S63).

Buradan hareketle küresel eşitsizliğin sosyoekonomik refah üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle, kapsayıcı ekonomik ve sosyal politikaların gerekliliği önem arz etmektedir. Bu

bağlamda hem kırsal alanlarda hem de kentlerde düşük gelirli bireylerin sağlık, eğitim, sosyal koruma gibi ihtiyaçları karşılanarak yaşam koşullarının iyileştirilmesine özel önem verilmesi gerekliliği vardır. Dolayısıyla küresel eşitsizliğin azaltılabilmesi için uluslararası sorumluluk üstlenilerek kapsamlı tedbirlerin alınması ile birlikte sürdürülebilir ve kapsayıcı kalkınma aracılığıyla adil kaynak dağılımının teşvik edilebileceği belirtilebilmektedir (Chrisendo, 2024: 14). Bu çerçevede; küresel gelir ve sağlık eşitsizliği ilişkisi sosyoekonomik sorunların temel nedenlerinden birisi olarak değerlendirilebilmektedir. Dolayısıyla, bu durumun çözümüne ilişkin olarak küresel iş birliğine dayanan farklı araçlara ihtiyaç duyulmaktadır.

### **3.1.3. Evrensel Temel Gelir Uygulamasının Sağlık Üzerindeki Etkisi**

Çalışmanın bu başlığında bir önceki başlıkta gözlemlenen gelir ve sağlık eşitsizliği ile mücadele edilebilmesi adına evrensel temel gelir uygulaması incelenmektedir. Söz konusu uygulamanın çıkış noktası, bireylerin ayırım gözetmeksizin temel gelir güvencesine sahip olabilmesine dayanmaktadır. Bu bağlamda; değişen istihdam ve gelir kalıpları, teknolojik değişimin etkileri, kemer sıkma politikaları, gelir güvencesinin sağlanmasına yönelik ve reformuna ilişkin yapısal eğilimler sonucunda istihdam ve sosyal koruma mekanizmaları yoluyla gelir güvencesi sağlanmasının daha da zorlaşabildiği ifade edilebilmektedir. Ayrıca küreselleşme süreci ve ticarete serbestleşmenin bir sonucu olarak standart dışı istihdamda artış olması (otomasyon süreci ile bağlantılı olarak), çalışma yoluyla gelir güvencesi elde edilmesini giderek zorlaştırmaktadır (Haagh ve Rohregger, 2019: viii). Bu doğrultuda yoksulluk, sosyal dışlanma ve güvenli barınma, gıda ve hijyene erişim sağlığın önemli belirleyicileri olarak karşımıza çıkmaktadır (Donaldson ve Banatvala, 2007: 857). Bu süreçlerin doğrudan ve dolaylı etkileri ise yeni politika uygulamalarının tartışılması ihtiyacını su yüzüne çıkarmaktadır. Bu bağlamda evrensel temel gelir uygulaması bireylere gelir güvencesi oluşturma amacıyla önerilen politika araçlarından biri olarak değerlendirilebilmektedir.

Son yıllarda evrensel temel gelir uygulaması ile ilgili araştırmalar gündeme gelerek, küresel politika tartışmalarında ön plana çıkan önemli konu başlıklarından birisi haline gelmiştir (Wilson ve McDaid, 2021: 1). Bu doğrultuda evrensel temel gelirin, sağlığın sosyoekonomik belirleyicilerini göz önünde bulundurarak önleyici bir halk sağlığı politikası aracı olarak kullanılabilen ve günümüz toplumunda yoksulluk, işsizlik ve artan eşitsizlikleri ele alan yenilikçi ancak tartışmalı fikirlerden birisini temsil eden, siyasi bir teori veya politika

önerisi olarak literatürde yer aldığı görülmektedir (Gomboc vd., 2024: 1; Johnson vd., 2021: 459).

Tüm nüfus için bir temel gelir güvencesine bağlı olarak, özellikle dezavantajlı gruplara yönelik hedeflenmiş politikalarla bağlantılı olarak, belirli ihtiyaç ve taleplerin ele alınması gerekmektedir. Bu durum, DSÖ'nün yaklaşımı ve tüm sosyal gruplar arasında etkili olan ancak orantılı bir düzeyde ve yoğunlukta evrensel kapsayıcılıktan ödün vermeden politika uygulamaları anlamına gelen ölçülü evrensellik kavramı ile de uyumludur. Bu kapsamda, evrensel temel gelirin uzun vadeli hedefi, gelir güvencesi sistemlerinin zayıf olduğu ve orta gelir grubunda yer alan ülkelerde, şartlı nakit transferi programlarının zaman sınırlaması ve diğer erişim engelleri gibi bazı sorunlardan kaçınılmasına yardımcı olabilmektir. Bu ülkelerde, temel gelir seviyesi oluşturulması suretiyle birincil müdahale sağlanabilecektir (Haagh ve Rohregger, 2019: 22). Bu doğrultuda evrensel temel gelir uygulamasının doğru planlama ve uygulamalar ile yoksulluğu gerçek anlamda azaltabileceği vurgulanmaktadır. Bireylerin kendilerini daha güvenli hissetmesine bağlı olarak, evrensel temel gelir ile bireylerin yoksulluklarını kanıtlamasına gerek duyulmadan veya hakkı olanı alabilmek için minnet etmesine gerek kalmadan hak temelli bir sosyal politikada aracı olarak kullanılabilecektir (Duman ve Yılmaz, 2022: 2351).

Kavramsal olarak evrensel temel gelir; kişinin mali durumuna yönelik herhangi bir araştırma veya kişinin çalışma şartı olmaksızın, bireysel bazda herkese koşulsuz olarak verilen periyodik bir nakit ödeme olarak tanımlanmaktadır (BIEN, 2024). Bir başka tanıma göre ise evrensel temel gelir; devletin vatandaşları arasında herhangi bir ayrım gözetmeksizin düzenli olarak ve şarta bağlı olmadan onlara gelir aktarılmasını öneren bir sosyal koruma aracı olarak ifade edilmektedir (Standing, 2004: 29). Bu kapsamda evrensel temel gelir uygulamasının aşağıdaki ana özelliklere sahip olması gerekmektedir (Haagh ve Rohregger, 2019: 3; BIEN, 2024; Gomboc vd., 2024: 1):

-*Süreklilik*: Tek seferlik bir hibe olarak değil, aylık veya üç aylık gibi düzenli aralıklarla ödenmektedir. Süreklilik, hak temelli ve ömür boyu statü güvencesi beklentisiyle bağlantılı olarak temel gelirin psikolojik etkisinin temeli olarak kabul edilmektedir.

-*Nakit ödeme*: Evrensel temel gelir uygun bir değişim aracıyla ödenmektedir ve böylece ödemeyi alanların bu parayı neye harcayacaklarına karar vermelerine olanak tanınmaktadır. Bu

nedenle aynı olarak (gıda veya hizmet gibi) veya belirli bir kullanıma tahsis edilmiş kuponlarla ödenmez.

*-Bireysellik:* Evrensel temel gelir bireysel olarak ödenmektedir. Hane başına ödeme yapılması evrensel temel gelir uygulamasına örnek teşkil etmemektedir.

*-Evrensellik:* Ödeme, bireylerin sosyal, istihdam veya ekonomik durumlarına bakılmaksızın herkese yönelik yapılmaktadır.

*-Koşulsuzluk:* Gelir testi olmaksızın ve çalışma ya da çalışma isteği gösterme zorunluluğu olmaksızın ödenmektedir. Diğer bir ifadeyle, bireyler herhangi bir şartı yerine getirmeden hak kazanmaktadır.

Ayrıca Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından evrensel temel gelir için aşağıdaki standartlar geliştirilerek raporlanmıştır (Ortiz vd., 2018: v):

- En azından ulusal yoksulluk sınırında belirlenen gelir güvenliğinin sağlanabilmesi için evrensel temel gelirin yeterli ve öngörülebilir olması,
- Kayıt dışı ekonomide yer alan kişiler de dahil olmak üzere sosyal kapsayıcılığın sağlanması,
- Toplumsal iletişimin sağlanması ve paydaşlarla istişare edilmesi,
- Evrensel temel gelire ilişkin hakları düzenleyen yasaların çıkarılması,
- Diğer sosyal, ekonomik ve istihdam politikaları ile tutarlılığın gözetilmesi,
- Sürdürülebilir ve adil finansmanın sağlanması gerekmektedir.

Evrensel temel gelire yönelik açıklanan standart ve özelliklere ilave olarak sağlıkta eşitliğin sağlanabilmesi için tasarlanan bu uygulama ile garanti edilen asgari gelir düzeyi, sağlıklı ve tatmin edici bir yaşam sürülebilmesi için gerekli olan parasal tutarlar referans alınarak tanımlanmalı ve toplumdaki dezavantajlı grupların gelirini artırarak yoksulluğu ve eşitsizlikleri azaltmak gibi açık bir hedefle çocuklar da dahil olmak üzere tüm bireylere yönelik olmalıdır. Bu kapsamda evrensel temel gelir transferlerinin, sosyal koruma ve refah duygusunun sağlanabilmesi için kişisel varlıklarına veya çalışma kabiliyetlerine bakılmaksızın herkesi kapsayacak ve sosyal dayanışmayı teşvik edecek şekilde yapılandırılması gerektiği ifade edilmektedir (Ruckert vd., 2018: 5).

Evrensel temel gelir konusunu ele alan iki temel yaklaşım bulunmaktadır. İlk yaklaşım, bir politika önerisi olarak evrensel temel geliri doğrudan ele almakta iken ikincisi ise, koşulsuz para transferinin etkilerini rapor eden ancak doğrudan evrensel temel geliri ele almayan incelemelerden oluşmaktadır. Literatürdeki çalışmalar ise temel olarak aşağıdaki konu başlıklarına odaklanmaktadır (Hasdell, 2020: 5):

- Evrensel temel gelirin öngörülen ekonomik etkileri,
- Bütün katılımcılar arasında ve demografik özelliklere dayalı olarak birbiriyle bağlantılı sağlık, sosyal ve ekonomik sonuçlar,
- Eğitim için özel sonuçlar,
- Yetişkin ve çocukların işgücü piyasasına katılımı,
- Sağlık ve sağlık hizmetlerine erişim,
- Üreme sağlığı,
- Sağlığın sosyal belirleyicileri ve
- Bebek ve erken çocukluk dönemi sağlığıdır. Söz konusu konu başlıkları göz önünde bulundurulduğunda evrensel temel gelirin birçok alanda sağlık ile ilişkili olduğu görülmektedir. Dolayısıyla evrensel temel gelir uygulamasının birey ve toplum sağlığı üzerindeki etkileri literatürde ağırlıklı olarak incelenmekte ve somut etkileri tartışılmaktadır. Bu durum ise tez çalışması açısından bireylerin geliri ve sağlık çıktılarının birbiriyle ilişkisini gösteren bir diğer kanıt olarak değerlendirilebilecektir. Bu doğrultuda, çalışmanın bu kısmında evrensel temel gelirin sağlık üzerindeki etkileri açıklanmaya çalışılmaktadır.

Evrensel temel gelir hakkındaki tartışmalar, refah programlarının geniş bir düzeyde gelir güvencesi sağlayabilmesini etkileyen sosyal, ekonomik, kurumsal ve siyasi değişimler üzerinde odaklanmaktadır. Bu durumun aynı zamanda sağlık ve refah, özellikle de sağlık eşitsizlikleri üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bu anlamda evrensel temel gelir uygulaması istihdam veya sosyal koruma tedbirleri yoluyla elde edilen gelir güvencesinin rolünü vurgulayan refah ve sağlık eşitliği konusuna işaret etmektedir. Gelir güvencesinin sağlığı etkilediği yollar karmaşık olsa da evrensel temel gelir tartışmasıyla ilgili ana faktör, temel gelir akışı ve yasal koruma hakları konusundaki netliğin mevcut olmasıdır. Bu da gelir güvencesi sistemlerinin

tasarımının sağlık çıktıları ve politikaları üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkileri olduğu anlamına gelmektedir (Haagh ve Rohregger, 2019: 1-3).

Evrensel temel gelir politikalarına sağlık eşitliği perspektifinden bakıldığında, iki husus üzerinde durulmaktadır. Birinci husus, sağlık ve gelir güvenliği arasındaki ilişkidir. Bu iki kavram arasındaki ilişki karmaşık ve bağlama özgül olsa da daha fazla gelir düzeyine sahip olmak herkes için daha iyi sağlık durumuna sahip olunması anlamına gelmeyebilir, ancak sosyal basamaklara ve yoksulluğun boyutunun göz önünde bulundurulması gerekli olmaktadır. Bu durum da sağlık eşitliğinin gelir gruplarının en alt basamağından ele alınması gerektiğine işaret etmektedir. İkinci husus ise, kurumsal boyutun öneminin göz önünde bulunmasının gerekliliğidir. Başka bir ifadeyle; sağlık eşitliğinin ele alınması için tasarlanacak sosyal politikaların, teşvik sağlamak ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için nasıl şekillendirilmesi gerektiği, bunların kapsamı ve diğer politikalarla nasıl bağlantılı olduğu ve bu çerçevede tamamlayıcı bir pozisyon üstlendiğinin belirlenmesi gerekmektedir. Toplumun en yoksul kesimlerine odaklanıldığında, bu kesimlere yapılacak destekler (örneğin; negatif gelir vergisi) sınırlı bir etkiye sahip olabileceği için sağlık üzerindeki etkileri spesifik değildir (Haagh ve Rohregger, 2019: 17). Dolayısıyla çeşitli kriterlere bağlı olarak yapılan yardım ödemelerinden farklı olarak, evrensel temel gelir uygulaması eşitlik temelinde hareket edilmesi nedeniyle sağlıkta eşitliğe giden yolda önemli bir adım olarak kabul edilebilmektedir.

Bununla birlikte gelir güvencesi oluşturulması önleyici bir sağlık önlemi olarak değerlendirilebilmektedir (Haagh ve Rohregger, 2019: 24). Bu açıdan literatürde gelir veya refah, sağlığın en önemli sosyal belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir (Wilson ve McDaid, 2021: 1). Yoksulluk ise, ruh sağlığı eşitsizliklerinin önemli bir itici gücü olarak görülmektedir. Ayrıca, evrensel temel gelir müdahalesinin ilkeleri olarak koşulsuzluk, bireysellik ve evrensellik ruh sağlığının potansiyel destekleyicileri olarak düşünülmektedir (Gomboc vd., 2024: 2).

Evrensel temel gelirin sağlık üzerindeki etkisi üç açıdan görülebilmektedir (Johnson vd., 2022: 410):

-*Sağlık etkisi*: Bu etki kaynak kıtlığı üzerinden açıklanmaktadır. Mutlak yoksulluk, bireylerin ihtiyaçlarını karşılarken erişebilecekleri kaynakların niteliği ve niceliği üzerinde sınırlamalar oluşturmaktadır. Evrensel temel gelirin kaynakları artırdığı ve mutlak yoksulluğu

azalttığı durumda, sağlığın teşvik edilebilmesi için maddi kapasitede iyileşme potansiyelinin oluşturulması gerekmektedir.

*-Kronik stres üzerindeki etki:* Tıbbi literatürde, uzun süreli strese maruz kalmanın bir dizi sağlık sorunuyla bağlantılı olduğu yer almaktadır. Kronik psikolojik stres daha yüksek depresyon, kardiyovasküler hastalık, diyabet, otoimmün hastalıklar, üst solunum yolu enfeksiyonları gibi rahatsızlıkların görülme riskini artırmaktadır. Bu bağlamda evrensel temel gelirin öngörülebilirliği sonucunda daha net bir gelir akışı oluşacağı için stres düzeyini azaltacağı düşünülmektedir. Evrensel temel gelirin yoksulluğa karşı siper olacağı durumlarda, bireyleri risk altında bırakan yapısal koşulları iyileştirmek için stres azaltıcı bir araç olarak hizmet edebilecektir.

*-Davranışlar üzerindeki etki:* Yaşamlarında kıtlık veya öngörülemezlikle karşı karşıya kalan bireyler, uzun vadeli sağlık ve refahlarını olumlu yönde destekleyen davranışlara daha az yatırım yapabilmektedirler. Eşitsizlik algısı, şiddet içeren tehlikeli davranışlara neden olabilmektedir. Böylelikle de toplumun geri kalanına meşru yollardan yetişme ihtimalinin az olduğunu düşünen dezavantajlı durumdaki bireylerin bu davranış kalıplarına yönelme olasılığı daha yüksek olabilmektedir.

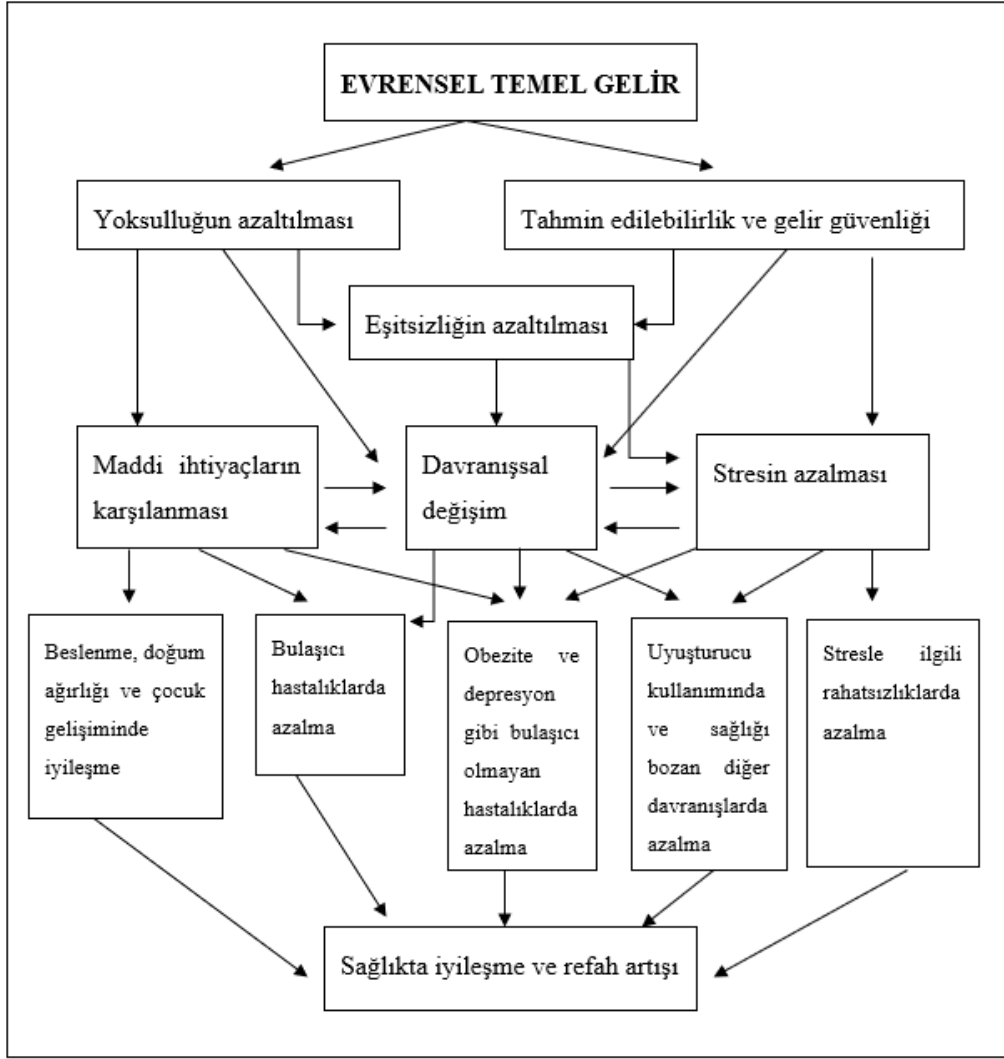
Söz konusu etkiler, daha üst düzey sosyal belirleyiciler üzerindeki faktörlerden kaynaklanmaktadır. Ayrıca bu etkiler, sağlığın bireysel belirleyicileri aracılığıyla doğrudan halk sağlığı etkilerine doğru yayılım göstermektedir. Sağlık etkisine giden bu yollar ise, bireylerin temel ihtiyaçlarının karşılanmasına bağlıdır. Bireyler bu ihtiyaçlarını bağımsız ve yeterli bir şekilde karşılayabiliyorlarsa, yoksulluk riskiyle karşılaşmalarına neden olan eşitsizliklere daha az maruz kalabileceklerdir. Teorik model, gelirdeki artışın bazı sağlık çıktılarını olumlu yönde etkilerken, temel ihtiyaçların karşılanması için gereken minimum seviyenin altına düşen gelirin, bireylerin diğer ihtiyaçlarını karşılayamayacağı anlamına geldiğini göstermektedir (Johnson vd., 2021: 460-462). Buradan hareketle evrensel temel gelir ile bireyler temel ihtiyaçlarını giderdikleri ölçüde sağlık düzeyleri üzerinde etkili olabileceği ifade edilmektedir.

Şekil 3.1’de evrensel temel gelirin sağlık etkisi yer almaktadır. Bu doğrultuda evrensel temel gelirin ilk etkisi yoksulluğun azaltılması ve gelir güvenliği sağlama üzerinden oluşmaktadır. Bu iki etki aracılığıyla eşitsizliğin azalmasına bağlı olarak bireyler maddi ihtiyaçlarını karşılayabilmekte, davranışsal değişime yol açmakta ve stres düzeyinin azalması

ile desteklenmektedir. Sonuç olarak evrensel temel gelir bir bütün halinde sağlıkta iyileşme ve refah artışına yol açabilmektedir.

Ayrıca şekilde bağlantılı olarak evrensel temel gelir sistemi, bireylerin ekonomideki değişikliklerden etkilendikleri durumda yaşamları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarını sağlayarak ekonomik uyum sürecini destekleyebilir ve çalışma motivasyonunu artırabilir. Böyle bir uygulamanın, özellikle gelir durumuna ilişkin belirsizlikler içeren gelir güvencesi sistemlerinin ortaya koyduğu sağlık eşitsizliklerini ve refahı temel aldığı vurgulanmaktadır (Haagh ve Rohregger, 2019: 22).

Ayrıca evrensel temel gelirin sağlıkta iyileşme ve refah etkisi sonucunda sağlık harcamalarında, suç oranlarında ve dolaylı olarak da kamu harcamalarında azalma gerçekleşebilecektir. Ayrıca eğitime katılım oranında artış, girişimcilikte artış ve hastalık nedeniyle işten ayrılmalardaki azalıştan kaynaklı üretkenlik artışı ve vergi tabanının genişlemesi ile sonuçlanabilecektir. Kamu bütçesini olumlu yönde etkileyecek olan bu durumlar vergi sistemine yönelik yapılacak reformlar ile desteklendiği takdirde evrensel temel gelir açısından maliyet tarafsızlığı oluşturabilecektir (Johnson vd., 2022: 411).



**Şekil 3.1. Evrensel Temel Gelir ile Sağlık Etkisi Giden Aşamalar**

Kaynak: Johnson vd., 2022: 411.

Bireylere evrensel temel gelir sağlanması, yüksek gelir eşitsizliklerinin yaşandığı modern çağla ilişkili bütün sosyal ve ekonomik sorunları çözemeyecek olsa bile, sağlıklı yaşamın sürdürülmesi veya iyileştirilmesi adına yeterli bir gelir düzeyi sağlanması halinde, evrensel temel gelirin dünyada giderek artan sağlık eşitsizliklerinin azaltılması hususunda önemli bir rol oynayabileceğini gösteren çok sayıda kanıt bulunmaktadır. Bu kapsamda bebek doğum ağırlığı, eğitim, psikolojik sağlık, barınma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde evrensel temel gelirin kısa ve uzun vadeli etkileri olduğu gösterilmiştir (Ruckert vd., 2018: 6). Bu bağlamda evrensel temel gelirin sağlık üzerinde dolaylı ve doğrudan etkileri gözlemlenebilmektedir. Tablo 3.4’te evrensel temel gelir uygulamasının dolaylı ve doğrudan etkileri yer almaktadır. Bu bağlamda bu etkilerin ortaya çıkışında sağlığı olumlu

yönde etkileyen kararların teşvik edilmesinin önem arz ettiği ifade edilmektedir. Aynı zamanda, bu durum sağlığı olumsuz yönde etkileyen davranışların azalması ile de açıklanabilmektedir. Buradan hareketle de ekonomik müdahaleler ile olumlu fiziksel ve ruhsal sağlık çıktıları arasında bir korelasyon olduğu fikri belirtilmektedir (Johnson vd., 2022: 412-414).

**Tablo 3.4. Evrensel Temel Gelir Modelinin Sağlık Etkisi**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Doğrudan Sağlık Etkileri</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| -Beslenme, doğum ağırlığı ve çocuk gelişiminde iyileşme,<br>-Bulaşıcı hastalıklarda azalma,<br>-Obezite, depresyon gibi bulaşıcı olmayan hastalılarda azalma,<br>-Uyuşturucu kullanımında ve sağlığı bozan diğer davranışlarda azalma,<br>-Stres bağlantılı durumlarda azalma.                                                                                                                                   |
| <b>Dolaylı Sosyoekonomik Etkileri</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| -Önlenen vakalar nedeniyle sağlık ve bakım maliyetlerinde azalma,<br>-Aile üyelerinin bakım hizmetlerinde artış ve iyileşme ve buna bağlı olarak kamu harcamalarında azalma,<br>-Suç oranlarında azalma,<br>-Eğitim kazanımının, girişimciliğin artması ve buna bağlı olarak vergi gelirlerinin yükselmesi,<br>-Hastalığa bağlı izin sayısında azalış ve iyileştirilmiş performans yoluyla üretkenliğin artması. |

Kaynak: Johnson vd., 2021, 411.

Evrensel temel gelire ilişkin teorik açıklamalardan sonra sağlık üzerindeki etkisinin daha net ifade edilebilmesi için pilot ve bölgesel uygulamalardan elde edilen bulguların incelenmesi bu kapsamda fayda sağlayabilmektedir. Öncelikle evrensel temel gelirin sağlık alanındaki faydalarına ilişkin 1974-1979 yılları arasında Kanada'nın Manitoba eyaletinde başlatılan evrensel temel gelir pilot uygulamasının analizi dikkat çekmektedir. Bu analize göre temel gelir alan hanelerde hastaneye yatış oranının %8,5 azaldığı ve bu hanelerde yaşayan çocukların liseyi bitirme olasılığının, kontrol grubundaki akranlarına oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Forget, 2011: 299).

Evrensel temel gelir desteği, ABD'nin Alaska eyaletindeki deneyimle örneklendiği üzere, doğum çıktılarında önemli ölçüde olumlu bir etkiye sahip olmaktadır. Bu kapsamda Alaska, 1970'li yılların sonlarından itibaren vatandaşlarına Alaska Daimî Fonu adı verilen gelir transferleri sağlamaktadır. Bu transferlerin sağlık üzerindeki etkilerine yönelik olarak yapılan araştırmalar, doğum ağırlığının 38,8 gram arttığını, düşük doğum ağırlığı olasılığının %14 azaldığını ve sonuçların eğitim düzeyi daha düşük kadınlar için daha anlamlı olduğunu belirtmektedir (Ruckert vd., 2018: 3).

Kenya'da uygulanan evrensel temel gelir ve yetim ve korunmasız çocuklara nakit transferi programından elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde öncelikle, dört yıl boyunca

nakit transferi alan genç erkeklerin, bir önceki yıla ve kontrol grubuna kıyasla büyük ölçüde daha az depresif belirtilere ve daha yüksek umut düzeylerine sahip oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca evrensel temel gelir uygulamasına dahil olan grupta depresyon belirtilerinde anlamlı oranda azalma ve mutluluk, yaşam memnuniyeti ve psikolojik durum endeksinde ise artış gözlemlenmiştir (Kilburn vd., 2016; Haushofer ve Shapiro, 2018).

Hindistan'daki pilot uygulamada ise, özellikle düzenli ve önleyici sağlık kontrollerine katılma teşviki ile, katılımcılar arasında yaygın hastalıkların görülme sıklığı azalmış, bu da potansiyel olarak daha ciddi sağlık sorunlarının ortaya çıkma olasılığını en düşük seviyeye indirmiştir. Bu durum, yüksek gelirli gruplara kıyasla düşük gelirli grupların sağlık hizmetlerini kullanım farkını ve yüksek maliyetli sağlık harcamaları göz önüne alındığında oldukça önemli bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. İlave olarak, evrensel temel gelirin, kamu veya özel ilaç sigortası planının bulunmadığı ülkelerde ilaçlara daha adil bir erişim sağlayabileceği de muhtemeldir. Ayrıca Indiana'da yapılan bir gelir deneyi de dahil olmak üzere diğer araştırma bulguları da bu verilerle tutarlı sonuçlar ortaya koymaktadır. Bu durumda, gelir destekleri, daha iyi yeni doğan beslenmesi ve sağlık hizmetlerine erişim sağlayabilmektedir. Bununla birlikte erken dönem çocuk gelişiminin çocuklarda bilişsel, davranışsal ve fiziksel alanları etkileyen önemli bir faktör olduğu ve bunun da yaşamın ilerleyen dönemlerinde sağlık sonuçlarını etkileyebileceği söylenmektedir (Ruckert vd., 2018: 3-4).

Zambiya'da uygulanan Çocuk Hibe Programı kapsamında, koşulsuz periyodik nakit transferlerinin yoksul hanelerdeki beş yaşın altında çocukları olan kadınların mutluluk seviyelerini etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Programın, özellikle katılımcıların bireysel refahını, çocuklarının memnuniyetini ve sağlık durumlarına yönelik değerlendirmelerini ve geleceğe olumlu bakışlarını iyileştirmede etkili olduğu bildirilmiştir. Program uygulamaya geçtikten 36 ay sonra, mutlu hisseden ve genel olarak hayattan daha memnun olan kadınların oranında önemli bir artış gözlenmiştir. 48 ay sonra ise, koşulsuz nakit transferlerinin mutluluk ve memnuniyet üzerindeki etkisi devam etmiş ve hatta artmıştır (Natal vd., 2018).

Finlandiya'da iki yıl süren evrensel temel gelir uygulamasına ilişkin araştırmaya katılan kişiler ekonomik durumlarıyla ilgili streslerinin azaldığını ifade etmişlerdir (Kangas vd., 2019). Finlandiya'ya ilave olarak Kanada, Kuzey Carolina, Hollanda ve İspanya'da yapılan evrensel temel gelir uygulamaları; düzenli bir şekilde yapılan ve katılımcıların her zaman temel ihtiyaçlarını karşılayabilmelerini sağlayan ödemelerin, kısa vadeli sonuçların ötesine geçtiğini

göstermektedir. Ayrıca mevcut çalışmalar, evrensel temel gelir uygulamasının katılımcıların geleceklerine yatırım yapmalarına olanak tanıdığını ve ruh sağlıkları için fayda sağladığını ortaya koymaktadır (Wilson ve McDaid, 2021:12).

İngiltere’de mikro bölgelerde katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmelerde, evrensel temel gelirin güvencesizlikten bir çıkış yolu olarak görüldüğü ve bireyleri düzensiz, kısa vadeli, genellikle düşük nitelikli istihdamın yorucu döngüsünden kurtaracak, stres azaltıcı bir maddi zemin oluşturan bir uygulama olarak görüldüğü ifade edilmiştir. Ayrıca katılımcılar sürekli olarak yoksul olmanın, temel ihtiyaçların nasıl karşılanacağı ve sık sık yorucu işlerle uğraşma konularında strese neden olduğunu ifade etmişlerdir (Howard vd., 2024: 399). Bu uygulamadan elde edilen sonuçlar, bu yönüyle evrensel temel gelirin stres düzeyi ve ruh sağlığı üzerindeki etkisini gösterir niteliktedir.

Sağlık özelinde yapılan değerlendirmelerde ise katılımcılar, evrensel temel gelir tarafından sağlanan maddi güvencenin fiziksel ve zihinsel sağlıklarını pozitif etkileyeceğini, streslerini ve sosyal güvenlik sistemi tarafından karşılaştıkları sınırlamaları azaltacağını vurgulamışlardır. Bu kapsamda, bireylerin daha sağlıklı ve temiz gıdayı tercih edecekleri, bugüne ve geleceğe dair potansiyel olarak daha faydalı seçim yapma konusunda özgür olacakları sonucuna ulaşılmaktadır. Karar verme aşamasında görülen bu etkinin, bireysel sağlığı artırmaya yönelik davranışların artmasına ve katılımcılar tarafından bireylerin yoksulluk ve stresten kaçış yolu olarak yaygın olduğunu bildirdikleri uyuşturucu tüketimi gibi faaliyetlerin azalmasına yol açacağı öne sürülmüştür (Howard vd., 2024: 401). Dolayısıyla daha önce belirtilen evrensel temel gelir sağlığa dolaylı ve doğrudan etkilerinin mikro uygulamalar düzeyinde elde edilen veriler ışığında gözlenebilmesini sağlamaktadır.

Sonuç olarak katılımcılar tarafından finansal güvencenin artması ve stresin azalması davranışlarda beklenen değişikliklerle ilişkilendirilmiş ve evrensel temel gelirin sağlıklı davranışları artıracığı ve sağlıksız davranışları azaltacağı fikri konusunda fikir birliği oluşmuştur. Genel kanı böyle olsa da bazı katılımcılar, düzenli finansal kaynak edinilmesi sonucunda bazı bireylerin alkol ve uyuşturucu tüketimine yönelebileceğini, enflasyona neden olabileceğini ve çalışmamayı alışkanlık haline getirip iş yaşamından uzaklaşabileceği gibi negatif sonuçlar ile karşılaşılabileceğini ifade etmişlerdir (Howard vd., 2024: 400). Böylelikle evrensel temel gelirin sonuçlarının birey davranışları çerçevesinde şekilleneceği ifade edilebilmektedir. Ancak toplum içindeki dezavantajlı gruplar açısından değerlendirildiğinde

böyle bir uygulama ile maddi anlamda söz konusu grupların temel ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için kaynak sağlanabileceği çıkarımına ulaşılmaktadır.

Ruh ve toplum sağlığı perspektifinden düşünüldüğünde, Namibya’da uygulanan evrensel temel gelir pilot uygulamasında topluluk ruhunda ve bireyler arasındaki sosyal bağlarda artış yaşandığı ampirik sonuçlar ile ortaya koyulmuştur (Jauch, 2015; Mays, 2019). Söz konusu durum çağımızda yalnızlık salgını olarak ifade edilen yabancılaşma ve yalnızlaşmanın neden olduğu ruhsal etkiler ve ekonominin üretkenlik kapasitesi üzerindeki etkisi nedeniyle oldukça dikkat çekici niteliktedir (Howard vd., 2024: 402).

Bu doğrultuda Bridger ve Nettle (2022) tarafından yapılan çalışmada evrensel temel gelirin toplum ruh sağlığına yönelik bir müdahale olarak algılanma durumu araştırılmıştır. 622 katılımcı, psikolojik stresi azaltmak için ilaca, psikoterapiye ve gelire erişim sağlamanın etkinliğini değerlendirmiştir. Çalışma sonucuna göre ise gelir, bir bireyin stresini azaltma açısından psikoterapi kadar etkili ve toplumdaki stresi azaltma hususunda etkili bir araç olarak değerlendirilmiştir.

Bununla birlikte hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde uygulanan farklı evrensel temel gelir programlarının bireylerin ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkeler açısından bakıldığında yapılan çalışmalar, evrensel temel gelir programlarının gelişmekte olan ülkelerdeki bireylerin ruh sağlığı üzerinde önemli olumlu etkilere sahip olduğunu ve koşulsuz olmasının ve ödeme sıklığının dikkate değer değişkenler olarak karşımıza çıktığını göstermektedir (Gomboc vd., 2024: 1). Buradan hareketle evrensel temel gelir uygulamasının pilot bölge uygulamaları ile kişilerin mental ve fiziksel sağlıklarının korunmasına ve iyileştirilmesine destek olunabileceği ifade edilebilmektedir.

Hasdell (2020:17) tarafından literatürdeki çalışmalar değerlendirildiğinde, ruh sağlığı üzerinde genel olarak olumlu etkiler gözlemlenmiştir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimle ilgili sonuçların tekdüze olmadığı görülmektedir. Sağlık hizmeti talebi, sağlık hizmeti alımı ve hane halkının sağlık harcamaları üzerinde olumlu etkiler gösterdiğine dair sonuçlara ulaşan çalışmalar mevcuttur. Bununla birlikte, ulusal sağlık hizmetlerine kayıt veya sağlık hizmeti kullanımının program teşviki olarak dahil edildiği programlarda sağlık üzerindeki pozitif etkilerin daha olası olduğu belirtilmektedir. İlave olarak belirtmek gerekir ki, sosyal güvenliğe erişimin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalarda, sürekli olarak sosyal yardım

talebi sürecine maruz kalmanın bir sonucu olarak, sosyal yardım talep eden bireyler arasında önemli psikolojik rahatsızlıkların görülebildiği tespit edilmiştir (Craig ve Katikireddi, 2020). Bu nedenle evrensel temel gelirin bu psikolojik rahatsızlıklar üzerinde olumlu etkiler göstermesi beklenmektedir.

Finansman açısından değerlendirildiğinde ise kamu veya özel sektör tarafından finanse edilip edilmediği fark etmeksizin, sağlık hizmetlerinin ekonomi için önemli bir maliyet yarattığı aşıkardır. Bu kapsamda, evrensel temel gelir uygulamalarının hastaneye yatışları ve doktor muayeneleri azaltabileceği tahmin edilmektedir. Manitoba'daki pilot uygulamadan elde edilen sonuçlara bakıldığında, sağlık hizmeti kullanımında %8,5'lik bir düşüş olduğu ve psikiyatrik nedenlerle hastaneye başvuruların azaldığı görülmektedir. Hindistan'daki pilot uygulamaya katılanlar arasında yaygın görülen hastalıklar azalmış, özellikle de düzenli önleyici sağlık kontrollerine katılma teşviki ile, daha ciddi sağlık sorunlarının ortaya çıkma potansiyeli azalmıştır. Bu durum, düşük gelir grubundaki bireylerin yüksek gelir grubundaki bireylere kıyasla orantısız sağlık hizmeti kullanımı ve yüksek maliyetli hastane harcamaları göz önüne alındığında oldukça önemli bir sonuç olarak değerlendirilebilmektedir. Bununla birlikte, evrensel temel gelirin kamu veya özel ilaç sigorta sisteminin bulunmadığı ülkelerde, ilaçlara daha adil bir erişim sağlayabileceği de muhtemeldir. İlaç maliyetlerindeki önlenemez artış göz önünde bulundurulduğunda, ilaçlara erişim, özellikle dezavantajlı konumda bulunan hane halkları için daha fazla tehlike arz etmektedir. Bu nedenle evrensel temel gelir, bu tür artan ilaç maliyetlerinin olumsuz etkilerini azaltabilir ve herkesin erişimini destekleyebilir niteliktedir (Ruckert vd., 2018: 4). Bu uygulama aynı zamanda uzun dönemli veriye duyulan ihtiyacı da göstermektedir. Bu durum ile bağlantılı olarak uzun dönemde toplum sağlığında gözlenen iyileşme belli bir projeksiyonda kamu sağlık harcamalarını azaltıcı etki gösterdiği ölçüde etkinlik sağlanmış olacaktır.

Dolayısıyla sağlık çıktılarının, gelir seviyesi ve gelir güvenliği ile ilişkili olduğu; düşük gelir düzeyine sahip hanelerde, depresyon, kalp hastalığı ve diyabet gibi birçok önemli hastalık yüksek görülme sıklığına sahipken; daha yüksek gelir düzeyine sahip hanelerde görülme sıklığının azalması ile açıklanabilmektedir. Bu durum, gelir düzeyinden etkilenen sosyal değişkenler ile bağlantılı olmaktadır. Dolayısıyla finansal güvenceye sahip olunması, özellikle de düşük gelir grubunda yer alan nüfusun sağlığına yönelik önemli fayda sağlayabilmektedir. Bu kapsamda, evrensel temel gelir ve diğer nakit transfer programlarının finansal güvenceyi

artırarak sağlık çıktılarını olumlu yönde etkileyebilmekte ve sağlık ile ilişkili mal ve hizmetlere erişimi iyileştirebileceği belirtilmektedir (Sircar ve Friedman, 2018: 1878).

Evrensel temel gelirin incelendiği çalışmalardan çıkan sonuçlar genel olarak evrensel temel gelir programlarının yoksulluğu azalttığı, sağlık ve eğitim çıktılarını iyileştirdiği ve işgücü piyasasına katılım üzerindeki etkilerinin asgari düzeyde olduğu yönündedir. Ayrıca dezavantajlı gruplar özelinde değerlendirildiğinde gelir dağılımı farklılıklarının evrensel temel gelir ile azaltılmasının amaçlandığı aşikâr olarak görülmektedir (Hasdell, 2020: 18). Johnson vd. (2022: 590) tarafından yapılan çalışmada evrensel temel gelire yakın sistemlerin veya uygulamaların denendiği yerlerde, nüfus düzeyinde sağlık ve refah üzerindeki olası etki mekanizmalarını etkin bir şekilde ölçme konusunda yeterli çalışmaların olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu nedenle de uygun politika tasarımlarının gerçekleştirilebilmesi için politika yapıcılar, siyaset bilimi, sosyal ve ekonomi bilim insanları ve psikologlar arasında, sağlıkta eşitsizlik ile ilgili bütün faktörlerin gözlemlenmesini sağlamak üzere ortaklaşa çalışmaların yürütülmesi gerekmektedir.

Bu bağlamda evrensel temel gelir ile sağlık arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmalar sağlık üzerindeki etkilere yönelik kanıtların tekdüze olmadığını göstermektedir. Bazı çalışmalar doğum ağırlığı ve ruh sağlığı gibi sonuçlar üzerinde güçlü olumlu etkiler tespit ederken, bazı çalışmalar ise herhangi bir etki tespit edememiştir. Ancak, özellikle risk altında bulunan dezavantajlı gruplarda etkilerin daha güçlü olduğuna dair kanıtlar sunulmaktadır (Gibson vd., 2018: 36).

Daha sağlıklı bireylerin daha üretken çalışma hayatına sahip olmaları nedeniyle, sağlığın iyileştirilmesi de gelir eşitsizliğini azaltan bir faktör olarak değerlendirilebilmektedir. Ayrıca, sağlıklı çocukların mezuniyet ve nitelikli iş gücü statüsüne erişme olasılığı da daha yüksektir. Bu nedenle çocukluk döneminde finansal güvencenin artırılması, gelecek nesillerin sosyal, ekonomik ve dolayısıyla da sağlık potansiyelini önemli ölçüde geliştirebilecektir (Sircar ve Friedman, 2018: 1879). Bu bağlamda evrensel temel gelir uygulaması gelir güvencesinin sağlanabilmesi için temel çıkış noktası olarak değerlendirilebilir.

Aynı zamanda evrensel temel gelir programları ile bireylere koşulsuz ödemeler sağlanarak güvence ağı oluşturulması amaçlanmaktadır. Ayrıca mevcut uygulamalardan elde edilen sonuçlara göre, yoksulluk arttıkça, bu durum toplumun en savunmasız üyelerinin sağlığına zarar verdiği için yoksulluğun azaltılması ve sağlık çıktılarının iyileştirilmesine

yönelik diğer müdahalelere küresel ölçekte önemli bir katkı sağlanabileceği çıkarımında bulunmaktadır (Patel ve Kariel, 2021: 1-2). Dolayısıyla evrensel temel gelirin gelir güvencesi ve sağlık sistemlerini iyileştirme potansiyelinin ekonomik ve yasal düzenlemeler gibi daha geniş kapsamlı faktörler dikkate alınarak araştırılması gerekmektedir. İşgücü piyasasındaki güvensizlikler doğrudan evrensel temel gelir uygulaması ile çözülmemekle birlikte, çalışma teşviklerinin desteklenmesine yardımcı olabilmektedir. Ayrıca evrensel temel gelirin işgücü piyasası ve sağlık üzerindeki genel etkisi daha geniş bir dizi faktöre bağlı olabilecektir (Haagh, 2019). Bu doğrultuda evrensel temel gelir uygulamasının uygulanma boyutu kadar planlama aşamasına da önem verilmesi gerekmektedir. Sosyal ve beşerî bilimlerin farklı alanlarında çalışan bilim insanlarının disiplinler arası değerlendirmeleri bu anlamda politika yapıcılara yol gösterici nitelikte olabilmektedir. Bu durum sağlığın sosyal belirleyicilerinin çok çeşitli olmasından ve etki mekanizmasının birçok faktör tarafından belirlenmesinden kaynaklandığı için farklı perspektiften görüşlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Yapılan çalışmalar sonucunda giderek artan sayıda kanıt, evrensel temel gelirin, ulusal düzeyde nüfus genelinde önemli sağlık faydaları yaratma kapasitesine sahip olabileceğini göstermektedir (Gibson vd., 2020; Howard vd., 2024: 396). Bu bağlamda sağlık açısından, kümülatif bir etki yaratacak ölçüde yeniden şekillendirmek için siyasi düzenlemelerin yapılması gerektiği belirtilmektedir. Dolayısıyla toplumların bu etkiyi oluşturabilmesi için evrensel temel gelirin; sosyal eşitsizlikleri azaltmanın, sağlığı pozitif yönde etkilemenin, ulusal sağlık sistemleri üzerindeki yükü azaltmanın ve üretkenliği artırmanın bir yolu olarak düşünülmesi gerekmektedir (Johnson vd., 2022, 590). Sonuç olarak bireyler arasındaki gelir ve sağlık eşitsizliklerinin giderilebilmesi ve sosyal adaletin tesis edilebilmesi adına sağlık politikaları ile uyumlu bir sosyal koruma önlemi olarak evrensel temel gelir uygulaması gerçekleştirilerek etkin sonuçlar alınabileceği öngörülmektedir. Dolayısıyla tez çalışması kapsamında ise küresel gelir ve sağlık eşitsizlikleri ile mücadeleyle dönük ele alınabilecek bir politika uygulaması olarak değerlendirilmektedir. Bu durumun bir yansıması olarak ise, gelir ve sağlık arasındaki ilişkiye bağlı olarak bireylerin gelir düzeyinin yükseltilerek sağlık çıktıları üzerinde olumlu etki oluşturmaya dönük uygulamaların hem ulusal hem de küresel düzeyde gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

### 3.1.4. Sosyal Koruma ve Sağlık Bağlantısı

Tez çalışması kapsamında sosyal korumanın sağlık ile örüntüye sahip olduğunun kabul edilmesinden hareketle, bu başlık altında sosyal koruma kavramı incelenmektedir. Akabinde küresel düzeyde sosyal korumanın gerekliliği üzerine değerlendirmeler yapılmaktadır. Bu çerçevede süreç içinde sosyal güvenliğe bakışın değişmesi nedeniyle çalışma çerçevesinde, öncelikle sosyal güvenlik ve sosyal koruma kavramları netleştirilerek kapsam oluşturulmaktadır. Dolayısıyla sosyal güvenlik kavramından sosyal koruma kavramının ağırlık kazanması nedeniyle tez çalışmasında sosyal koruma kavramının kullanımı tercih edilmektedir. Ancak sosyal güvenliğe ilişkin temel açıklamalar da yer almaktadır.

Öncelikle literatürde sosyal güvenlik, sosyal sigorta ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar incelenmektedir. Bu kapsamda Levy ve Meltzer (2008) tarafından yürütülen literatür değerlendirmesi çalışmasında “Sağlık sigortası sağlığı nasıl etkilemektedir?” sorusunun cevabı araştırılmıştır. Bu soruya net bir yanıt bulunabilmesi mümkün olmasa da elde edilen kanıtların, sağlık sigortasının bebekler, çocuklar ve AIDS’li bireyler gibi savunmasız alt grupların sağlığını iyileştirdiğini ve özellikle düşük gelirli bireyler olmak üzere daha geniş bir yetişkin nüfus için belirli sağlık ölçümlerini iyileştirebileceğini kesin olarak gösterdiği belirtilmiştir.

Ayrıca Wilper vd. (2009) tarafından yapılan çalışmada ise ABD’de sağlık sigortası ile ölüm oranları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışma sonucuna göre sağlık sigortasının olmaması nedeniyle ABD’de yılda yaklaşık 45.000 ölümle ilişkilendirilerek; bu sayının böbrek hastalığının neden olduğu ölümlerden daha fazla olduğuna dikkat çekilmektedir. Ayrıca çalışmada genel sağlık sigortasının hayat kurtarıcı etkisi yaygın olarak kabul edilmekle birlikte, evrensel sağlık kapsamının siyasi gündemde yer alması gerektiği de vurgulanmaktadır.

Pan vd. (2016) tarafından yürütülen çalışmada 2007 yılında Çin’de başlatılan Kentsel Yerleşik Temel Sağlık Sigortası (URBMI) temelinde sağlık sigortasının sağlık açısından önemli olup olmadığı araştırılmıştır. URBMI’nin ulusal panel anketi kullanılarak yapılan çalışmada, URBMI yararlanıcılarının sigortasız bireylere göre istatistiksel olarak daha iyi sağlık deneyimi yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. İlave olarak, sigortanın sağlığa faydası, dezavantajlı eğitim durumuna ve düşük gelire sahip gruplar için diğerlerine göre daha güçlü konumda bulunmaktadır. Bununla birlikte çalışmada SKA’ya erişilebilmesi için küresel gündemin temel bir parçası olarak evrensel sağlık kapsamının teşvik edilmesine yönelik olarak, az gelişmiş ülkeler için artan küresel fikir birliği ve çabanın desteklenmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Sağlık ve sağlık sigortası ilişkisini temel alan çalışmaların çoğu gelişmiş ülkelere odaklanmaktadır. Ancak sigortanın sağlık üzerindeki etkisi gelişmekte olan ülkelerde çeşitli nedenlerden dolayı farklı olabilmektedir. Örneğin, gelişmekte olan ülkelerdeki bireyler mali açıdan daha kısıtlı olabilir, bu nedenle sigorta bu kısıtlamanın hafifletilmesinde daha büyük bir rol oynayabilmektedir. Dolayısıyla sağlıktaki iyileşme üzerinde daha büyük bir etkiye sahip olabilecektir. Bir diğer neden ise, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında, gelişmekte olan ülkelerdeki sigorta programlarının genellikle daha az kapsamlı olması nedeniyle sınırlı etkiye yol açabilmesidir (Pan vd., 2016: 1399). Bu noktada sağlık hizmetine erişim ve kalitesinde olduğu gibi sosyal güvenlik açısından da küresel bir eşitsizlik dikkat çekmektedir.

Berman (2020) tarafından yapılan çalışmada sosyal güvenlik sisteminden elde edilen gelirin yaşlı erkekler için sağlık harcamalarını ve ölüm oranlarını azalttığı ileri sürülmektedir. Analiz edilen dönem boyunca, aylık sosyal güvenlik yardımlarında 100 dolarlık bir artışın aylık federal Medicare harcamalarında 38 dolarlık bir düşüşe yol açtığı tahmin edilmektedir. Ayrıca elde edilen gelir ile bağlantılı olarak kronik hastalıkların teşhis edilmesi ve ölüm oranlarında da düşüşler tespit edilerek, temel sağlığın iyileşebileceği görüşü desteklenmiştir. Dolayısıyla bu çalışmalar ile sigortanın sağlık üzerinde genellikle pozitif etkisi olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle de sağlıktan bağımsız olarak sosyal koruma veya sosyal güvenliğin değerlendirilmemesi gerektiği düşüncesinin temeli bu çerçevede oluşturulabilmektedir.

Sosyal güvenlik kapsamına ilişkin tartışmalar derinleştikçe, sosyal güvenlik kavramının da yeniden tanımlandığı ve anlam kazandığı görülmektedir. Sosyal güvenlik programları bazen sadece sigorta bünyesinde yer alan riskler gerçekleştiğinde devreye giren programlar olarak nitelendirilmekte ve bu programa genellikle kayıtlı işgücü piyasasında çalışan işçiler ve aileleri erişebilmektedir. Bu vizyon değiştiği gibi pek çok ülkede sosyal güvenlik sistemlerinin algılanan rolleri de değişmekte ve odak noktası, yoksulluğun bütün boyutlarıyla hafifletilmesi ve kayıtlı işgücü piyasalarının dışında kalanların da dahil olmak üzere bireylerin ihtiyaçlarına daha fazla öncelik verilmesine doğru kaymaktadır (Hagemejer ve McKinnon: 2013: 7).

Sosyal korumanın önemi konusunda 2000’li yıllardan sonra genel olarak fikir birliği olsa da kavramsal sınırları ve genel tanımları farklı yorumlara açık olmaya devam etmektedir. Bu nedenle sosyal korumanın gerekçesi, kapsamı, hedefleri ve bileşimi konusunda farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar da kavramsal ve teknik olarak ortak tanım

çerçevesinde birleşmeyi zorlaştırabilmektedir. Ancak söz konusu yaklaşımlar arasında ortak zemin kurmaya çalışan politik çerçeveler bulunmaktadır (Gentilini ve Omamo, 2011: 330).

Sosyal güvenlik kavramsal ve uygulama boyutunda değişim gösterdikçe dinamik sosyal güvenlik kavramı önem kazanmaktadır. Bu anlamıyla dinamik sosyal güvenlik; erişilebilir, sürdürülebilir, yeterli, sosyal olarak kapsayıcı ve ekonomik olarak üretken olan ve olumlu performans sergileyen, iyi yönetilen, proaktif ve yenilikçi sosyal güvenlik kurumlarına dayanan sosyal güvenlik sistemlerini ifade etmektedir (McKinnon, 2007: 156). Dolayısıyla sosyal güvenlik sadece refah programlarından ibaret değildir; aynı zamanda, bireylerin evrensel bir şekilde kapsanmasına yönelik bir açılıma işaret eden bir fikir ve vizyon olarak nitelendirilebilmektedir (Leisering, 2021: 414).

ILO yeni sosyal güvenlik stratejisi olarak iki boyutlu bir yaklaşım temelinde üyeleri kapsamlı sosyal güvenlik sistemleri kurmaları ve sürdürmeleri konusunda desteklemeyi amaçlamaktadır. Söz konusu yaklaşımların ilk boyutu; aynı seviyede ihtiyacı olan herkese mümkün olan en kısa sürede koruma sağlamak için temel sosyal güvenlik güvencelerinin tabanının oluşturulabilmesidir. İkinci boyut ise, örgütün mevcut sosyal güvenlik standartlarına göre yönlendirilen sosyal güvenlik kapsamının mümkün olan en kısa sürede mümkün olduğunca çok kişiyi kapsayacak şekilde genişletilmesidir (ILO, 2011: 9). Bu doğrultuda, ILO'ya göre özellikle düşük gelirli ülkelerde olmak üzere, sosyal koruma programlarının kapsamının küresel düzeyde artırılması amacıyla ilave yatırımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Sosyal güvenliğin; sağlık koruma, hastalık yardımları, işsizlik yardımları, yaşlılık aylıkları, iş kazaları, aile ve çocuk yardımları, annelik yardımları, engelli ödemeleri, dul ve yetim aylıkları olmak üzere dokuz adet aracı bulunmaktadır. Bu kapsamda, sosyal sağlığın korunmasına yönelik hak temelli bir yaklaşım teşvik edilerek, yoksullaşmaya neden olmaksızın kaliteli sağlık hizmetlerine etkin erişimin sağlanması önem arz etmektedir.

Bazen sosyal güvenlik, sosyal korumanın yalnızca resmi bir istihdam ilişkisi içinde olanlara ayrılmış özel ve dolayısıyla evrensel olmayan bir bileşeni olarak görülebilmektedir. Bu durumda “sosyal koruma” ve “sosyal güvenlik” kavramları birbirini dışlayan kavramlar olarak algılanabilmekte ve sosyal korumanın bugüne kadar sosyal güvenlik tarafından kapsanmayan veya kolayca kapsanamayacağı düşünülen bireylere ulaşma potansiyeli sunduğu öne sürülebilmektedir. Ancak sosyal güvenlik ve sosyal koruma terimlerinin esasında aynı sosyal politika kavramının parçası olarak kabul edilmesi ve uluslararası kuruluşlar tarafından net bir

şekilde ortaya koyulması gerekmektedir. Buradan hareketle, her iki terimin de temel amacı en azından sosyal koruma tabanı oluşturulması bağlamında aynı sosyal politika kavramını karşıladığı net bir şekilde değerlendirilmektedir (Hagemejer ve McKinnon: 2013: 9). Bununla birlikte sosyal koruma kavramı genellikle sosyal güvenlik sistemlerinin sunduğundan daha geniş bir kurumsal risk yönetimi kavramını ifade etmek için de kullanılabilir (Holzmann ve Jørgensen, 2001: 530).

Bu görüşler doğrultusunda 2010'lu yılların başından itibaren, sosyal koruma kavramı sosyal güvenlik kavramının yerine kullanılmaya başlanmıştır (Leisering, 2022: 320). Sosyal koruma, dezavantajlı konumda olan kişileri hayatları boyunca karşılaşılabilecekleri risklere karşı koruyan bir dizi politika müdahalesini tanımlamanın önemli bir yolu olarak değerlendirilmektedir. Bu müdahaleler ise; sosyal yardımlar, sosyal sigorta ve işgücü piyasası düzenlemeleri gibi farklı şekillerde gerçekleştirilmektedir. Sosyal koruma devlet veya devlet dışı kurumlar tarafından sunulabilir, ancak vatandaş ile devlet arasındaki sosyal sözleşmenin bir unsuru olarak siyasi önemi nedeniyle, ulus-devlet sorumluluğu olarak sosyal korumaya vurgu yapılmaktadır. Bu kapsamda, sosyal koruma tedbirleri genellikle sistematik bir düzeyde ve bireylerin hayatlarının maddi boyutlarının ötesinde, insan haklarının bir gereği olarak toplumun bütün sosyal gruplarının korunması ve geliştirilmesine yönelik olarak çalışması gerektiğinin kabul edilmesiyle daha da haklı hale gelmektedir (Devereux ve Sabates-Wheeler, 2008). Ayrıca ekonomik zorluk çekmeden nitelikli sağlık hizmetlerine ve gelir güvencesine erişim, sağlık ve sosyal güvenliğin insan hakları temelinde hayata geçirilmesi için esas teşkil etmektedir (ILO, 2024a: iii). Ayrıca sosyal güvenlik temel olarak çalışan nüfusu kapsayan bir boyuta sahipken; sosyal korumanın daha geniş kapsamlı bir karşılığı bulunmaktadır. Öte yandan sosyal güvenlik sanayileşmenin hız kazanması ile ağırlıklı olarak üzerinde durulan bir kavramken, günümüzde sosyal güvenlikden ziyade sosyal koruma kavramı kullanılmaktadır. Bu nedenle tez çalışması kapsamında da kavram olarak sosyal korumanın incelenmesi sağlık politikaları ile ilişki kurulabilmesi adına daha yerinde olacaktır.

Dolayısıyla sağlık politikaları, kapsamı bir bütün olarak göz önünde bulundurulduğunda sosyal koruma ile bağlantısı daha net görülebilecektir. Bu bağlamda sağlık politikalarının kapsamı aşağıdaki şekilde sıralanabilmektedir (Koivusalo ve Ollila, 2022: 276-277):

- Sosyal korumanın bir parçası olarak sağlık sistemleri ve evrensel sağlık kapsamı; sağlık işgücünü, sağlık hizmetlerinin ve medikal ürünlerin rasyonel kullanımı ve finansmanını kapsamaktadır.
- Bulaşıcı hastalıkların kontrolü, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişim, anne bakımı ve erken çocukluk desteği gibi belirli sağlık sorunlarının ele alınmasını içermektedir.
- Çevresel, sıhhi ve mesleki sağlık önlemleri ve standartları ile sağlığın korunması bu kapsama dahil edilmektedir.
- Sağlığın sosyal, siyasi ve ticari belirleyicilerinin ele alınması, örneğin tütün, alkol ve gıda maddelerinin mülkiyeti, bulunabilirliği ve vergilendirilmesine ilişkin tedbirlerin yanı sıra bunlara ilişkin düzenlemeleri içermektedir.
- Sağlık araştırmaları, gözetim, eğitim ve bilgiye erişim ile ilgili konuları kapsamaktadır.

Sosyal koruma; işgücü politikası ve sigortası (katkı paylı emekli ödemeleri, sağlık sigortası, asgari ücret), sosyal güvenlik ağları (transfer ve sübvansiyonlar) ve sosyal hizmetler (eğitim, sağlık, beslenme ve tarım sektörleri politikaları) olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır (Gentilini ve Omamo, 2009). Sosyal sigortanın özü literatürde farklı şekillerde tanımlanabilse de tüm tanımlarda sosyal sigortanın, nüfusun sosyal korunmasının önemli bir parçası olduğu kabul edilmektedir. Özellikle sağlık sigortası genellikle bir sosyal koruma biçimi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca sosyal koruma kavramı; sosyal sigorta, sosyal güvenlik ve sosyal yardım kavramlarını içeren daha kapsamlı bir kavram olarak da tanımlanabilmektedir. Sosyal sigortanın en önemli karakteristik özelliklerinden birisi, nüfusun sosyal açıdan korunmasına yönelik olmasıdır. Bununla birlikte sosyal sigorta, sosyal korumaya ihtiyaç duyan nüfus gruplarının maddi olarak desteklenmesi anlamına gelmekte ve bu açıdan özel bir fona ihtiyaç duyulmaktadır. Söz konusu fonun kaynaklarının, sigortalı çalışanların yanı sıra işverenlerin katkılarıyla oluşması nedeniyle, sosyal sigorta katkı paylarına dayanması bir diğer önemli özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal sigorta, nüfusun çeşitli tehlikelerden ve sosyal risklerden korunmasının bir şekli olarak da ifade edilebilmektedir. Bu doğrultuda, tüm çalışanların devlet aracılığıyla sosyal sigortalı olması gerektiği gerçeği, sosyal sigortanın en dikkat çekici özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır (Jumaniyazov ve Xaydarov, 2023: 1033-1036). Bu noktadan hareketle sosyal korumanın daha kapsamlı bir alan olduğu ve sosyal

sigortanın bu kavramın bir bileşeni olduğu belirtilebilmektedir. Tablo 3.5’te sosyal koruma enstrümanları gösterilmektedir.

**Tablo 3.5. Sosyal Koruma Enstrümanları**

| Enstrüman                   | Hedeflenen risk türü                                             | Finansman Kaynağı    |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Sosyal Sigorta              | Doğum, hastalık, işsizlik, yaşlılık gibi işle ilgili gelir kaybı | Katkı payı ödemeleri |
| Sosyal Yardım               | Kronik yoksulluk                                                 | Kamu fonları         |
| İşgücü Piyasası Programları | İşsizlik                                                         | Kamu fonları         |

Kaynak: Kapur ve Nangia, 2015: 76.

Tablo 3.5’e göre sosyal koruma; sosyal sigorta, sosyal yardım ve işgücü piyasası programları olmak üzere üç enstrümandan oluşmakta ve her bir enstrüman farklı risk türünü hedeflemektedir. Finansman kaynaklarının ise katkı payı ödemeleri veya kamu fonlarından oluştuğu görülmektedir. Başka bir ifadeyle, sosyal koruma toplum içindeki bireylerin yaşamlarının her aşamasında karşılaşılabilecekleri riskleri temel alan farklı programların bileşimine işaret etmektedir.

Kapur ve Nangia (2015: 75) sosyal korumayı, gelir güvenliği ve fiziksel sağlığa yönelik risklerin olumsuz etkilerinin azaltılması veya bu etkilerle mücadele edilmesi amacıyla tasarlanmış kamusal programlar olarak tanımlanmaktadır. Tanımdan görüleceği üzere sosyal koruma kamu temelinde tanımlanmaktadır. ILO ise sosyal korumayı “Bir toplumun üyelerini, hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, malullük, yaşlılık ve haneye gelir sağlayan bireyin ölümü gibi beklenmedik farklı durumların bir sonucu olarak işten elde edilen gelirin yokluğu veya önemli ölçüde azalmasının neden olacağı ekonomik ve sosyal sıkıntılara karşı korunması amacıyla sağlanan sağlık hizmetlerinin sunulması ve yardımlar gibi kamusal önlemler bütünü” olarak tanımlanmaktadır (Bonilla vd., 2003: 13). Bu tanıma bağlı olarak sosyal koruma sistemleri; (sosyal güvenlik sistemleri, refah devleti uygulamaları veya benzer terimler kullanılabilmektedir) sosyal sigorta, evrensel/kademeli programlar ve sosyal yardım gibi farklı mekanizmalar aracılığıyla sağlanan ve aktif işgücü piyasası politikaları, sağlık, eğitim ve bakım sistemleri ve diğer araçlarla koordineli şekilde sağlanan sosyal koruma yardımları ve hizmetlerinin tamamını kapsamaktadır (ILO, 2024: 6).

Sosyal koruma temel olarak dört bileşen üzerinden ele alınmaktadır. Söz konusu bileşenler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Çalışır, 2022: 216):

- Beşerî sermayenin geliştirilmesi amacıyla devlet tarafından toplumdaki yoksul ve dezavantajlı gruplara sağlanan koşullu nakit veya ayni transferler,
- Belirli uygunluk kriterlerini karşılayan kişilere sağlanan işsizlik maaşları, emeklilik aylıkları, engelli yardımları ve çocuk ve aile ödenekleri gibi koşulsuz sosyal yardımlar,
- Çalışan ve işverenlerin bazı durumlarda devletin de finansal olarak katkıda bulunduğu sosyal sigorta programları (Bu kapsamda hastalık, yaralanma, işsizlik, engellilik ve yaşlılık gibi durumlarda risklere karşı oluşturulan sosyal sigorta düzenlemeleri de yer almaktadır) ve
- Yaşam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesini amaçlayan asgari ücrete ve çalışma standartlarına ilişkin işgücü piyasası müdahaleleridir.

Küresel olarak daha geniş kapsamlı sosyal koruma ise temel olarak aşağıdaki üç ilkeyi içermektedir (Bonilla Garcia ve Guart, 2003: 22):

- Zorunlu mal ve hizmetlere erişimin garanti altına alınması,
- Etkin sosyo-ekonomik güvenliğin teşvik edilmesi ve
- Yoksulluğun azaltılması ve sürdürülebilir kalkınma için bireysel ve toplumsal potansiyellerin arttırılmasıdır. Bu doğrultuda ilk ilke açıkça belirtilmese de sosyal koruma içinde temel sağlık hizmetlerine erişim zorunlu hizmet kategorisinde yer almakta ve bu kapsamda değerlendirildiğinde sosyal koruma ve sağlık hizmetleri bağlantısı kurulabilmektedir.

Bireylerin sağlığı, solunan havanın kalitesinden, içilen suyun temizliğinden, tüketilen gıdaların niteliğinden, hijyenden ve çevreden etkilenmektedir. Tüm bu unsurlar ise ulusların ve bireylerin ekonomik durumlarıyla ilişkili bir yapıya sahiptir. Ulusal ekonomilerin makul düzeyde gelir oluşturamadığı, istikrarlı bir sosyal güvenlik sistemi sağlayamadığı ve doğal kaynakların iyi yönetilemediği durumlarda genellikle sağlık koşulları kötüleşmektedir (Cichon vd., 1999:212). Bu noktadan hareketle hem ulusal hem de bireysel ekonomik durumun ve çevresel faktörlerin sağlığı etkilediği hususuna dikkat çekilmektedir. Bu bağlamda sosyal koruma sistemlerinin etkin işleyişi de sağlık üzerinde etkili olmaktadır.

Sonuç olarak sosyal koruma, son yıllarda sosyal güvenlik kavramını karşılayan ve bireylerin karşılaşacağı risklere karşı bir güvence ve koruma işlevi gören; bu yönüyle de kronik stres, gelir kaybına bağlı olarak karşılaşılabilecek sağlık sorunlarını da hedefleyen bir mekanizmaya sahiptir. Dolayısıyla etkin işleyen sosyal koruma sistem veya programlarının

sağlık ile ilişkisi bulunmaktadır. Dolayısıyla sağlık ve sosyal koruma, bireylerin sosyal anlamda varlıklarının sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi adına birlikte ele alınması ve planlanması gereken iki kavramsal çerçeve olarak değerlendirilmektedir.

**Tablo 3.6. Türkiye’ye İlişkin Temel Sağlık ve Sosyal Koruma Göstergeleri (2014-2024)**

|      | Sağlık Harcamaları/ Toplam Harcamalar* | Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardım Harcamaları/ Toplam Harcamalar* | Sosyal Koruma Harcamaları/ GSYH (%)** | İnsani Gelişim Endeksi*** | Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)*** |
|------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|
| 2014 | 0,11                                   | 0,33                                                             | 12,1                                  | 0,813                     | 76,45                                  |
| 2015 | 0,11                                   | 0,34                                                             | 12,0                                  | 0,821                     | 76,54                                  |
| 2016 | 0,11                                   | 0,36                                                             | 12,9                                  | 0,826                     | 76,60                                  |
| 2017 | 0,12                                   | 0,32                                                             | 12,3                                  | 0,833                     | 77,04                                  |
| 2018 | 0,11                                   | 0,31                                                             | 11,9                                  | 0,838                     | 77,45                                  |
| 2019 | 0,12                                   | 0,33                                                             | 12,6                                  | 0,841                     | 77,74                                  |
| 2020 | 0,12                                   | 0,33                                                             | 13,0                                  | 0,838                     | 76,53                                  |
| 2021 | 0,13                                   | 0,30                                                             | 10,9                                  | 0,841                     | 75,72                                  |
| 2022 | 0,12                                   | 0,26                                                             | 8,6                                   | 0,853                     | 77,59                                  |
| 2023 | 0,11                                   | 0,36                                                             | 10,1                                  | 0,853                     | 77,16                                  |
| 2024 | 0,13                                   | 0,31                                                             | -                                     | -                         | -                                      |

\*: <https://muhasabat.hmb.gov.tr/> adresinden erişilen verilere dayanarak fonksiyonel sınıflandırmaya göre genel yönetim bütçe giderleri oranlanarak hesaplanmıştır (20.05.2025).

\*\* : Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Sosyal Koruma İstatistikleri verileri derlenmiştir.

\*\*\*: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI> adresinden erişilmiştir (Erişim tarihi: 20.05.2025).

Kaynak: Yazar tarafından derlenen verilerle oluşturulmuştur.

Tablo 3.6’da Türkiye’ye ilişkin temel sağlık ve sosyal koruma için gösterge sayılabilecek veriler yer almaktadır. Bu kapsamda, fonksiyonel sınıflandırmaya göre genel bütçede toplam harcamalar içinde sağlık hizmetlerine ayrılan payın dönem boyunca dikkat çeken bir değişim göstermediği görülmektedir. Ayrıca sosyal güvenlik ve sosyal yardım hizmetlerine yapılan harcamaların, toplam harcamalar içindeki payının dalgalı bir seyir izlediği görülmektedir. Bu kapsamda TÜİK Sosyal Koruma İstatistikleri göz önüne alındığında sosyal koruma harcamalarının GSYH’ya oranının 2020 yılına kadar artış gösterdiği; 2021 ve 2022 yıllarında söz konusu orandaki azalış, 2023 yılında tekrar artış eğilimine girdiği görülmektedir. Ancak dönem bütünüyle değerlendirildiğinde bir düşüş yaşandığı ifade edilebilmektedir.

Ayrıca İnsani Gelişim Endeksi’ne bakıldığında Türkiye’nin dönem boyunca artış eğilimini genellikle sürdürdüğü görülmektedir. UNDP (2024)’e göre bu endeks değeri ile birlikte Türkiye 193 ülke arasında 45. sırada yer almaktadır. Ayrıca küreselleşmeden sıyrılmak yerine bütün ülkeler için sınır ötesi sorunlara çözüm sağlanabilmesi amacıyla yeni nesil küresel

kamu mallar yaratmak için kolektif eylem önerilmektedir. Bu kapsamda Türkiye’de söz konusu dönemde doğumda beklenen yaşam süresinin de dalgalı seyir izlediği görülmektedir. Özellikle COVID-19 pandemisinin etkisiyle birlikte bu oranın düşüş gösterdiği tabloda yer almaktadır.

### **3.2. Sosyal Korumanın Küresel Boyutta Ele Alınmasının Gerekliliği Üzerine Düşünceler**

#### **3.2.1. Küreselleşme Sürecinin Sosyal Korumaya Etkisi**

Küreselleşme kavramının tez konusu ile kesişen boyutları öncelikle ele alınmaktadır. Bu bağlamda küreselleşmenin ekonomik, kültürel ve politik boyutları söz konusu olsa da genellikle ekonomik küreselleşme kavramı inceleme alanı olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla küreselleşmenin ekonomik boyutunun sosyal politika açısından en ağır basan tarafı oluşturduğu ifade edilebilmektedir. Bu doğrultuda ekonomik küreselleşme, ulusal ve bölgesel sınırların ötesine geçerek ekonomik ilişkileri ve finansal işlemleri kolaylaştıran faktörlerdeki artış olarak tanımlanabilmektedir (Kuhnle, 2017: 51-53). Çalışma kapsamında küreselleşmenin sosyal politikalarla ilişkilendirilen ekonomik boyutu kapsamında değerlendirmeler yapılmaktadır.

Bu kapsamda Palier ve Sykes (2001: 2-3) tarafından ekonomik küreselleşme kavramı, ekonomik mübadelelerin ve üretimin uluslararasılaşması, ticaretin uluslararasılaşması, doğrudan yabancı yatırımların artması, uluslararası şirket ağlarının artması, sermaye ve mülkiyet haklarının, mal ve hizmetlerin ve işgücünün artan hareketliliğine yol açan finansal akışlar ve uluslararası ticaret üzerindeki engellerin kaldırılması, küresel pazarlar, uluslar içi ve arası ekonomik faaliyetlerin yer değiştirmesi ve ülkeler arasında artan vergi rekabeti anlamlarını karşılayacak şekilde tanımlanmaktadır.

Bu perspektiften bakıldığında küreselleşme sürecinin devletlerin sağlık, eğitim ve sosyal koruma gibi temel sosyal hizmetlerini finanse etme kapasitesini zayıflattığı ifade edilebilmektedir. Bu süreçte artan sermaye hareketliliği, devletlerin sermaye üzerinden vergi almasını zorlaştırmakta ve giderek daha fazla tüketim ve işgücü üzerinden alınan vergilere başvurulmasına neden olmaktadır (Bonilla Garcia ve Gruat, 2003: 8). Dolayısıyla küreselleşme sürecinin ulus devletlerin geniş kapsamlı refah politikaları uygulamalarını ve finansman kabiliyetlerinin erozyona uğramasına neden olduğu vurgulanmaktadır. Bununla birlikte artan gelir eşitsizlikleri, yoksullaşma, işgücü piyasasının esnek hale gelmesi bireylerin sosyal koruma talebini artırmaktadır. Devletler hem sosyal istikrarı sağlamaya çalışmakta hem de uluslararası

rekabet nedeniyle işgücü maliyetlerini de aşağıya çekme yönünde baskıya maruz kalmakta ve bu durum sosyal güvenlik ikilemi olarak adlandırılmaktadır (Özsucu, 2003: 149). Bahsi geçen bu durum aynı zamanda küreselleşmenin sosyal korumayı çift yönlü etkilediğini gösterebilmektedir. Bu çerçevede literatürde yer alan çalışmaların bir kısmında küreselleşmenin devletlerin sosyal koruma kapsamını genişletmesi ile sonuçlandığını savunurken, bir kısmı da mevcut politikaların sosyal korumanın kapsamını daralttığını savunmaktadır.

Ayrıca küreselleşme süreci ile yaşanan sosyal dönüşüm giderek önem kazanarak toplumların ve ailelerin karşılaştığı sosyal risklere yenilerinin eklenmesine neden olmuştur. Artan gelir eşitsizliği, işsizlik ve güvencesiz işlerdeki artış ise, ailelerin hayatlarını idame ettirebileceği düzenli gelire ulaşamama riskini de artırmıştır. Bununla birlikte aile yapısında (geniş ailelerin çözülmesi ve ataerkil aile yapısının değişimi gibi) ve işgücü piyasasında yaşanan bu sosyal dönüşümün yoksulluğun artmasına da neden olduğu ifade edilmektedir (Bonoli, 2006: 5; Gümüş, 2012: 127).

İçinde bulunduğumuz dönem, küreselleşme süreci, yoksulluk ve işsizliğin endişe verici boyutlara ulaşması, demografik değişiklikler, AIDS salgını ve artan uluslararası göçün etkileri gibi bir dizi ekonomik ve sosyal gelişmeden kaynaklanan birçok zorluğu da beraberinde getirmektedir. Tüm bunlar daha fazla güvensizlik ve daha fazla korumasızlıkla sonuçlanmaktadır. Mevcut küreselleşme süreci ise ne eşitsizliği azaltmış ne de bütün devletleri sürdürülebilir bir ekonomik ve sosyal büyüme yoluna yönlendirebilmiştir. Bu durumun bir göstergesi olarak ise, küreselleşmenin mevcut haliyle küresel çapta bir dizi olumsuz sosyal sonuç doğurduğu ve bunlardan en önemlisinin ise nüfus veya ülke grupları arasında gittikçe derinleşen gelir dağılımı uçurumu olduğu görülmektedir (Bonilla Garcia ve Gruat, 2003: 6). Dolayısıyla küreselleşmenin sadece ekonomik değil, sosyal ve sağlık sorunlarını da beraberinde getirebildiği ifade edilebilmektedir.

Böyle bir süreç ile sosyoekonomik sorunların artışının hızlandığı görülmektedir. Küresel boyutlara ulaşan adaletsiz refah dağılımı dünyadaki istikrarı ve güveni tehlikeye atmakla birlikte, toplumsal barışı zedeleyebilmektedir. Bununla birlikte sosyal güvenlik sistemlerinin sürdürülebilirliği konusundaki kuşkuları destekler nitelikte, işsizlik, yoksulluk ve yoksullukla ilişkili sorunlarda artış gözlemlenebilmektedir. Artan risklere karşı azalan koruma ve refah devletinin zayıflamasının sonucunda en fazla düşük gelir grubundaki bireyler olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu durum ise refah devletinde ve sosyal güvenlik sistemlerinde reform

yapılması gerektiği gündeme getirmektedir (Gökbunar vd., 2007: 171). Bir başka deyişle küreselleşme süreciyle beraber uluslararası ticaret, göç ve seyahat yoluyla artan karşılıklı bağıllık, küresel toplumun karşılaştığı kritik ortak zorlukların sayısını artırmıştır. İklim değişikliği, sınır ötesi salgın hastalıklar, güvenlik riskleri ve mali krizler her yerde istikrar ve yaşam standartları için giderek artan bir tehdit oluşturmaktadır. Söz konusu koşullar dünya üzerindeki bütün bireyleri etkilemekle birlikte, en yoksul ülkelerde yaşayan tasarruf düzeyi düşük veya hiç olmayan, sosyal güvenlik programı veya devletin acil yardım programları kapsamında yer almayan nüfus grupları en savunmasız konumda yer almaktadır. Bu nedenle küresel kamusal mal sunumu hem yüksek hem de düşük gelir grubundaki ülkelere yoksulluğun ve eşitsizliğin azaltılması için kritik önem taşımaktadır (Birdsall ve Diofasi, 2015: 2). Bu kapsamda sosyal güvenlik; sanayileşme, piyasalaşma, kentleşme, göç ve bireyselleşme sonucunda bireylerin modern toplumda ve kapitalizmde yaşadığı sosyoekonomik güvensizliklere ve eşitsizliklere karşı bir yanıt olarak değerlendirilebilmektedir (Leisering, 2022: 319). Dolayısıyla küresel düzende sosyal güvenliğin ortaya çıkışının ve sürecinin takip edilmesi küreselleşme ile yaşanan dönüşüm ve değişimin anlaşılabilmesi adına önem arz etmektedir.

Bu doğrultuda uluslararası arenada sosyal güvenlik terimi İkinci Dünya Savaşı sonrası 1940'lı yıllarda yeni dünya düzeni vizyonunu yansıtan refah enternasyonalizminin bir parçası olarak ortaya çıkmıştır (Kaufmann vd., 2012: 99). Küresel sosyal politika alanı olarak ise sosyal güvenlik 1990'lı yılların sonlarında tam olarak kendini gösterir hale gelmiştir. Bu dönemde küresel sosyal güvenlik, tanımlanabilir bir politika alanı olarak ortaya çıkmış ve yoksulluk, risk, savunmasızlık ve güvensizlik gibi ortak sorunlar çerçevesinde, evrensellik ve kapsayıcılık fikirlerine dayanan ve sosyal sigorta ve sosyal yardım gibi farklı sosyal güvenlik modellerini içeren alt politikalardan oluşmuştur. Bu nedenle de sosyoekonomik ve sosyokültürel açıdan büyük farklılıklar gösteren 200'den fazla ülkenin bulunduğu bir dünya düzeninde, heterojen yapıya sahip ülkelerin sistemleri temel alınarak dünya çapında sosyal güvenliğin durumu değerlendirilebilmektedir (Leisering, 2022: 329).

1990'lı yıllardan sonra sosyal koruma, küresel düzeyde yoksulluğun azaltılabilmesi ve beşerî sermayenin geliştirilmesi amacına yönelik olarak ve kalkınma politikalarının başarısızlığına bir çözüm olarak ortaya çıkmıştır. Buradan hareketle sosyal korumanın, meydana gelen ekonomik ve finansal krizlerle birlikte değerlendirildiğinde küresel toplumun temel bir sorunsalı haline geldiği görülmektedir. Bu bağlamda, sosyal koruma özellikle

gelişmekte olan ülkeler temelinde yoksullukla mücadele edilebilmesi ve yoksullar arasındaki savunmasızlığın azaltılabilmesi için temel politika araçlarından biri olarak tanımlanabilmektedir. Sosyal korumaya atfedilen bu öneme rağmen, küresel düzlemde özellikle gelişmekte olan ülkelerin küresel piyasalara eklemlenmesi süreci artan yoksulluk ve güvencesizlik ile sonuçlanmaktadır (Çalışır, 2022: 218). Bu durum ise küreselleşme ile sosyal korumaya duyulan ihtiyacın arttığını ancak mevcut düzen içinde sosyoekonomik sorunlara net bir çözüm olmadığını ortaya koyulmaktadır.

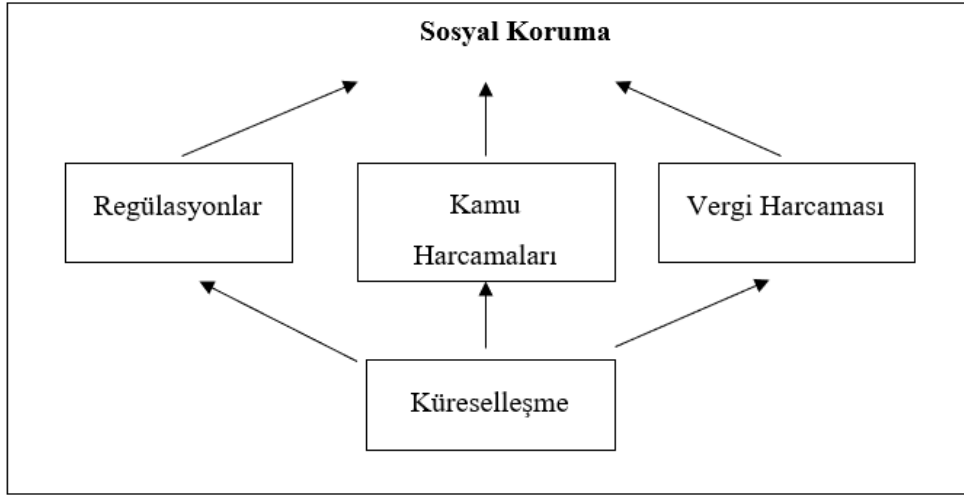
Sosyal koruma, asgari bir refah standardı sağlamayı amaçlayan birincil sosyal güvenlik programı işlevinden, risklere karşı koruma ve riskleri önleme gibi ikili bir amacı olan daha proaktif bir işleve dönüşme eğilimindedir. Bu dönüm noktasının gerçekleşmesinde içinde bulunulan küreselleşme sürecinin etkisi dikkat çekmektedir. Sanayileşmenin hızla yükseldiği dünyada pek çok ülke, yoksulluk ve işsizlik artışı, yaşlanma, sermaye ve işgücü hareketliliği, sosyal yapılarda değişim ve artan beklentiler gibi baskıların sonucunda sosyal koruma sistemlerini ve bunların etkinliğini yeniden gözden geçirmektedir (Bonilla Garcia ve Gruat, 2003: 21). Buradan hareketle küreselleşme süreciyle birlikte genel olarak, sosyal politikaların ve refah devletinin de hızla küreselleştiği savunulmakta ve gelişmekte olan ekonomilerin sosyal politikayı genişlettikleri ve şartlı nakit transfer programları gibi sosyal politika yeniliklerini de uygulamaya koydukları gözlemlenmektedir. Küresel sosyal politikaya yönelik çerçeve oluşturulmasında uluslararası kuruluşların artan rolü ise bu süreçte dikkat çekmektedir (Kuhnle, 2017: 47). Bu durum küreselleşmenin sosyal koruma sistemleri üzerindeki etkisini göstermektedir.

Öte yandan sosyal politikanın temelde sigorta olarak düşünülebilmesiyle sosyal yardım ve gelirin yeniden dağıtımına dayalı yaklaşımlardan farklı bir sosyal güvenlik anlayışı sağlanabilmektedir. Bu noktada belirtilmesi gereken husus küreselleşmenin ulus devletlerin siyasi ve ekonomik gücünü çok uluslu kuruluşlar ve küresel şirketler lehine azaltabileceğidir. İş gücü ve sermayenin serbest dolaşımı sosyal güvenlik için de kilit bir konudur ve ulusal sosyal güvenlik programlarını birçok açıdan savunmasız hale getirmektedir. Söz konusu serbest dolaşım aynı zamanda dolaylı olarak odağı ulus devlet ve ikamet yerinden bireye kaydırmaktadır (Forss vd., 2000: 2-11). Bu durumu neoliberal politikaların ağırlık kazanmasına bağlı olarak yükselen bireyselleşme, serbestleşme gibi kavramlarla ilişkilendirebilmek mümkün olmaktadır.

Bu doğrultuda birey temelli sigorta yaklaşımı, sosyal sigorta kurumlarının uluslararası, çok uluslu ve hatta küresel faaliyetleri ve aralarındaki olası küresel rekabet ile önemli siyasi, sosyal ve ekonomik sonuçlar doğurabilecektir. Bu nedenle sigorta yaklaşımının, yıllık hükümet bütçelerine dayanan ve vergilerle finanse edilen sosyal güvenliğe kıyasla, küreselleşen dünya ve onun zorluklarıyla daha uyumlu olabilecek bazı avantajları olabilecektir (Forss vd., 2000: 12). Buradan hareketle küreselleşme sürecinin sosyal politikalara olan ihtiyacı artırdığı kabul edilmekle birlikte, söz konusu ihtiyacın kamu eliyle mi yoksa piyasada yer alan kurum/kuruluşlar aracılığıyla mı karşılanması gerektiğinin tartışma konusu olduğu görülmektedir. Küreselleşmenin sonuçlarına yönelik sürdürülen çok kutuplu tartışmalar, bu sonuçların çözümüne yönelik önerilerde de kendisini göstermektedir.

Ayrıca sosyal korumada yaşanan değişimi tetikleyen önemli bir faktör olarak refah devletinin gerilemesi öne çıkmaktadır. Yirminci yüzyılda, sanayileşmiş ülkelerin çoğunda vatandaşlar sosyal koruma için ulusal ve yerel yönetimler tarafından sunulan hizmetleri temel alarak elde edilen haklardan devleti sorumlu tutmuşlardır. Sonuç olarak ise devlet piyasa ve maliyetlerin düzenlenmesinde aktif rol üstlenmiştir. Günümüzde ise sanayisizleşme, neoliberal politika uygulamaları ve kemer sıkma politikaları sonucunda, devlete ilişkin beklentiler ve devletin sosyal korumanın garantörü olup olmadığı konusu boyut değiştirmiştir. Dolayısıyla sosyal korumanın giderek daralan kapsamı, sosyal tabakalaşmayı artırmakta ve riski derinleştirmektedir (Levitt vd., 2023: 6). İçinde bulunduğumuz küreselleşme çağı ve kadın ile erkeklerin toplumsal arenada değişen yaşam döngüsü, yalnızca sosyal koruma politikaları ve stratejilerinin yanıt verebileceği çok sayıda sorunu beraberinde getirmektedir.

Devletler çeşitli sosyal gruplara sosyal yardım ve sosyal koruma sağlamak için temel olarak üç enstrüman kullanmaktadır. Bu enstrümanlar; kamu harcamaları, vergi sistemleri ve regülasyonlar olarak sıralanabilmektedir. Her ülkede belirli zaman dilimlerinde bir seviyeye kadar bu üç enstrümandan birisi tercih edilmektedir. Çoğu ülkelerde bu üç enstrüman farklı oranlarda olsa da bir arada kullanılmaktadır. Dolayısıyla sosyal koruma bu üç enstrümandan etkilendiği gibi bu üç enstrüman da küreselleşme sürecinden etkilenebilmektedir (Tanzi, 2002: 117). Söz konusu enstrümanlar Şekil 3.2’de yer almaktadır.



**Şekil 3.2. Küreselleşme Sürecinde Sosyal Korumanın Sağlanmasında Kullanılan Enstrümanlar**

Kaynak: Tanzi, 2002: 117.

Başka bir açıdan bakıldığında beşerî ve ekonomik sermayenin ulusal sınırların ötesine akışının giderek hızlandığı süreci gösteren küreselleşmenin sonuçlarından biri olarak dünyada küresel yaşlanma kavramının ortaya çıktığı görülmektedir. Bu kapsamda küresel yaşlanma, dünya genelinde nüfusun giderek daha yaşlı hale gelmesini ifade eden demografik bir olgu olarak ifade edilmektedir. Özellikle doğurganlık oranlarının düşmesi ve yaşam süresinin artması nedenlerine dayanan küresel yaşlanma, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde hızla artış göstermektedir. Dolayısıyla, sermaye hareketleriyle birlikte değerlendirildiğinde, sermaye hareketlerinden kaynaklanan demografik dengesizliklerin ortaya çıkabildiği görülmektedir. Bu nedenle, küreselleşmenin dinamiklerinin kavranmasının yaşanan toplumların karşılaştığı zorlukların ve fırsatların ele alınması için gerekli olmasının yanı sıra, küresel yaşlanmanın dinamiklerinin de küreselleşmenin bir bileşeni olarak düşünülmesi ve küresel, toplumsal ve kurumsal düzeyde ele alınması gerekmektedir (Harper, 2010: 183). Bu kapsamda Howse (2010) nüfusun yaşlanmasının sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin sağlanmasına yönelik verdiği zararları aşağıdaki gibi sıralamaktadır:

- Nüfusun yaşlanması, nüfustaki toplam hastalık ve engellilik oranı üzerinde büyük ve bağımsız bir etkiye sahip olacak ve sonuç olarak toplam sağlık harcamalarının artırılması için baskı oluşturabilecektir.

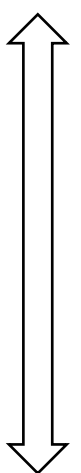
- Nüfusun yaşlanması, insanların sisteme getirdiği sağlık sorunu türlerini değiştirecek ve sonuç olarak sağlığa yönelik kaynakların tahsisinde ve hizmetlerin yapılandırılmasında büyük bir değişim için baskı oluşturabilecektir.
- Özellikle nüfusun yaşlanmasının çalışma çağındaki nüfusta mutlak bir düşüşle ilişkili olduğu ülkelerde, yaşlı nüfusun bakımının sağlanması sağlık sistemine ayrılan kaynaklar üzerinde olumsuz etkiye neden olabilecektir.

Dolayısıyla bu açıklamalar gelişmekte olan ve yükselen ekonomilerde devletlerin yaşlanmanın hızlı bir şekilde ivme kazanmasıyla birlikte ortaya çıkan demografik sorunlarla karşı karşıya kalabileceğini göstermektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklardaki artış ve artan yaşlı nüfus için uzun vadeli bakım ve ekonomik güvenlik ihtiyacı gibi zorluklarla ve kronik yoksulluk, kıtlık, hijyen ve temiz suya erişim eksikliği sorunlarıyla mücadele eden bölgelerde, hala yüksek seviyelerde olan anne ve bebek ölümleri ve bulaşıcı hastalıklarla savaşırken demografik sorunların kabul edilmesi gerekmektedir. Bu ülkelerdeki kamu kurumları ve refah rejimleri, ağırlıklı olarak çocuk ve genç yetişkinlerden oluşan mevcut demografik profile yönelik politikalar üretmeye çalışırken, gelecek yıllarda oluşan yaşlı nüfus için uygun kurum ve rejimlerin acil geliştirilmesi gerekliliği ile de karşı karşıya kalmaktadır. Nihayetinde nüfusun yaşlanmasının dünya genelinde sosyal koruma ve sağlık sistemleri için kilit bir politika sorunu teşkil ettiği aşıkardır (Harper, 2010: 187-193).

Küreselleşmenin sosyal koruma üzerindeki etkisi yaşanan krizler vasıtasıyla da değerlendirilebilmektedir. Bu kapsamda krizlerin küreselleşmesinin bir sonucu olarak da sosyal korumanın gerekliliğinin gün yüzüne çıktığı vurgulanabilmektedir. Özellikle küresel ekonomik sistem içinde konumlanmış gelişmekte olan ülkeler krizlerden daha hızlı ve olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu nedenle de sosyal korumanın kriz dönemlerindeki önemi dikkat çekmektedir (Davies ve McGregor, 2009: 70). Bu doğrultuda krizlerin nedenleri olarak insan haklarının ayrıcalıklı gruplar lehinde kullanıldığı, kamusal malların piyasadan alınıp satılabilen metalara dönüştüğü, sosyoekonomik politikaların asıl amacına hizmet etmeyen biçimde kullanıldığı bir süreçte gelir eşitsizliği temeline dayanan çok boyutlu sosyal sorunlarla karşılaşılabilir. Bu durum hem küresel düzlemde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında hem de ulusal anlamda gelir grupları arasında sosyal kutuplaşmaya neden olabilmektedir (Çalışır ve Gökbayrak, 2024: 332).

Bu kapsamda COVID-19 salgını sırasında geniş çaplı politika müdahaleleri, sosyal korumanın krizleri kontrol altına alma ve beşerî ihtiyaçların karşılanması açısından gücünü göstermiş ve ülkelerin büyük çoğunluğu sosyal koruma tedbirlerini uygulamaya yönelik tedbirler almıştır. Ancak bu önlemlerin çoğunun geçici nitelikte olması nedeniyle, kalıcı uygulamaların şok ve krizler karşısında kapsamlı sistemleri daha güçlü konuma taşıma fırsatı kaybedilmiştir (ILO, 2024: 51). Bu durum aslında yaşanan salgının sosyal korumaya olan ihtiyacı gün yüzüne çıkardığını, ancak asıl ihtiyacın gelecek dönemlerde oluşabilecek krizlere karşı kalıcı sosyal koruma sistemlerine yönelik olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla krizlerde başvurulacak sosyal koruma araçları Tablo 3.7’de yer almaktadır.

**Tablo 3.7. Sosyal Korumanın Krizlerdeki Rolü**

| Zaman Aralığı                                                                      | Sosyal Koruma Türü                                 | Sosyal Koruma Araçları                                                                                                                                                                                                      | Krizdeki Rolü                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Korumacı (Sosyal Yardım)                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sosyal transferler</li> <li>-Engelli yardımları</li> <li>-Emeklilik programları</li> <li>-Sosyal hizmetler</li> </ul>                                                               | Yoksulluk ve yoksunluğa karşı acil koruma ve telafi                                                     |
|                                                                                    | Önleyici (Sigorta ve Farklılaştırma Mekanizmaları) | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sosyal transferler</li> <li>-Sosyal sigorta</li> <li>-Geçim kaynaklarının çeşitlendirilmesi</li> <li>-Tasarruf artıran kulüpler</li> </ul>                                          | Kişilerin baş etme stratejilerinin zarar görmesini engellemek                                           |
|                                                                                    | Teşvik edici (Ekonomik Fırsatlar)                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sosyal transferler</li> <li>-Krediye erişim</li> <li>-Varlık transferi/koruması</li> <li>-Ortak mülkiyet kaynaklarına erişim</li> <li>-Kamu işleri ile ilgili programlar</li> </ul> | Geçim kaynaklarının çeşitlendirilmesi yoluyla krizlere karşı esnekliği teşvik eder ve güvenliği artırır |
|                                                                                    | Dönüştürücü (Sosyal durumların ele alınması)       | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Azınlık haklarının korunması</li> <li>-Ayrımcılıkla mücadele kampanyaları</li> <li>-Sosyal fonlar</li> </ul>                                                                        | Dışlanmayı azaltmak için sosyal ilişkileri dönüştürür                                                   |
| Uzun Dönem                                                                         |                                                    |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                         |

Kaynak: Davies ve McGregor, 2009: 71.

Tabloya göre koruma tedbirleri temel olarak yoksunluktan kurtulmayı sağlayan, geleneksel sosyal güvenlik programları, sosyal yardımlar ve özel bakıma ihtiyaç duyan yoksul bireyler veya gruplar için sosyal hizmetleri içermektedir. Önleyici tedbirler; yoksunluğu önlemeye ve doğrudan yoksulluğu azaltmaya yönelik olarak, yoksul olan ve bu risk ile karşı karşıya bulunan kişiler için sosyal sigortayı kapsamaktadır. Krizin uzun vadeli etkileri ile, bireylerin uzun vadeli geçim planlarını pozitif yönde etkileyecek teşvik edici tedbirler ve kriz ile derinleşen sosyal sınıf farklılıklarını dönüştürecek sosyal koruma biçimleri aracılığıyla

mücadele edilebilmektedir. Her bir rol farklı politika araçları tarafından yerine getirilebilmekte ve her biri mevcut krizin farklı yönlerine hitap edebilmektedir (Davies ve McGregor, 2009: 72).

Kriz dönemlerinde sosyal koruma politika ve programları kritik pozisyonda olduğu için özellikle gelişmekte olan ülkelerde hükümetler siyasi baskı altında bulunmaktadır. Bu nedenle, uluslararası toplum tarafından söz konusu hükümetlerin harekete geçmelerini sağlayacak önlemler alınması konusunda desteklenmesi gerekliliği bulunmaktadır. Bu noktada ise ulusal koruma programlarının ulusal sınırları aşan bir perspektiften tasarlanması önem arz etmektedir. Tek başına uygulanan bireysel müdahaleler yerine, küresel ortaklık oluşturulması gelecekte karşılaşılabilecek mali krizler için sosyal koruma yoluyla kalıcı değişimin yaratılabilmesine imkân verebilecektir (Davies ve McGregor, 2009: 76). Bu durum ise küreselleşmenin bir yansıması olarak krizlerin belirli ülkelerle sınırlı kalmayıp; sınır ötesi etki oluşturmaya ve nüfus gruplarını etkilemesine dayanabilmektedir. Bu nedenle de krizlerle mücadelede küresel düzeyde tasarlanan sosyal koruma sistemlerinin daha etkin uygulanması beklenmektedir.

Sonuç olarak küreselleşme ticaretin gelişmesi, tıbbi araştırmaların paylaşılması ve ortak sağlık sorunlarının çözümü için mali, teknik ve entelektüel kaynakların bir araya getirilmesi yoluyla insan sağlığı için faydalar sağlayabildiği gibi, aynı zamanda adaletsiz ticaret düzenlemeleri, doğal kaynakların adaletsiz dağılımı ve göçler nedeniyle de insan sağlığı için riskler de oluşturmaktadır (Donaldson ve Banatvala, 2007, 857). Dolayısıyla küreselleşme, beraberinde fırsatları ve ortak güçlükleri de taşıdığı için bu durum sadece yüksek ve orta gelirli ülkelerle sınırlı kalmamaktadır. Bu nedenle tüm ülkelerdeki sosyal koruma politikaları tasarlanıp uygulanırken dünyanın giderek artan birbirine bağlılığının kabul edilmesi gerekmektedir. Düşük gelirli ülkeler açısından bu durum, gıda fiyatları, artan kentleşme, teknolojik değişim, sermaye ve emek piyasalarının hız kazanması gibi konuları göz önünde bulundurulmasını gerekli kılmaktadır. Bu gelişmeler, küreselleşme çağında sosyal koruma politikasının, finansmanı ve uygulaması konusunda hükümetlere yol gösterici olabilecektir (Gentilini ve Omamo, 2011: 337). Bu noktadan hareketle, küreselleşmenin sosyal koruma üzerinde farklı etkileri bulunduğu kabul edilmekle birlikte; söz konusu etkilerin yönü hakkında net bir görüş hâkim değildir. Ancak ağırlıklı olarak küreselleşme sürecinde de gelir ve sağlık eşitsizliklerinin devam ettiği gerekçesiyle sosyal korumaya yönelik ihtiyacın arttığı belirtilebilmektedir. Ayrıca küreselleşmenin bir açıdan ülkeler arasındaki sınırların belirsiz nitelik kazanması anlamını karşıladığı kabul edildiğinde, sosyal korumanın uluslararası toplum nezdinde konuşulması, tartışılması ve çözüm üretilmesi gereken bir alan olduğu ifade

edilebilmektedir. Dolayısıyla küreselleşme sürecinin sosyal koruma alanında küresel aksiyonu gerekliliği kıldığı vurgulanabilmektedir. Kaynakların ve üretim süreçlerinin birbirine bağımlı hale geldiği ve etkileşimin pik noktasına eriştiği günümüzde, küresel sosyal politika uygulamaları geliştirerek faaliyete geçirilmesi oldukça önem arz etmektedir.

### **3.2.2. Sosyal Korumanın Küresel Kamusal Mal Olarak Ele Alınmasının Gerekçeleri**

Sosyal politika bağlamında düşünüldüğünde, sosyal refah devletinin, evrensel eğitim, sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerine sahip gelişmiş ulus devlet yapılanmaları sosyal eşitsizlikleri azaltarak, daha fazla sosyal istikrar sağlamakta ve küresel kamusal mal özelliği göstermektedir. Buna bağlı olarak hareketliliğin arttığı bir dünyada refah devletlerinin ulusal düzeyde yoksullukla mücadele politikaları ve evrensel kamu sağlık sistemlerine yapılan yatırımlar pozitif dışsallıklar yaratmaktadır. Gelişmiş ülkeler tarafından uygulanan refah devleti uygulamaları ile, gelişmekte olan ülkelerin daha kapsamlı sosyal politika uygulamaları için teşvik edilmesi küresel boyutta farklılığa neden olabilmektedir (Kuhnle, 2017: 57-58). Bu sürecin bir sonucu olarak artan işgücü ve sermaye hareketliliği, iklim değişikliği, bulaşıcı hastalıkların yayılması gibi durumlar daha geniş uluslararası düzenlemeler, koruma hakları, sosyal güvenlik programları, göçmen statüsü ile ilgili kuralların düzenlenmesini gerektirmektedir (Glennester, 2010: 14-15).

Refah devleti bağlamında sunulan sosyal güvenlik, yoksulluğun ortadan kaldırılması, sağlık, eğitim gibi hizmetler finansal istikrarın sağlanması, piyasaların etkinliği, çevrenin korunması, barış ve güvenlik, adalet ve eşitlik ile benzer şekilde kamu yararı niteliklerine sahiptir. Gelişmiş refah devletlerinin oluşturduğu faydalar sınır ötesi etki gösterdiği için küresel kamusal mal olarak nitelendirilebilmektedir. Bu bakış açısı aynı zamanda, ulusal refah devletlerinin korunması ve geliştirilmesi ve böylece küresel kamusal mal karakteristiğine katkıda bulunmak için önemlidir. Ayrıca geniş tanımlı sosyal, sağlık ve refah politikaları konusunda uluslararası iş birliği ve koordineli politika oluşturmaya daha fazla ihtiyaç duyulabilmesi anlamına gelmektedir (Kuhnle, 2012: 40).

Sosyal güvenlik sadece bireyler açısından değil; aynı zamanda kolektif sivil toplum açısından da kamusal olarak değerlendirilebilmektedir. Bu bağlamda sosyal güvenlik programları bireylerin eğitim, sağlık veya kamu güvenliği gibi kamusal malları üretmelerine yardımcı olurken, aslında bir ulusun ve küresel toplumun ekonomik, sosyal ve kültürel üretkenliğini de güçlendirmektedir (Forss vd., 2000: 19). Öte yandan sosyal korumanın

yetersizliği ya da olmadığı durumlar önemli bir sorun teşkil etmekte ve sadece ilgili ülkelerin hükümetleri için değil; özellikle kriz dönemlerinde bir bütün olarak uluslararası toplum için de büyük sorunlar yaşanmasına yol açmaktadır (Kaltenborn, 2015: 1). Bu nedenle de sosyal korumanın küresel kamusal mal olarak kabul edilip hem ulusal hem de uluslararası sunumunun gündem maddesi haline gelmesi gerekmektedir.

Dolayısıyla gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki sosyal koruma uygulamalarında ve sosyal güvencesizlikte görülen uçurum bütün insanlığın geleceğini etkileyebilmesi nedeniyle küresel toplumun bu duruma çözüm sunması gerekliliği söz konusudur (Çalışır, 2022: 223). Bu bağlamda sosyal güvenliğin bireysel refahın ötesinde bir bütün olarak toplum için kolektif bir faydası olduğu argümanı, sosyal güvenliğin tarihsel süreç içerisinde genişlemesinin en önemli itici gücü olduğu belirtilebilmektedir. Kolektif fayda; toplumsal barışa katkıda bulunmayı karşılayan siyasi fayda, sosyal uyumu güçlendirme anlamına gelen sosyal fayda ve işgücünün üretkenliğini artırmak ve ekonomik büyümenin teşvik edilmesi anlamına gelen ekonomik faydadan oluşmaktadır (Kaufmann vd., 2012: Leisering, 2022: 328). Ancak sosyal koruma böyle bir kolektif faydaya sahipken; sosyal güvenliğin temel konuları olan risklerden korunmanın bireysel faydası ve sosyal açıdan güvenli bir toplum olmaktan kaynaklanan kamu yararı göz ardı edilebilmektedir (Forss vd., 2000: 7).

Bu nedenle sosyal korumaya etkin erişim bir lüks olarak değerlendirilmeyerek, sosyal koruma ile bireye, sosyal adalete ve sosyal dayanışmaya yönelik yapılan; sadece ekonomik açıdan değil sosyal ve çevresel açıdan da getirisi olan bir yatırım olarak algılanarak, sürdürülebilir kalkınma için vazgeçilmez ve herkes için sağlam bir temel oluşturulması gerekmektedir. Özellikle düşük gelir grubundaki ülkelerin, yoksulluk ve az gelişmişlik kısır döngüsünün kırılabilmesi ve yerel, ulusal, bölgesel ve küresel kalkınmaya katkıda bulunabilmesi için sosyal korumaya yatırım yapılması gerekmektedir (Bonilla Garcia ve Gruat, 2003: 19).

### **3.2.2.1. Piyasa Başarısızlıkları**

Piyasa başarısızlıkları genellikle dışsallıklar yoluyla kendini göstermektedir ve piyasa dışında oluşan bu maliyetlerin karşılanması veya dışsallığın önlenmesi kamusal mal olarak nitelendirilebilmektedir. Bu doğrultuda devletler piyasa başarısızlıklarının giderilmesi amacıyla üç temel yöntemle kamusal mal sağlayabilmektedir. Bunlardan ilki; kanuni düzenlemelerle dışsal maliyete yol açan faaliyetlerin suç olarak kabul edilmesidir. İkincisi; regülasyonlar

aracılığı ile dışsal maliyetlerin oluşmasının önüne geçmektir. Üçüncüsü ise vergilendirme veya kamu harcamaları aracılığıyla dışsallıkların içselleştirilmesidir. Bu bağlamda yoksulluğun piyasa başarısızlıkları temelinde ele alınarak hem normatif hem de kamu harcamaları yoluyla çözüm üretilmesi seçeneği üzerinde durulabilmektedir (Van den Berg, 2021: 29). Dolayısıyla sosyal korumanın ihmal edilmesinin maliyetlerinin, etkileri farklı düzeylerde olmakla beraber devlet, işletmeler, aileler ve bireyler başta olmak üzere toplumun tamamı tarafından karşılanması gerekmektedir (Bonilla Garcia ve Gruat, 2003: 18).

Öte yandan sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinde tam rekabet koşullarındaki fiyat mekanizmasının etkin bir şekilde işlediğinin söylenmesi mümkün değildir. Bu nedenle sağlık harcamalarını içeren durumlarda piyasalarda şeffaflığın olmaması ve eksik bilgi nedeniyle tam rekabet koşullarından uzaklaşılması devlet müdahalesine yol açmaktadır. Bireyler tarafından sağlık hizmetine duyulan ihtiyacın ani ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkıyor oluşu risk ve belirsizlikleri beraberinde getirmektedir. Bu yüzden sosyal güvenlik göz önünde bulundurulduğunda sadece emeklilik açısından değil; aynı zamanda sağlık açısından da sigorta kavramı devreye girmekte ve devlet müdahalesi kaçınılmaz olmaktadır (Kutluselim, 2022: 84-85). Diamond'a (1977) göre sosyal güvenlik programlarının gelirin yeniden dağılımının sağlanabilmesi, piyasa başarısızlığının giderilebilmesi, paternalist devlet anlayışı ve etkinliğin sağlanabilmesi gereği sistem içerisinde yer almaktadır.

Bu kapsamda sosyal sigorta ile bireysel risk koruması sağlanmasının yanı sıra, risklerin aktüeryal tanıma göre her zaman “sigortalanabilir” olmadığı ve primin kolayca hesaplanamadığı daha geniş bir sosyal misyonu da yerine getirdiği ifade edilmektedir. Bu durumun nedenlerinden en önemlisi; toplumdaki adalet ve dayanışmanın, toplumun bütün üyelerinin veya toplum içindeki belirli grupların sigorta programına zorunlu olarak dahil edilebilmeleri açısından önemli ortaklar olarak görülmesidir. Bir diğer neden ise sigorta piyasalarında görülen piyasa başarısızlığı, ters seçim ve ahlaki tehlike gibi bazı risklerin mevcut olmasıdır. Sosyal riskin kolektif unsurları piyasa başarısızlığı riskini güçlendirmektedir ve bu duruma karşı alınacak önlemler tam kamusal mal niteliğindedir (Forss vd., 2000: 8).

Aynı zamanda tekелci eğilimler ve tekел gücünün piyasaya hâkim olması piyasa başarısızlığının temel nedenleri olarak ifade edilebilmektedir. Bu çerçevede sağlık alanında hastaneler ve ilaç firmaları özelinde ölçek ekonomisinden kaynaklanan ve doğal tekел ile sonuçlanan örnekler bulunmaktadır. Söz konusu bu durumlar sosyal güvenlik sistemlerinin

sürdürülebilirliğinin önünde engel oluşturabilmektedir (Kutlusehim, 2022: 86). Dolayısıyla tekelleşme eğiliminin de piyasa başarısızlığı türü olarak sayılması nedeniyle, devlet müdahalesinin nedenlerinden birisi olarak değerlendirilebilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin ve sosyal koruma araçlarının özelleştirilmesi ve serbestleşmeye yönelik uygulamalar bu süreci farklı boyuta taşıyabilmektedir.

Dolayısıyla artan piyasalaşma ve özelleştirme sonucunda, sosyal korumanın başka bir anlayışı vurgulanmaktadır. Böyle bir durumda bireyler eşit hak ve fırsatlara sahip vatandaşlar olarak değil, küresel pazarda hizmet satın alan tüketiciler olarak değerlendirilmektedir. Deyim yerindeyse böyle bir senaryo çerçevesinde, hizmet sağlayıcılar uluslararası müşterilerine ulaşabilmektedir. Böyle bir yapı içerisinde devlet geri planda kalmakta ve devletin rolü piyasanın daha verimli ve kârlı bir şekilde işlemesi için regülasyon yapmakla sınırlandırılmaktadır. Örneğin, sağlık hizmetlerine yönelik erişim tüketicinin ödeme gücüne bağlı olduğu takdirde, küresel pazarda eşitsizlik görülebilmektedir. Bu durum sosyal koruma programlarından düşük gelirli bireylerden ziyade yüksek gelirli bireylerin faydalanması ile sonuçlanabilmektedir (Levitt vd., 2023: 19). Dolayısıyla sosyal korumanın adaletsiz dağılımı nedeniyle gelir dağılımı adaletsizliği artabilir ve mevcut sosyal sınıf farklılıkları derinleşebilir.

Piyasa başarısızlığının sonuçları krizlerle karşılaşılması şeklinde de kendisini göstermektedir. Bu bağlamda 2008 Küresel Krizi'nin finansal ve ekonomik etkileri, sosyal güvenliğin sadece insan hakkı olmadığı, aynı zamanda sosyal ve ekonomik bir zorunluluk durumu olduğu konusunda görüş birliği oluşmasına neden olmuştur. Bu durumu destekler nitelikte, tarihte de sosyal koruma sistemlerinin yoksulluk ve eşitsizlik ile mücadelede en güçlü araçlardan biri olduğu bilinmektedir. Bu durum ise bütün ülkelere uygulanabilir niteliktedir (Hagemejer ve McKinnon, 2013:8). Dolayısıyla sosyal korumanın küresel niteliğe sahip olduğu görülmektedir.

Bu noktadan hareketle, yoksulluk konusuna küresel kamusal mal perspektifinden ve insan hakları temelinde bakıldığında, kamusal mallara yönelik olarak yoksulluğun önlenebilmesi amacıyla atılacak bölgesel ve küresel adımların önem arz ettiği ifade edilebilmektedir. Söz konusu sorunun temeli, yoksulluğun kamusal bir mesele olup olmadığına karar verilmemesi ve yoksullukla mücadelenin kamu kaynaklarından finanse edilip edilmemesi gerektiği konusunda evrensel bir mutabakatın bulunmamasına dayanmaktadır. Bu bağlamda uzlaşma eksikliğinin altında yatan nedenlerden biri de yoksulluğun küresel olarak önemli addedilip edilmediği ile

ilgili olmaktadır. Bazı durumlarda yoksulluk yerel çözümlerle giderilebilecek yerel bir sorun olarak algılanabilirken, yoksulluğun küresel sonuçları göz önüne alındığında ise küresel kamusal mal olarak nitelendirilebilmektedir (Kaul ve Mendoza, 2003: 96; Van den Berg, 2021: 30). Bu çerçevede sosyal korumanın eksik sunumu yoksulluğu derinleştirerek, ekonomik ve sosyal sorunlara neden olabildiği için küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

### **3.2.2.1.1. Asimetrik Bilgiye Bağlı Olarak Ters Seçim Sorunu**

Kamusal malların ekonomik tanımından hareketle, devletin piyasa karşısında tüketimde rekabetin olmadığı ve dışlanamazlık özelliği olan malların sağlanmasının ötesine geçen verimlilik avantajlarına sahip olduğu belirtilebilmektedir. Bu bağlamda sosyal refah devletlerinde zorlama gücünün kullanılması, düzenleme veya vergilendirme yoluyla ahlaki tehlike gibi risk artırıcı davranışları caydırarak da verimlilik faydaları sağlanabilmektedir. Örneğin; kamusal alanlarda sigara içilmesinin yasaklanması ve tütün satışlarından vergi alınması bu kapsamda değerlendirilebilmektedir. Ayrıca, herkes için zorunlu sosyal sigorta, gönüllü, özel sigorta durumunda ortaya çıkan ters seçim sorununu ortadan kaldıracaktır (de Jongh, 2023: 9). Dolayısıyla devlet eliyle sosyal korumanın sağlanması, piyasaya sunulması halinde karşılaşılabilecek ters seçim sorununun önüne geçebilecektir.

Özellikle sağlık hizmetleri bağlamında ele alındığında asimetrik bilginin, küreselleşme ve pandemi süreciyle birlikte daha da arttığı gözlemlenebilmektedir. Bu durum genellikle, medya, sağlık sigortası ve hasta-hekim ilişkilerinde görülebilmektedir. Sağlık sektörünün özel bir uzmanlık gerektirmesi nedeniyle, bilgiye ulaşılması maliyetli olabilmekte ve rant aracı haline gelebilmektedir. Örneğin, hekim ve hastalar arasındaki asimetrik bilgi, hastaların tedavilere güven duymamasına ve bilgi ihtiyacını karşılayamamasına neden olabilmektedir. Bu durum, belirsizlik hissinin artmasına yol açarak hastaların farklı hastanelere ya da birden fazla hekime başvurmasına sebep olabilmektedir. Sonuç olarak ise ekonomik kayıplar yaşanırken, hastalar daha fazla asimetrik bilgiye maruz kalabilmektedir (Hızarcı Beşer ve Dönmez, 2024: 750). Bu durum kamu açısından değerlendirildiğinde sağlık harcamalarının artmasına, birey özelinde ise bireylerin bütçesinde sağlık harcamalarının payının yükselmesine neden olabilmektedir.

Bu kapsamda, sağlık sektöründeki özel piyasalara odaklanan araştırmalar hem kişisel hem de kamu sağlık hizmetlerinin finansmanında, tüketiminde ve sağlanmasında ortaya çıkan

piyasa başarısızlıklarının giderilebilmesi adına güçlü bir hükümetin mevcudiyetinin gerekli olduğunu göstermiştir. Özellikle sigorta piyasasındaki aksaklıklar, kredi yetersizlikleri, bilgi asimetriteri ve yetersizlikler, bireylerin risk havuzlama yoluyla kolektif risk azaltımından elde edilen ekonomik fayda kazanımlarını engelleyebilmektedir (Ruger, 2005: 68). Bununla birlikte, sağlık sigortası, işsizlik sigortası, engellilik sigortası ve kamu emeklilik programlarına yapılan önemli sayıdaki müdahaleler, asimetrik bilginin bir sonucu olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (Anderberg, 1999).

Bu durumun dolaylı bir sonucu olarak, asimetrik bilginin varlığında, rekabetçi piyasada denge genellikle birinci en iyi tahsisin sağlanmasında başarısız olabilmektedir. Dolayısıyla, Pareto iyileştirme açısından potansiyel alanların devlet müdahalesi ile karşılanıp karşılanamayacağı hususu tartışma konusu olarak gündeme gelmektedir. Bu bağlamda, sosyal planlayıcı olarak devlet tarafından üstlenilen zorunlu sosyal güvenlik programlarının refah üzerinde olumlu etkiler oluşturabileceği ileri sürülebilmektedir (Eckstein, 1985; Platoni, 2010: 503). Bu noktadan hareketle de piyasaya bırakılan sosyal güvenliğin kaynak tahsisinde etkinliği sağlayamayacağı gerekçesiyle kamu müdahalesine ihtiyaç duyulduğu vurgulanabilmektedir.

### **3.2.2.2. İnsan Hakkı Olarak Sosyal Koruma**

Öncelikle bütün insan haklarının temelde birbirine bağlı ve bölünemez nitelikte olduğunu ifade edilmesi yerinde olacaktır. Bu bağlamda sosyal güvenlik hakkı da diğer insan haklarının hayata geçirilmesine olanak tanıyan bir konumda yer almaktadır. Diğer bir deyişle, söz konusu haklar birbirinden ayrılmaz ve karşılıklı olarak birbirini destekleyen bir bütün olarak görülmelidir (ILO VE BM (Birleşmiş Milletler), 2025: 28). Böylelikle sosyal güvenlik haklarının, bireylerin siyasi ve medeni haklarını daha iyi kullanmalarını sağlayan sosyal vatandaşlığa katkıda bulunduğu çıkarımına ulaşılabilmektedir (Marshall, 1950; Leisering, 2022: 326). Söz konusu özellik ile de kamusal malların taşıdığı bölünmezlik özelliği ile örtüşmektedir.

Dolayısıyla bireylerin yaşamları boyunca yeterli sosyal korumaya erişimlerinin sağlanması temel bir insan hakkı olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkeler, sağlam bir sosyal koruma zemini de dahil olmak üzere sosyal koruma sistemlerini güçlendirerek sosyal kalkınma ve sosyal adaleti sağlayabileceklerdir. Yoksulluğun sadece hafifletilmesi yerine önlenmesine yönelik bu değişim, sosyal uyum ve kalkınma için oldukça gerekli niteliktedir (ILO, 2025).

Sosyal güvenliğin bir insan hakkı olarak kabul edilerek uluslararası bildirgelerde yer alması sosyal güvenlik düşüncesinin en güçlü ifade edilme yöntemlerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır (Leisering, 2022: 327). İnsan haklarının temel kaynakları arasında anayasal ve uluslararası hukuk yer almaktadır. Özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan itibaren, uluslararası insan hakları hukuku ve uluslararası insancıl hukuk da dahil olmak üzere geniş kapsamlı bir uluslararası hukuk külliyatı oluşmuştur (Munro, 2007: 4). Dolayısıyla söz konusu hakların küresel bir niteliğe sahip olduğu görülmektedir. Bu kapsamda en temel uluslararası bildirgelerden birisi olarak İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948) önem arz etmektedir. Bildirge'nin 22. ve 25. Maddelerinde söz konusu haklarla ilgili ifadeler yer almaktadır. Bu kapsamda yer alan ilgili maddelere göre:

Madde 22: Herkesin, toplumun bir üyesi olarak, toplumsal güvenliğe hakkı vardır; ulusal çabalarla, uluslararası iş birliği yoluyla ve her Devletin örgütlenme ve kaynaklarına göre herkes insan onuru ve kişiliğin özgür gelişmesi bakımından vazgeçilmez olan ekonomik, toplumsal ve kültürel haklarının gerçekleştirilmesi hakkına sahiptir.

Madde 25:

1. Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşama standartlarına hakkı vardır; bu hak, beslenme, giyim, konut, tıbbi bakım ile gerekli toplumsal hizmetleri ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da kendi denetiminin dışındaki koşullardan kaynaklanan başka geçimini sağlayamama durumlarında güvenlik hakkını da kapsar.
2. Anne ve çocukların özel bakım ve yardıma hakları vardır. Tüm çocuklar, evlilik içi ya da dışı doğmuş olmalarına bakılmaksızın, aynı toplumsal korumadan yararlanır.

Sağlık ve sosyal güvenliğe ilişkin insan hakları birbirini desteklemekte ve yeterli korumaya evrensel düzeyde etkin bir şekilde ulaşılabilmesinin garanti altına alınması için bu hakların tesis edilmesi gerekli görülmektedir. Bu nedenle, aşağıdaki uluslararası insan hakları belgelerinde sosyal güvenlik standartlarına ilişkin detaylar yer almaktadır (ILO, 2024a: 2):

- ILO Tıbbi Bakım Tavsiye Kararı (1944),
- İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948).
- ILO Sosyal Güvenlik (Asgari Standartlar) Sözleşmesi (1952),

- Her Türlü Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme (1965),
- Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme (1966),
- ILO Tıbbi Bakım ve Hastalık Yardımları Sözleşmesi ve Tavsiye Kararı (1969),
- Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (1979),
- Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (1989),
- Tüm Göçmen İşçilerin ve Aile Fertlerinin Haklarının Korunmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme (1990),
- ILO Anneliğin Korunması Sözleşmesi (2000),
- Engelli Kişilerin Haklarına Dair Sözleşme (2006) ve
- ILO Sosyal Koruma Katmanları Tavsiye Kararı (2012).

Son yıllarda evrenselcilik ve kapsayıcılık uluslararası organizasyonların son zamanlarda kullanmaya başladığı temel terimler olarak dikkat çekmektedir. Söz konusu terimler örneğin; Uluslararası Sağlık Ortaklığı 2030 ve SKA'ya ulaşılabilmesine ilişkin olarak Evrensel Sosyal Koruma 2030'da açıkça yer almıştır (Leisering, 2022: 335). Bu bağlamda insan hakları belgeleri ve uluslararası standartları sosyal koruma politikaları tasarımına ve uygulanmasına rehberlik etmektedir (ILO, 2024: 6). Bu durum sosyal korumanın temel insan hakkı olması nedeniyle dünya üzerinde yaşayan herkesi kapsamaya gerektiğine işaret etmektedir. Başka bir ifadeyle sosyal güvenliğin temel insan hakkı olmasının bir yansımasıdır.

Bu kapsamda sosyal güvenlik hakkının aşağıda sıralanan dört temel unsuru bulunmaktadır (ILO ve UN, 2025: 24-28):

*1)Mevcudiyet:* Sosyal güvenlik yardımlarının temel yaşam risklerini kavrayabilmesi için mevcut olması gerekmektedir. Bu yardımlar nakdi veya ayni transferler şeklinde olabileceği gibi her ikisinin birleşimi şeklinde de olabilmektedir. Dolayısıyla söz konusu yardımların periyodik bir ödeme, mal veya hizmet sunumundan oluşması gerekmektedir. Sosyal güvenlik hakkının mevcut ve gelecek nesiller için uygulanabilmesi açısından sosyal güvenlik sistemi, sosyal adalet ve hakkaniyet temelinde mali açıdan sürdürülebilir olması gerekmektedir.

2)*Yeterlilik*: Yardımların, nakdi veya ayni olup olmadıkları fark etmeksizin, herkesin sosyal güvenlik, sağlık ve makul bir yaşam standardına sahip olma hakkını kullanabilmesi açısından nitelik, miktar ve süre bakımından yeterli olması gerekmektedir. Bu özellik, ulusal olarak asgari düzeyde tanımlanan temel mal ve hizmetlere etkin erişimin sağlanabilmesi ve böylece bireylerin yoksulluk, savunmasızlık ve sosyal dışlamaya karşı güvence altına alınması ve insan onuruna yaraşır, sağlıklı bir yaşamın mümkün kılınması gerektiğine işaret etmektedir.

3)*Erişilebilirlik*: Bu özellik; kapsam, uygunluk, fiziksel erişilebilirlik, ekonomik erişilebilirlik ve bilgi ve prosedürel erişilebilirlik kavramlarından oluşmaktadır.

-*Kapsam*: Ayrım yapılmaksızın herkesin sosyal güvenlik sistemi kapsamına dahil edilmesi ve evrensel kapsamın sağlanabilmesi için, toplum içindeki en dezavantajlı ve marjinal grupları kapsayacak şekilde primsiz programlara ihtiyaç duyulmaktadır.

-*Uygunluk*: Yardımlar için yeterlilik koşulları makul, orantılı ve şeffaf olması gerekmektedir. Yardımların kesilmesi, azaltılması veya askıya alınması olabildiğince sınırlandırılarak; söz konusu sınırlandırma durumlarının makul gerekçelere dayandırılması, yasal sürece tabi olması ve ulusal hukukta öngörülmesi gerekmektedir.

-*Fiziksel erişilebilirlik*: Sosyal güvenlik hizmetinden faydalananlar, kayıt yaptırmak, yardımlara erişmek, talepte bulunmak için ihtiyaç duyulan bilgileri toplamak amacıyla sosyal güvenlik hizmetlerine fiziksel olarak ulaşabilmeleri gerekmektedir.

-*Ekonomik erişilebilirlik*: Sosyal güvenlik katkı paylarının makul ve dengeli olması gerekmektedir. Devletler, gereken durumlarda sübvansiyonlar aracılığıyla, düşük gelirli kişiler için de bu payların ödenebilir olmasını sağlamalıdır.

-*Bilgi ve prosedürel erişilebilirlik*: Bireyler ve kuruluşların bilgiye açık ve şeffaf bir şekilde ulaşabilmeleri gerekmektedir. Yardımlara uygunluk kriterleri ve konuya ilişkin bilgiler, anlaşılması zor kavramlar veya açıklamalarda belirsizlikler olmaksızın basit, kullanıcı dostu ve herkesi kapsayan bir dile çevrilmesi gerekmektedir.

4)*Katılım*: İşveren örgütleri, sendikalar ve kayıt dışı çalışan işçiler ve emeklileri de kapsayacak şekilde sosyal güvenlikten yararlananları temsil eden diğer örgütler sosyal güvenlik politikalarının oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesi süreçlerine anlamlı ve etkin bir şekilde katılması veya bu süreçlerde görüşlerine başvurulması gerekmektedir.

Sağlık ve sağlıkla ilgili haklar, BM'nin daha geniş insan hakları gündeminin ve anlaşmalarının bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Koivusalo ve Ollila, 2022: 281). Sosyal koruma kavramının sağlıkla ilgili bir konu olması nedeniyle ve konuya hak temelinde bakıldığında bütün bireyleri kapsamı gerektiği ifade edilebilmektedir. Bu durum sosyal korumanın küresel bir niteliği haiz olduğu ve küresel sosyal politika kapsamında ele alınması gerektiği çıkarımına ulaşılabilmektedir.

Ancak temel ve vazgeçilmez bir niteliğe sahip insan haklarından birisi olan sosyal koruma, günümüzde hâlâ imtiyazlı bir hak olarak varlık bulmaktadır. Bununla birlikte sosyal koruma yaklaşımları içinde evrensel nitelikli sosyal asgari yaklaşım, insan hakları ve sosyal adalet temelinde sadece yoksul nüfus gruplarına değil; herkesi kapsayan bir sosyal koruma politikasına işaret etmektedir. Bu doğrultuda söz konusu yaklaşım, sosyal koruma için bir yol öneren dönüştürücü sosyal koruma çerçevesi içinde değerlendirilmesi önem arz etmektedir (Çalışır, 2022: 219). Buradan hareketle sosyal korumaya yönelik sürdürülen tartışmaların genellikle risk temelli yaklaşımı temel aldığı belirtilebilmektedir. Ancak sosyal korumaya hak temelli yaklaşım geri planda kalmakla beraber teorik düzeyde değerlendirilmektedir (Munro, 2007: 13). Hak temelli yaklaşım gereği devletlerin, vatandaşlarına ve bazı durumlarda göçmen oldukları için diğer ülkelerin vatandaşlarına da bir hak meselesi olarak sosyal koruma sağlaması gerektiğini öne sürülmektedir (Munro, 2007: 4). Bu çıkarım da sosyal korumanın aslında küresel kamusal mal niteliğine sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum ise temel olarak, dünya üzerinde yaşayan her bireyin yaşamı boyunca sahip olması gerekliliğine dayanmaktadır.

Günümüzde insan hakları ya da işçi veya göçmenler gibi belirli grupların haklarını teyit eden uluslararası belgelerin sayısının giderek arttığı aşîkardır. Her ne kadar bu belgeler, çoğu zaman belirli konularda yetersiz kalsa ya da uyulmaması durumunda yaptırıma yönelik gerekli mekanizmalardan yoksun olsa da temel ve evrensel sosyal koruma standartlarının herkes için, her yerde mevcut olması gerektiği fikrini kurumsallaştırmaktadır (Levitt vd., 2023: 19). Sonuç olarak sosyal koruma insan hakkı olarak bütün insanların erişimine sunulması gereken ve bu yönüyle küresel kamusal mal olarak kabul edilebilecek bir yapıya sahip olmaktadır. Bir başka ifadeyle, sosyal korumaya erişim bütün insanlığı kapsamı gereken bir hizmet olduğu için küresel sosyal politikanın konusu olarak yer almaktadır.

### 3.2.2.3. Sosyal Korumanın Küresel Olarak Dağılımı

Tarihsel gelişim süreci içinde sosyal koruma gelişmiş ülkeler için temel bir insan hakkı ekseninde kurgulanmışken; sosyal koruma sistemlerinin sınırlı olduğu veya gelişmediği gelişmekte olan ülkelerde yoksulluk temelinde seçici bir yaklaşımla kurgulandığı söylenebilmektedir. Bu durum gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere sosyal korumanın kapsamının ilk günden itibaren farklı tasarlandığına işaret etmektedir. Bununla birlikte sosyal koruma sistemleri içerisinde sorumluluk üstlenen aktörler de farklılaşabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelere sosyal koruma alanında, temel sorumluluk öncelikle bireylere düşmekte ve devlet sınırlı bir sorumluluk üstlenen aktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla yoksulluğun yaygın ve kamu kaynaklarının sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelere tasarlanan sosyal koruma yaklaşımı ile gelişmiş ülkelere ve refah devleti uygulamalarının yaygın olduğu özellikle Avrupa ülkelerinde tasarlanan hak temelli ve evrensel niteliğe sahip sosyal koruma yaklaşımı arasında oldukça büyük farklılık bulunmaktadır (Çalışır, 2022: 223). Böyle bir kurgunun sonucu olarak ise ülkeler arasındaki eşitsizliklerin giderek artış göstermesi, sosyal eşitsizliklerle mücadelede güçlü bir devlet politikası uygulaması olarak sosyal adalet ve insan haklarını temel alan sosyal koruma politikalarının gerekliliği vurgulanmaktadır (Kwan ve Drolet, 2016: 60).

**Tablo 3.8. Gelir Gruplarına Göre Ülkelerde Sosyal Koruma Oranı (2015-2023), (%)**

| Gelir Grubu/Koruma Oranı             | 2015 | 2023 |
|--------------------------------------|------|------|
| Yüksek gelir grubundaki ülkeler      | 81   | 85.9 |
| Yüksek orta gelir grubundaki ülkeler | 56.5 | 71.2 |
| Düşük orta gelir grubundaki ülkeler  | 20.9 | 32.4 |
| Düşük gelir grubundaki ülkeler       | 7.7  | 9.7  |
| Dünya                                | 42.8 | 52.4 |

Kaynak: Dünya Sosyal Koruma Raporu 2024-2026 verilerine dayanarak oluşturulmuştur.

Tablo 3.8’de gelir gruplarına göre sosyal koruma oranı yer almaktadır. Tablo 3.8’e göre sosyal koruma kapsamının genişletilmesi konusuna dünya genelinde öncelik verilmesi gerektiği görülmektedir. Bu çerçevede sosyal korumaya yönelik mali alanın artırılması bağlamında ulusal çabaları destekleyebilecek küresel bir mali mimari de dahil olmak üzere uluslararası desteğe ihtiyaç duyulmaktadır. 2015-2023 yılları arasında dünya genelinde sosyal koruma kapsamındaki nüfus oranı %9,6 artış ile %52,4’e ulaşsa da geriye kalan %47,6’lık kesim (3,8 milyar insan) herhangi bir sosyal korumaya erişmeden korumasız durumda kalmaktadır (ILO,

2024: 51). Dolayısıyla mevcut politikalar ile sosyal korumaya yönelik yeterli sunum gerçekleştirilemediği gibi sosyal korumanın küresel dağılımındaki eşitsizliğin de devam ettiği görülmektedir.

Yine Tablo 3.8'e göre 2015'ten bu yana bir ilerleme kaydedilmekle birlikte, bu ilerlemenin hızının çok yavaş seyrettiği görülmektedir. Mevcut hız baz alındığında, dünya üzerinde herkesin en az bir sosyal koruma yardımı kapsamına girmesi ancak 2073 yılında mümkün olabilecek ve ayrıca kapsamlı korumaya ulaşılması için daha da uzun bir süre gerekecektir. Bu nedenle ilerlemenin hızlandırılmasının mevcut ve gelecek nesiller için oldukça kritik öneme sahip olması nedeniyle hem ulusal politika yapıcılarının hem de uluslararası aktörlerin yatırım, kararlılık ve siyasi irade göstermesi gerekmektedir. (ILO, 2024: 52). Tablo 3.9'de bölgelere göre sosyal koruma kapsamının dağılımı gösterilmektedir.

**Tablo 3.9. Bölgelere Göre Sosyal Koruma Kapsamının Dağılımı (2015-2023), (%)**

| Bölge/En az bir sosyal koruma yardımı kapsamındaki nüfus | 2015 | 2023 |
|----------------------------------------------------------|------|------|
| Afrika                                                   | 15.2 | 19.1 |
| Amerika Kıtası                                           | 59.6 | 68.2 |
| Arap Ülkeleri                                            | 28.1 | 30   |
| Asya ve Pasifik                                          | 38.7 | 53.6 |
| Avrupa ve Orta Asya                                      | 82.1 | 85.2 |

Kaynak: Dünya Sosyal Koruma Raporu 2024-2026 verilerine dayanarak oluşturulmuştur.

Tablo 3.9'da bölgelere göre sosyal koruma kapsamının dağılımı en az bir sosyal koruma yardımı kapsamındaki nüfus üzerinden gösterilmektedir. 2015-2023 döneminde her bölgede bu oran artmış olsa da Afrika kıtası ile Avrupa ve Orta Asya arasındaki uçurum olarak nitelendirilebilecek olan farkın nerdeyse değişmediği görülebilmektedir. Dolayısıyla bu veriler ışığında sosyal korumanın küresel olarak adaletsiz dağılımı dikkat çeken bir husus olarak yer almaktadır.

Sonuç olarak sosyal koruma kapsamının küresel olarak adaletsiz dağılması nedeniyle bu konuda sadece devletler nezdinde üretilen veya mevcut küresel düzlemde ortaya konulan politika uygulamaları ve faaliyetlerin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda sosyal koruma küresel kamusal mal olarak değerlendirilerek, sosyal korumadan faydalanan nüfusun artırılmasına yönelik kuruluş ve faaliyetlere gereksinim duyulduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Dolayısıyla hem bölgeler arası hem de ulusların kendi içindeki sosyal koruma

bağlamındaki erişim eşitsizliğinin giderilmesi amacıyla yapılacak faaliyetlerin hepsi küresel kamusal mal niteliğine sahip olabilecektir.

### **3.2.3. Göç, Sağlık ve Sosyal Koruma**

Günümüzde birçok birey ve aile, zorla veya isteyerek, geçici veya uzun süreli olarak göç edebilmektedir. Derinleşen küresel ekonomik karşılıklı bağımlılık, azalan doğum oranlarının ve yaşlanan nüfusun bir sonucu olarak sanayileşmiş ekonomilerin göçmen işgücüne bağımlı hale gelmesi ve birçok düşük gelirli ülkede yüksek eğitilmiş ve düşük vasıflı işgücünü istihdamdan dışlayan yapısal az gelişmişlik, artan göçün temel nedenlerinden birkaçı olarak değerlendirilmektedir (Levitt vd., 2023: 5). Göç süreci temel alındığında göç öncesi, göç esnasında, göç sonrası ve geri dönüş aşamalarında birey ve toplum sağlığı üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı olarak etki oluşturan göç kavramı ulusal ve uluslararası açıdan sağlık ile ilişkilendirilmektedir. Dolayısıyla göç, sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olarak süreç içinde yer almaktadır (Padovese vd., 2014: 371).

Göçmen ve mültecilerin karşılaştıkları sağlık hizmetine duydukları ihtiyaç ulusal sınırları aşmaktadır, ancak birçok ülke göçmenlik statüsüne dayalı olarak sağlık kapsamını kısıtlamakta, sağlık sigortasına ve hizmetlerine erişimi sınırlandırmakta ve sağlık harcamaları bireysel bir gider unsuru olarak bu bireylerin bütçesinde yer almaktadır. Bu faktörler ise, dünya genelinde milyonlarca kişiyi savunmasız durumda bırakmakta ve bu kişilerin özellikle standartların altındaki yaşam ve çalışma koşullarında sağlık durumları kötüleşebilmektedir (DSÖ, 2024a: 78).

Bu kapsamda göçün sağlık boyutları bugüne kadar göç alan ya da göç veren ülkeler tarafından nispeten az ilgi görmüş ve hareket halinde olan bireylerin sağlığı ihmal edilmiş bir alan olarak kalmıştır. Bu durumun temel nedenlerinden ilki; çağdaş göç hızının kapsamının ülkelerin yalnızca yanıt verme değil, aynı zamanda uyum sağlama ve kabul etme kapasitelerini bile aşmış olmasıdır. İkinci neden ise, göçmenlerin sağlığa yönelik ihtiyaç ve sorunlarının kabul edilmesinin bir ölçüde sorumluluk ve yükümlülüğün kabul edilmesi anlamına gelmesidir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin maliyetinin evrensel bir sorun haline geldiği uluslararası bağlam çerçevesinde, ülkelerin göç ve göçmenlerin sağlık hizmetleri konusuyla yüzleşmekte isteksiz davranmalarının önemli bir nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Üçüncü bir neden ise göç olgusunu çevreleyen, bütün göçlerin nihai olarak başarılı olduğu ve son tahlilde herkesin bundan fayda sağlayacağı mitidir. Ancak gerçekte göç bulaşıcı hastalıkların yayılması,

yaralanma, ihmal ve ölüm ile sonuçlanabilmektedir (Carballo ve Mboup, 2005: 13). Bu nedenle de göç ve sağlık, küresel bir toplum sağlığı öncelik alanı olarak giderek daha fazla kabul görmektedir. Zira ulusal, bölgesel, küresel veya zorunlu, isteğe bağlı gibi türleri bulunan göç kavramını tanımlamanın ve göç eğilimlerinin artan karmaşıklığının anlamlandırılması zorlukları bir yana bırakıldığında, göçmen gruplarının sağlık hizmetine, sosyal hizmetlere ve güvenli yaşam alanlarına erişim konusunda daha savunmasız halde olabildiği görülmektedir (Wickramage vd., 2018: 1).

Dolayısıyla göçmenler sosyal eşitsizliklerden etkilenmekte ve göç sürecinde fiziksel, zihinsel ve sosyal refahlarını ve sağlık durumlarını riske atan farklı koşullar ile karşılaşabilmektedirler. Bu kapsamda göçmenler, özellikle varış ve geçiş ülkelerinde sağlık üzerinde olumsuz etkileri olan yoksulluk ve sosyal dışlanma ile karşı karşıya kalmaktadır. Göçmenlerin sağlığı, büyük ölçüde göç edilen ülkedeki hizmetlerin mevcudiyeti, erişilebilirliği ve kalitesi tarafından da belirlenmektedir (Davies vd., 2009: 3).

Küreselleşme sürecinin bir uzantısı olarak, dünyadaki neredeyse bütün ülkeler menşe, varış, geçiş ülkesi veya her üç durumu kapsayacak şekilde göçten etkilenebilmektedir. Bununla birlikte mevcut ekonomik, sosyal ve farklı gerekçelerle uluslararası göçmen sayısının önümüzdeki yıllarda artabileceği öngörülmektedir (Yaman Kennedy vd., 2022: 2428). Daha önce benzeri görülmemiş olan insan göçü, günümüzün hızla küreselleşen dünyasında kritik öneme sahip bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Göç konusunun farklı boyutları ve etkileri olsa da tez konusu kapsamında sağlık ve sosyal koruma düzleminde ele alınmaktadır.

Buradan hareketle farklı ülkelerde, göç edilen ülke vatandaşlarının çoğunluğuyla kıyaslandığında göçmenlerin, sağlık hizmetleri, gelir güvencesi, eğitim, barınma gibi yeterli sosyal korumaya erişemedikleri için yüksek risklerle karşı karşıya kaldığı görülmektedir (Ratel vd., 2013: 1). Bu kapsamda küresel olarak göçü düzenleyen bütünlük bir sistemin olmaması nedeniyle, göçmenlerin insan hakları birçok ülkede çoğunlukla tanınmamakta ve korunmamaktadır. Bir ülkeden diğerine geçen göçmenlerin sağlık hizmetlerine, gelir güvencesine, eğitim ve barınmaya erişimleri çoğunlukla göçmenlik statülerine bağlı olmakta ve bu durum genellikle meslek, eğitim düzeyi, ırk veya cinsiyet gibi diğer faktörlerle kesişmektedir. Ayrıca sadece vatandaşlarına yönelik sosyal koruma sistemi bulunan ülkelerde, göçmenlerin kamusal mallara erişimi de sınırlı olabilmektedir (Andersson ve Nilsson, 2009). Başka bir ifadeyle uluslararası göçün, özellikle savaş veya şiddetli bölgesel çatışmalar da dahil

olmak üzere dış tehditler nedeniyle yer değiştirmek zorunda kalan bireyler açısından sosyal riskleri artırma eğiliminde olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Motte-Baumvol vd., 2022: 345).

Buradan hareketle uluslararası göçmen sayısındaki artışın bir sonucu olarak literatürde sosyal koruma ile ilgili yeni kavramlar kullanılmaya başlanmıştır. Bu bağlamda ilk olarak hibrit ulusötesi sosyal koruma kavramı; gönüllü veya zorunlu, yerleşik, kısa süreli veya döngüsel hareketlerden kaynaklanan, bireysel göçmenleri ve ailelerini sınır ötesinde sunulan ve koruyan politika, program, kişi, kuruluş ve kurumları ifade etmek için kullanılmaktadır (Levitt vd., 2023: 4). ILO (2021)'ya göre ise sosyal güvenlik anlaşmaları, göçmen işçilerin kazanılmış veya kazanılma sürecinde olan sosyal güvenlik haklarını ve yardımlarını korumalarına ve devretmelerine olanak sağlamaktadır. Bu duruma kavramsal olarak taşınabilirlik adı verilmektedir. Söz konusu kavram özellikle sağlık hizmetlerinin devamlılığı ve sağlıkta eşitliğin sosyal belirleyicilerinin kavranabilmesi için kritik öneme sahiptir. Bu çerçevede sosyal koruma yardımlarının bir ülkeden diğerine taşınabilirliğini sağlamak amacıyla ikili ve/veya çok taraflı sosyal güvenlik anlaşmaları aracılığıyla iş birliğine ihtiyaç duyulmaktadır.

Göçmen konusu farklı bir açıdan ele alınarak küresel kamusal mal olarak değerlendirilebilmektedir. Bu aşamada mülteci korumasının devletler arasında sorumluluk paylaşımı gerektiren kolektif bir eylem sorunu olarak kavramsallaştırılması, uluslararası sığınmacı konusu bağlamında yönetim anlayışını büyük ölçüde şekillendirmektedir. Bu nedenle mültecilere yeterince koruma sağlanamaması durumu mültecileri kabul etmeyen ülkelerin bedavacılık sorununa yol açtığı için kolektif eylem başarısızlığı olarak nitelendirilebilmektedir. Bu noktadan hareketle mülteci koruması, yönetim açısından kolektif eylem ve devletler arasında stratejik etkileşim gerektirmesi nedeniyle küresel kamusal mal olarak kabul edilebilmektedir (Lutz ve Caballero- Vélez, 2024: 3).

Bu görüşe ilave olarak Suhrke (1998: 400) tarafından da mülteci korumanın kolektif eylem gerektirdiği belirtilmiştir. Bu kapsamda mülteci koruması ile uluslararası kamusal faydalar sağlandığı ve bu faydanın dışlanamaz ve tüketimde rekabetin olmadığı teorik olarak belirtilerek söz konusu kavrama kamusal mal statüsü kazandırılmıştır. Bu doğrultuda, mülteci korumasının kamu düzeninin ve uluslararası istikrarın sağlanmasına yardımcı olarak bütün devletlere fayda sağladığı savunulmuştur. Benzer şekilde Sandler (2006: 18) tarafından ise mültecilerin korunması, pozitif ve negatif dışsallıkların dünyadaki tüm ülkeleri etkilemesi

nedeniyle küresel bir kamu malı olarak nitelendirilmiştir. Tablo 3.10’de devletlerin mülteci korumasından elde ettiği fayda türleri yer almaktadır.

**Tablo 3.10. Devletlerin Mülteci Korumasından Elde Ettiği Fayda Türleri**

| Fayda Türü          | Kamusalık<br>(Rekabetin kapsamı ve dışlanabilirlik) | Küresellik (Coğrafi kapsam) |
|---------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------|
| Meşruiyet           | Kamusal                                             | Küresel                     |
| Güvenlik            | Çoğunlukla kamusal                                  | Çoğunlukla bölgesel         |
| İtibar ve saygınlık | Özel                                                | Ulusal                      |
| Kalkınma            | Çoğunlukla özel                                     | Çoğunlukla ulusal           |

Kaynak: Lutz ve Caballero- Vélez, 2024: 4.

Yukarıdaki tabloya bakıldığında öncelikle meşruiyetin, tüketimde rekabetçi olmayan ve devletlerin sistemi etkilemeden diğerlerinin faydadan dışlanmasına izin vermeyen kamusal mal özelliğine sahip olduğu görülmektedir. Bu fayda; kurallara dayalı uluslararası düzenin bir parçasını oluşturan ve meşruiyeti mülteci koruması ile desteklenen bütün devletleri, yani bütün uluslararası devlet sistemini etkilediği için küresel boyuttadır. Genel olarak güvenlik açısından ülkelerin güvenlik hizmeti tüketiminde artış oldukça, toplam faydada bir azalma meydana gelmediği için rekabetin olmadığı düşünülebilmektedir. Aynı zamanda, bölgesel güvenliğin belirli bir bölge kapsamında bulunan devletleri otomatik olarak etkilediği için dışlanabilir nitelikte olmadığı da ifade edilebilmektedir. Ayrıca bölgesel nitelikte çatışmalar ve göç yolları söz konusu olduğunda, güvenliğe ilişkin faydalar uluslararası kapsamlı olsa da çoğunlukla belirli bölgelerle sınırlı olabilmektedir. Devletler mültecilere koruma sağlayarak itibar ve saygınlık kazanabilmektedir. Bu faydalar hem rekabeti barındırması hem de dışlanabilir nitelikte olması nedeniyle, tamamen özel nitelikte ve ulusal kapsamda değerlendirilebilmektedir. Kalkınma açısından oluşan fayda değerlendirildiğinde ise hem rakip hem de dışlanabilir olması nedeniyle söz konusu faydanın özel olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir. Bu faydanın ekonomik faaliyetlerdeki artıştan kaynaklı olarak bazı uluslararası yayılım etkileri söz konusu olsa da temel olarak faaliyetin geliştiği ülkenin ekonomik kalkınmasını desteklemesi nedeniyle ulusal olarak kabul edilebilmektedir (Lutz ve Caballero- Vélez, 2024: 5-7).

Literatürde yer alan görüşler bu şekilde derlendikten sonra belirtilmesi gerekir ki hem göç veren hem de göç alan ülkelerde sosyal koruma sistemlerinin güçlendirilmesi ve göçmenlere yönelik kapsayıcı ve etkili erişimin sağlanması, iklim değişikliği nedeniyle göçten kaynaklanan riskler de dahil olmak üzere bireylerin yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri finansal risklere

karşı güvence altına alınmaları açısından kilit önem taşımaktadır (ILO, 2021:35). Bu nedenle sosyal korumanın ve özellikle de ulusötesi korumanın ele alınması gerekliliği oldukça kritik öneme sahip bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca ulusötesi sosyal korumanın sadece risk yönetimi açısından bir yol sağlamakla kalmaması, aynı zamanda hane halkının hayata dair projelerini gerçekleştirebilmelerine olanak tanıyacak bir araç işlevi üstlenmesi gerekmektedir (Levitt vd., 2023: 29). Bu bağlamda göçmen işçilerin sosyal koruma kapsamına alınması, haksız rekabeti önleme konusunda etkili olabilecek ve göçmen işçilerin ucuz ve korumasız işgücü olarak istihdam edilmesine yönelik eğilimi azaltarak diğer çalışanlarla eşit konumda yer almalarını sağlayabilecek ve ücret politikası anlamında dibe doğru bir yarışı önleyebilecektir. Dolayısıyla, sosyal korumanın göçmenler de dâhil olmak üzere herkesi kapsaması, birey, aile, toplum ve yerel piyasaların yanı sıra ülkelerin kalkınması, sosyal uyum ve bölgesel istikrar üzerinde de olumlu bir etkiye sahip olmaktadır (ILO, 2021: 28).

Göçmenlik ve sosyal korumaya yönelik atılan adımlar temel alındığında sosyal koruma kapsamına göçmenlerin de dahil edilmesi İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne ve diğer uluslararası insan hakları belgelerine dayanmaktadır. Ayrıca sosyal korumanın göçmen işçiler ve ailelerini de kapsayacak şekilde herkese yaygınlaştırılması, herkes için gelir güvencesinin sağlanması, yoksulluk ve eşitsizliğin azaltılması, insana yakışır çalışma koşullarının temin edilmesi ve savunmasızlık ve sosyal tecridin azaltılması açısından oldukça önemli bir konumda yer almaktadır. Bu doğrultuda 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi'nde de belirtildiği gibi sosyal koruma, kapsayıcı büyümeyi ve sürdürülebilir kalkınmayı desteklemektedir (ILO, 2017: 6). Dolayısıyla BM'nin SKA Vizyonu'nda yer aldığı üzere "Geride kimse kalmasın" mottosu temelinde de vurgulanmaktadır.

Ratel vd. (2013: 5) tarafından, düşük gelir grubundaki ülkelerin yanı sıra orta ve yüksek gelir grubundaki ülkelere de göçmenler ve vatandaşlar arasında sosyal koruma bağlamında uçurum olduğu ve bu nedenle göçmenlerin korunabilmesi adına, göçmenlerin sosyal koruma zemininin bir parçası olması gerektiği ifade edilmiştir. Bu görüşle bağlantılı olarak Bangladeş ve Kolombiya gibi bazı ülkelerin herkes için sosyal güvenlik hakkını anayasalarına dahil etmesi, Kosta Rika, Ürdün, Polonya ve Sudan gibi ülkeler ise vatandaşı olmayan bireyleri sosyal güvenlik yasalarına dahil etmesi örnek olarak verilebilmektedir. Bununla birlikte, birçok ülkede ise o ülkenin vatandaşı olmayan bireyler kapsamlı sosyal korumadan/sosyal güvenlikten yararlanamamaktadır. Bu durumun temel nedenleri ise göçmenlerin sosyal yardım programlarından veya tıbbi bakım, işsizlik sigortası ve aile yardımları gibi belirli alanlardan

hariç tutulmaları, başta göçmen ev ve tarım işçileri olmak üzere belirli grupların kapsam dışı kalması ve yasal olarak dahil edilmelerinin sosyal korumaya etkin erişimleri anlamına gelmemesi olarak sıralanabilmektedir (ILO, 2024: 60).

Öte yandan sosyal koruma alanında uluslararası organizasyonlar ve kuruluşların çeşitli sözleşme, anlaşma ve deklarasyon belgeleri hazırladıkları bilinmektedir. Dolayısıyla, teorik olarak devlet tarafından sosyal koruma sunumu başarısız olduğunda, bireyler uluslararası kurumlardan veya sözleşmelerden herhangi birine başvurabilmektedir. Ancak uygulamada söz konusu belgelerin gücü çoğu zaman sembolik düzeyde kalabilmekte ve bireylerin hayatında önemli koruma kaynaklarına dönüşmemektedir. Bu durumun bir göstergesi olarak ise, bu belgelerin onay oranı düşük olmakla birlikte imzalayan devletler imzaladıkları taahhütleri yerine getirmekten imtina edebilmektedir (Levitt vd., 2023: 13).

Son yıllarda dünya çapında sosyal güvenlik anlaşmalarının sayısında ve bölgesel entegrasyon süreçlerinin bir uzantısı olarak bölgesel anlaşma ve politika çerçevelerinin geliştirilmesinde sayıca bir artış gözlenmektedir. Ancak bu gelişmelere rağmen dünya çapında en yüksek göçmen nüfusa sahip ülkelerin sadece %20'sinde vatandaş ile vatandaş olmayanlar arasında eşit uygulamaya ilişkin yasal hükümler bulunduğu görülmektedir (ILO, 2024: 61).

Mevcut düzende uluslararası göçmenlere yönelik sosyal koruma sistemlerinin yetersiz düzeyde olması nedeniyle göçmenlerin karşılaştıkları zorluk ve problemleri ortadan kaldıracak adımlar atılmadan, herkesi kapsayan sosyal koruma sistemleri hedefine ulaşamayacaktır. Bazı uluslararası belge ve sözleşmeler herkes için sosyal güvenlik hakkı sağlasa da ulusal sosyal koruma düzenlemeleri genellikle düzensiz durumdaki göçmenleri kapsam dışında tutmaktadır. Uzun süreli oturma ve çalışma izinleri ile bir ülkeye kabul edilen göçmenler, genellikle, ülkede belirli bir süre ikamet ettikten veya çalıştıktan sonra, o ülke vatandaşlarıyla aynı şartlarda sosyal korumaya erişim hakkına sahip olabilmektedir. Bu bağlamda göçmenler gerekli asgari şartları çoğunlukla sağlayamadıkları için sosyal koruma kapsamından sınırlı bir düzeyde yararlanabilmeleri söz konusu olmaktadır (Yaman Kennedy vd., 2022: 2440). Böylece göçmenler yine sosyal koruma şemsiyesi dışına itilmiş olmaktadır.

Bu durum ise az sayıda ülke tarafından, belgelendirilmiş olmak kaydıyla uluslararası göçmenlere sosyal korumaya tam erişim hakkı verilmiş olmasından kaynaklanmaktadır. Düzensiz göçmenler ve kısa süreli göçmen grupları açısından genellikle temel bir sosyal koruma tabanına erişim mümkün olmamaktadır. Nadiren ikili ve çok taraflı sosyal güvenlik

anlaşmalarının yapıldığı ülkelerde, göçmen işçiler belirli bir grup olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerine erişim göçmenlerin refahı için gerekli olmakta ve ülkeler arasındaki koordinasyon eksikliği önemli bir sorun olarak değerlendirilebilmektedir. Ayrıca istisnalar dışında, sadece geçerli oturum veya çalışma iznine sahip olan göçmenler, ülke vatandaşlarıyla eşit koşullarda sağlık hizmetlerine erişebilmektedir. Bununla birlikte, düzensiz göçmen statüsündeki bireylerin hakları bir ülkeden diğerine önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Bütün bunların sonucu olarak, uluslararası toplumun sosyal koruma tabanı girişimini desteklemesi ve bunu kalkınma stratejilerine ve kapsamlı sosyal koruma çerçevelerine dâhil etmesi gerekmektedir (Yaman Kennedy vd., 2022: 2441).

2023 yılı sonu itibariyle, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komitesi'nin yetki alanında bulunan 37,4 milyon mülteci, savaş, çatışma, zulüm, insan hakları ihlalleri ve kamu düzenini ciddi şekilde bozan olaylar nedeniyle ülkelerinden zorla göç etmek zorunda kalmıştır. Mültecilerin sayısı on yıldan uzun bir süredir her yıl artmış ve yedi yıldan kısa bir süre içinde iki katına çıkarak tarihi bir zirveye ulaşmıştır. Bu durumun bir göstergesi olarak, 2015 yılı sonunda her 100.000 kişiden 213'ü mülteci iken; 2023 yılı sonu itibariyle dünya genelinde her 100.000 kişiden 461'i mülteci statüsündedir. 2023 yılı içerisinde 8177 kişi göç yollarında hayatını kaybetmiştir. 2015 yılından itibaren 57.000'den fazla göçmen hayatını kaybetmiş; ancak veri toplama zorlukları ve yetersiz müdahaleler nedeniyle gerçek rakamın daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle de göçmenler sınırlı alternatifler karşısında düzensiz rotalarda hayatlarını riske atmaya devam ettikçe, güvenli ve erişilebilir göç yollarının varlığı bir zorunluluk haline gelmektedir (UN, 2024: 29).

Sonuç olarak devletlerin, göçmen işçileri de kapsayacak şekilde bütün çalışanlara yönelik kapsamlı, yeterli, sürdürülebilir, hak temelli ve toplumsal cinsiyete duyarlı sosyal koruma sistemleri kurması, mevcut sistemleri varsa güçlendirmesi veya yaygınlaştırması gerekmektedir. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine ve diğer sosyal koruma yardımlarına erişim aşamasında karşılaştıkları çeşitli engeller açısından devletler, birbirini dışlamayan bir dizi politika seçeneğini tercih edebilme imkanına sahiptir (ILO, 2021: 34). Aksi durumda göçmen sayısındaki artışın küresel düzeyde ve farklı bölgelerde dikkat çekmesiyle birlikte sosyal koruma alanında farklı sorunlara neden olabileceği aşıkardır. Bu kapsamda ülkelerin sosyal koruma sistemlerinin temel olarak anayasal haklar doğrultusunda ve vatandaşlık temelinde tasarlanmasının bir zorluk olduğu açıklanmaktadır. Bu nedenle de daha kapsayıcı ve insan hakları temelinde tasarlanmış sosyal koruma/sosyal güvenlik sistemlere ihtiyaç duyulmaktadır.

### **3.3. Sağlık ve Sosyal Koruma Temelinde Uluslararası Kuruluşların, Devletlerin ve İşbirliklerinin Önemi**

Küresel kamusal malların sunumu ile alakalı literatürde özellikle Barrett (2002) tarafından farklı sunum yöntemleri yer almaktadır. Barrett (2002)'in ortaya koyduğu model, farklı türdeki küresel kamusal malların yeterli düzeyde sunulabilmesi için hangi türde kurumsal müdahaleler gerekebileceğinin analiz edilmesine yönelik büyük öneme sahiptir. Söz konusu model temel olarak küresel kamusal malların sunumunda devletlerin rolüne odaklanmıştır, ancak 21. yüzyılda küresel kamusal malların sunumu açısından devlet dışı aktörler daha merkezi bir konuma gelmiştir. Her bir küresel kamusal mala ilişkin farklı sunum tekniklerinin öneriliyor oluşu, devlet merkezli yaklaşımların sınırlarını ortaya koymakla birlikte, devlet dışı aktörlerin rolünü küresel kamusal malların analizi aşamasında dahil edilmesi ihtiyacını göstermektedir (Gartner, 2012, 306). Buradan hareketle günümüzde sadece devletlerin küresel kamusal mal üretiminde başat aktör olmadığı, farklı kurum, kuruluş veya iş birlikleri gündemde yer almaktadır. Öncelikle mevcut küresel düzenin anlaşılabilmesi adına sağlık ve sosyal korumaya yönelik temel organizasyonların faaliyetlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu doğrultuda sağlık ve sosyal koruma alanında çeşitli kurum veya kuruluşlar iş birliği yapabilmekte ya da çalışmalar yürütebilmektedir. Ancak sağlıkla ilgili küresel kamusal malların sunumundaki temel sorunlardan birisi, uluslararası düzeyde toplu eylemin en uygun zamanda ve doğru şekilde, hangi kurum veya kuruluş tarafından nasıl sağlanabileceğine yönelik olarak karar alınmasıdır (Smith, 2003). Bununla birlikte küresel düzeyde, sağlık yardımları ile ilgili yetkili herhangi bir kuruluş bulunmamaktadır. Sağlık yardımlarının dağıtımında 100'den fazla kuruluşun süreçte yer almasına rağmen, hiçbir kurum liderlik vasfına sahip değildir. Bu noktada, donör kuruluşların yetki ve rollerinin net bir şekilde tanımlanmadığı görülmektedir. Ayrıca ülkelerin yardım taahhütlerini yerine getirmelerini sağlayabilecek ve donörler ile ülkelerin resmi ve özel yardım akışları için yüzlerce kanalı koordine etmelerine yardımcı olacak mekanizmalar da bulunmamaktadır. Bunlara ilave olarak, yardımın öngörülebilirliğini ve devamlılığını artırmaya, donör prosedürlerini ülke sistemleriyle uyumlu hale getirmeye yönelik acil bir ihtiyaç bulunmaktadır (Schieber vd., 2006: 48-49).

Öte yandan bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye yönelik programlar genellikle hastalık bazında gerçekleşmektedir. Bu husus küresel kamusal mal perspektifinden bakıldığında pozitif bir durum olarak değerlendirilebilmektedir. Bu programlar ile finansman, bilgi ve iş birliğinin

her bir hastalığa özgü kamusal mal üretimine odaklanması gerekmektedir. Bu nedenle uluslararası toplumun, hedeflenen sağlık politikası sonuçlarına ulaşabilmesi amacıyla için DSÖ gibi kuruluşları yatay programlarla, sağlık sektörü programlarını dikey, çok sektörlü ve çok düzeyli girişimlerle tamamlamaya teşvik etmelidir (Kaul ve Faust, 2001: 872). DSÖ ve ILO, sağlık, işgücü, mesleki sağlık standartları ve sosyal sigorta konularında birbirine yakın çalışmalar yürütmektedir (Yeates ve Pillinger, 2019; Koivusalo ve Ollila, 2022: 281).

Dolayısıyla sağlık alanında ve sağlık sektörü ile bağlantılı diğer kalkınma alanları arasında uluslararası iş birliğinin yapılması zorunluluk arz etmektedir (Chen vd.,1999: 297). Bu noktadan hareketle küresel kamusal malların uluslararası organizasyonlar aracılığıyla veya diğer iş birliği rejimleri gibi küresel aktörler tarafından sağlanması, bir ihtiyaç ve ekonomik gereklilik olarak kendini göstermektedir (Schomaker, 2017: 124). Ancak küresel sağlık düzleminde mevcut örgütsel yapıların karmaşıklığı; uluslararası kuruluşlar, ulusal devletler ve özel sektör tarafından oluşturulan iş birliklerinin analizinin yapılmasını zorlaştırabilmektedir (Gediz Oral ve Fazlılar, 2019: 250). Buna rağmen mevcut durumun daha net bir şekilde ortaya koyulabilmesi adına tez çalışması kapsamında çeşitli organizasyon ve kuruluşların sağlık ve sosyal koruma alanındaki faaliyetleri değerlendirilmektedir.

### **3.3.1. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Çalışmaları**

Öncelikle DSÖ'nün kuruluşu süreci, İkinci Dünya Savaşı'ndan hemen sonra, 1945 yılında San Francisco'da düzenlenen BM Uluslararası Örgütler Konferansı'nda yeni bir uluslararası sağlık örgütü kurulması kararının alınmasının ardından, bir yıl sonra New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'nda Dünya Sağlık Örgütü Tüzüğü'nün onaylanması ile başlamıştır. Akabinde Birinci Dünya Sağlık Kurulu 1948 yılında Cenevre'de toplanmış ve örgütün önceliklerini sıtma, tüberküloz, zührevi hastalıklar, anne ve çocuk sağlığı, sağlık mühendisliği ve beslenme olarak belirlemiştir (McCarthy, 2002: 1111). DSÖ kurulurken, uluslararası sağlık çalışmalarında yönlendirici ve koordine edici otorite olarak hareket etme yetkisi olan ve bütün bireylerin mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine ulaşması hedefi üzerinde şekillenen bir kuruluş olarak tasarlanmıştır (Brown, Cueto ve Fee: 2006: 64). Ayrıca kurulduğu dönemde kolera salgınının yaşanmasının bir sonucu olarak, örgütün çalışmalarının hastalık temelli bir odaklanma ile başladığı ifade edilebilmektedir (Cueto vd., 2019). Bu kapsamda, tek konu ya da hastalık ile mücadele etme odaklı girişimlerin dikey programlar şeklinde faaliyet gösterdiği görülmektedir. Bu programlar, ülkelerdeki sağlık sistemlerine

odaklanan daha yatay programlar aracılığıyla çalışmak yerine genellikle ayrı yapılar olarak sürdürülmektedirler (Koivusalo ve Ollila, 2022: 279). 1978 yılında DSÖ tarafından toplanan Alma-Ata Konferansı'nda, mümkün olan en yüksek sağlık ve refah düzeyini ve bunların adil dağılımını sağlamayı amaçlayan tüm toplumu kapsayan bir sağlık yaklaşımı vurgulanmıştır (Gatti, 2024: 11).

DSÖ'nün kurulduğu dönem göz önünde bulundurulduğunda, uluslararası sağlık çalışmaları konusunda koordinasyon sağlama amacıyla kurulduğu vurgulanmaktadır. Ancak 1980'li yıllardan bu yana, neo-liberal politikalara yönelim ve küreselleşmenin hız kazanmasıyla birlikte, sağlığın bütünsel bir bakış açısıyla değerlendirilmesi yerine, sadece hastalıkların kontrolüne odaklanan, kamu kesiminin sistem içindeki rolünü sorgulayan ve düzenleyici rolünü ön plana çıkaran bir bakış açısına göre değerlendirilmektedir (Gediz Oral, 2016).

Ayrıca DSÖ'nün genel kurumsal yapısı ile ilgili şu temel hususlar vurgulanabilmektedir. Bu kapsamda kurumsal açıdan DSÖ; sekreteryaya, Dünya Sağlık Asamblesi, İcra Kurulu ve bölgesel ve ülke ofislerden oluşan bir organizasyon şemasına sahiptir. 194 üye ülkenin bulunduğu örgüt altı bölgesel ofisi bünyesinde barındırmakta ve küresel sağlık hedeflerine ulaşılabilmesi amacıyla çalışmaktadır. Dünya Sağlık Asamblesi, DSÖ'nün karar alma organıdır. Asamble tüm üye devletlerin delegasyonlarının katılımıyla gerçekleştirilmekte ve Yönetim Kurulu tarafından hazırlanan sağlık gündemine odaklanmaktadır. Bununla birlikte, Dünya Sağlık Asamblesi'nin temel işlevleri; örgütün politikalarını belirlemek, Genel Direktörü atamak, mali politikaları denetlemek ve önerilen program bütçesini gözden geçirmek ve onaylamaktır. İcra Kurulu ise, üç yıllık dönemler için seçilen teknik açıdan nitelikli 34 üyeden oluşmaktadır. Kurul'un temel işlevleri, Sağlık Asamblesi'nin karar ve politikalarını uygulamak, tavsiyelerde bulunmak ve genel olarak çalışmalarını kolaylaştırmak olarak sıralanabilmektedir. Sekreteryaya ise örgütün ihtiyaç duyduğu idari ve teknik görevlilerden oluşmaktadır. Birleşmiş Milletler Üyesi olan bütün ülkeler DSÖ Anayasasını kabul ederek örgüte üye olabilmektedirler. Diğer ülkeler, başvuruları Dünya Sağlık Asamblesi'nin salt çoğunluk oyu ile onaylandığı takdirde üye olarak kabul edilebilmektedir (DSÖ, 2025).

DSÖ'nün kurucu antlaşması ile örgüte uluslararası sağlık çalışmalarını yönlendirme ve iş birliğini sağlama konuları temel olmak üzere çeşitli işlevler verilmiştir. Örgütün en önemli işlevlerinden biri de normatif işlev olup, bu konuda yetkili organ DSÖ Anayasası 19. ve 23. madde hükümleri çerçevesinde Dünya Sağlık Asamblesi olarak belirlenmiştir. Söz konusu

maddeler çerçevesinde Asamble, örgütün yetki alanı kapsamındaki meselelere ilişkin sözleşme, tavsiye ve bazı konularda tüzükler kabul edebilmektedir. Gerek sözleşmeler gerek tüzükler taraflar açısından bağlayıcı hukukî etkiyi haizken; Asamble tarafından kabul edilen tavsiyelerin üye devletler açısından bağlayıcı gücü bulunmamaktadır. Bununla birlikte uygulamada Asamblenin, taraflar açısından bağlayıcı olan sözleşmelerin ve tüzüklerin kabulüne istisnai olarak başvurduğu, bu kapsamda daha ziyade tavsiyelerden yararlandığı görülmektedir (Samancı, 2016: 83-84). Dünya Sağlık Asamblesi ise üye devletleri temsil eden ulusal sağlık bakanlıklarına karşı sorumludur. Esasen küresel sağlık politikası açısından kurumsal mimarinin kilit unsurlarından biri olarak DSÖ kurumsal, normatif ve siyasi role sahip olabilmektedir. Küresel sağlık sorumluluğu açısından, sağlık politikası oluşturma ve standart belirleme bir BM özel kuruluşu olarak DSÖ'ye verilmiştir. DSÖ'nün kuruluş tüzüğü oldukça geniş olmakla birlikte, temel olarak “tüm insanların mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine ulaşması” misyon olarak belirlenmiştir (Koivusalo ve Ollila, 2022: 279-280). Bu kapsamda Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, sağlık alanındaki küresel bağlayıcı sözleşme olarak yer almaktadır. Bu durum DSÖ'nün normatif karar alabilme kudretinin olduğunu ancak; siyasi veya kurumsal tercihlerle alınan kararların çoğunun ülkeler için bağlayıcı olmadığını ve gönüllü uygulama esasına dayandığını, dolayısıyla da etkisinin tartışılabilir nitelikte olduğunu göstermektedir.

Mevcut durum çerçevesinde, bir parantez açıp vurgulamak gerekirse DSÖ'nün faaliyetlerinin büyük bir kısmının teknik standartlar, kılavuzlar, tanı kriterleri ve referans çalışmalarıyla ilgili olduğu görülmektedir. DSÖ aynı zamanda kıyaslama ve ulusal politika önceliklerinin belirlenmesine yönelik olarak bir temel oluşturan rehber ve kılavuzlar yayınlamaktadır (Koivusalo ve Ollila, 2022: 280). Yalnızca bulaşıcı hastalıklar temelinde değil, diğer boyutlarıyla halk sağlığı, kanser, diyabet, obezite, ruh sağlığı, üreme sağlığı, tütün ve alkol kullanımı, çevre sağlığı, beslenme, yaşlanma, su ve hijyen gibi birçok temel sağlık konusu DSÖ çalışma alanları arasında yer almaktadır. (Buzgan ve Güner, 2020: 138).

Kuruluşundan 2000'li yıllara gelindiğinde ise uluslararası sağlık alanında değişim görüldüğü vurgulanmaktadır. Bu bağlamda DSÖ'nün liderliğinin küresel sağlık alanında artan aktör sayısına bağlı olarak zayıfladığı çıkarımına ulaşılmaktadır. Dünya Bankası (DB) ve diğer BM kuruluşlarının yanı sıra bölgesel kalkınma banka ve fonları, çok uluslu büyük ilaç şirketlerinin oluşturduğu özel şirketler ve giderek artan sayıda sivil toplum kuruluşunun

oluşturduğu kâr amacı gütmeyen sektör, küresel sağlık alanında rol talep eden pozisyona gelmiştir (Walt, 1998: 435-436).

Ayrıca 2023 yılında ortaya konulan Siyasi Deklarasyon ile, herkes için, her yerde sağlık hizmetine erişimini hızlandırılmasına yönelik bir yol haritası sunulmuştur. Bu kapsamda sadece bireyleri ve toplulukları merkeze almak amacıyla değil, aynı zamanda COVID-19 salgını sırasında daha belirgin bir şekilde önemi fark edilen etkili acil durumun önlenmesi, hazırlık, müdahale ve iyileştirme amacıyla da kritik öneme sahip olan birinci basamak sağlık hizmetleri yaklaşımına dayalı olarak sağlık sistemlerinin güçlendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (DSÖ, 2024a: 43).

Ayrıca DSÖ'nün küresel standart belirleme kurumu olarak rolü dönem dönem farklı kaynaklar tarafından eleştiriye maruz kalmakta ve baskıya uğrayabilmektedir. Tütün endüstrisinin DSÖ'ye ve tütün kontrolü alanındaki faaliyetlerine karşı yürüttüğü lobi faaliyetleri bu kapsamda örnek olarak gösterilebilmektedir. Bu bağlamda DSÖ'nün ilaç politikaları, ilaç kullanımı ve ilaçlara erişim konusundaki çalışmaları ve Ar-Ge konusundaki girişimleri dönem dönem, ilaç endüstrisi tarafından lobi faaliyetlerine maruz kalmaktadır. Tütün ve ilaç endüstrilerinin yanı sıra DSÖ, alkol, şeker, soda ve fast food endüstrilerinin de lobi faaliyetlerinin hedefi olabilmektedir (Fooks ve Gilmore, 2013: 6; Koivusalo ve Ollila, 2022: 281).

DSÖ'nün mali yapısına ilişkin çeşitli eleştiriler söz konusu olmaktadır. Gönüllü fonların genel bütçe içerisindeki payı, DSÖ'nün özerkliğinin önünde engel olarak yer almaktadır. Bütçe dışı fonlar ise farklı bir boyuta işaret etmektedir. Bu doğrultuda bütçe dışı fonların DSÖ'nün bölgesel yapısının ve farklı yönetim düzeyleri arasındaki ilişkileri zayıflatabileceği iddia edilmiştir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerin çıkarlarının tehlikeye düşmesi, sundukları katkıları bir baskı unsuru olarak kullanarak geri çekme konusunda araç olarak kullanabileceklerdir (Missoni, 2008). Ayrıca DSÖ tarafından son dönemde DB ile iş birliği yaparak ve örgüt tarafından hazırlanan raporlara bağlı olarak bankanın kredi vermesi sonucunda DSÖ'nün sağlık hizmetleri üzerindeki etkinliğini kaybettiğine yönelik olarak da eleştiriler bulunmaktadır. Bu gelişmeler göz önünde bulundurulduğunda, sağlık alanında çatı görevi gören DSÖ'ye karşı güvensizlik oluşabilmekte ve devletlerin tavsiye kararlarını yerine getirme noktasında tereddüte düşerek, ortak eylem yürütme ve karar alma ihtimali azalabilmektedir. Bu durum DB'nin finansal etkisiyle sadece belirli alan ve program/projelerde DSÖ'nün ulus devletlerle iş birliği

yapabildiğini diğer alanlarda etkisinin belirsiz olduğunu ortaya koyabilmektedir (Pertekli, 2023: 155).

Bununla birlikte zaman içinde DSÖ'nün bütçesinin dondurulmasına bağlı olarak, DB'nin DSÖ üzerindeki etkisi zamanla artmış ve küresel alanda yer alan aktörlerin, yüksek gelirli ülkelerin gönüllü katkılarına artan şekilde bağımlı hale gelmeye başlamıştır. 20. yüzyılın başında yeni güçlü aktörlerin sahnede yer almasıyla birlikte, küresel sağlık yönetişimi farklı çıkarlara ve güçlere sahip oyuncularla dolup taşmıştır. Hem BM içindeki hem de sistem dışındaki (şirketler, G8 ülkeleri, Küresel Kamu-Özel Sektör Ortaklıkları, küresel siyasi ve ekonomik ortam gibi) faktörler sağlığın ticarileştirilmesi yönünde baskı oluşturmuş ve küresel politika yapımını etkilemiştir. Böyle bir ortamda “Herkes için sağlık” mottosuyla şekillenmeye çalışan DSÖ'nün, kuruluşunda temel aldığı asıl yetki ve otoritesini geri kazanmasına yönelik adımlar atması gerekmektedir (Missoni, 2008).

### **3.3.1.1. Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST)'nün Önemi**

DSÖ'nün küresel sağlık alanındaki rolünün, 2005 yılında UST'nin müzakere edilmesi sonucunda güçlendiği belirtilmektedir. Bu bağlamda UST bir sözleşme olarak değil, sınırları aşabilen ve çok sayıda ülke için önem arz eden ciddi halk sağlığı sorunlarını ve acil durumları önlemeyi ve bunlara müdahale etmeyi amaçlayan yasal bir anlaşma olarak nitelendirilebilmektedir (Fidler ve Gostin, 2006: 86). UST, DSÖ'ye müdahale için sınırlı haklar sunmakla birlikte, uluslararası halk sağlığı tehditlerine karşı harekete geçmesi için gerekli hareket alanı sağlamaktadır. UST, DSÖ'ye Uluslararası Önem Arz Eden Halk Sağlığı Acil Durumu ilan etme hakkı vermekte, bu da devletlerin meşru bir şekilde diğer ülkelere ticareti ve seyahati kısıtlamasına imkân tanımaktadır. Ancak DSÖ, 2009 yılındaki Küresel Domuz Gribi (H1N1) pandemisi ilanında çok erken davrandığı ve 2014'te Ebola konusunda çok geç hareket ettiği için eleştirilmiştir (Koivusalo ve Ollila, 2022: 280).

Ayrıca UST, DSÖ Anayasasının 21. ve 22. maddelerine dayanılarak üye ülkelerin de talepleri doğrultusunda, hastalıkların uluslararası yayılımını önlemek için tasarlanmış karantinaya alınabilir altı hastalığa yönelik olarak hazırlanan ve DSÖ'ye üye 194 ülke ve toplam olarak 196 ülke açısından bağlayıcı bir belge niteliğine sahiptir. İlk Tüzük 1951 yılında Uluslararası Sıhhi Tüzüğü olarak kabul edilmiştir. UST, ilk kez 1969 yılında gerçekleştirilen Uluslararası Sağlık Asamblesi'nde kabul edilmiş ve 1973 ve 1981 yıllarında yenilenerek güncellenmiştir. Mevcut durumda ise 2005 yılında kabul edilip 2007 yılında yürürlüğe girmiştir

(DSÖ, 2016: 1). Mevcut UST'nin ikinci maddesinde tüzüğün amacı ve kapsamı “halk sağlığı riskleriyle orantılı ve bunlarla sınırlı olacak ve uluslararası trafik ve ticarete gereksiz müdahaleden kaçınacak şekilde hastalıkların uluslararası yayılmasını önlemek, bunlara karşı korunmak, bunları kontrol etmek ve halk sağlığı müdahalesi sağlamak” olarak açıklanmıştır (DSÖ, 2016: 10).

Bu amaçla bağlantılı olarak UST'ye göre üye ülkeler, uluslararası öneme sahip halk sağlığı acil durumlarını tespit etmek ve DSÖ'ye bildirmekle yükümlü kılınmıştır. Ayrıca UST'de ülkelerin bu durumları tespit edebilmesine yönelik olarak gerekli kapasiteler tanımlanmakta ve üye ülkenin, tespit ettiği olayı 24 saat içinde DSÖ'ye bildirmesi gerekmektedir. UST kapsamında belirli hastalıklar için oluşturulan Acil Durum Komiteleri, bu hastalıkların küresel sağlık gündeminde öncelik haline getirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Buzgan ve Güner, 2020: 139). Ayrıca UST halk sağlığı sistemi altyapısına ilişkin bütün ülkelerin sekiz temel başlığı geliştirmesini, güçlendirmesini ve sürdürmesini gerektirmektedir. Söz konusu başlıklar şöyle sıralanmaktadır: ulusal mevzuat, politika ve finansman, koordinasyon ve ulusal irtibat noktası, gözetim, müdahale, hazırlık, risk iletişimi, insan kaynakları ve laboratuvar. Bununla birlikte ülkeler arasında değişen sağlık ve sosyoekonomik kalkınma seviyeleri göz önüne alındığında, bu gerekliliklerin uygulanmasında zorluklar yaşanmaktadır (Suthar vd., 2017: 110).

### **3.3.1.2. Evrensel Sağlık Kapsamı (ESK)'nın Özellikleri ve Sağlık ile Sosyal Korumayı Kapsayan Boyutu**

ESK, bütün bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine, ihtiyaç duydukları zaman ve yerde, finansal zorluk yaşamadan erişebilmeleri anlamına gelmektedir. Bu kapsam sağlığın sürekliliği, önleme, tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakıma kadar temel sağlık hizmetlerinin tamamını içermektedir. ESK'nın erişilebilmesi açısından ülkelerin, hizmet sunulan toplumlarda kök salmış güçlü, verimli ve adaletli sağlık sistemlerine sahip olması gerekmektedir. Dolayısıyla temel sağlık hizmetleri bu hedefe ulaşılabilmesinin en etkili ve uygun maliyetli yolu olarak belirtilmektedir. Bu kapsamda temel sağlık hizmetlerine yatırım yapılması, toplumsal ihtiyaçların belirlenmesi, önceliklendirilmesi ve bütünleşmiş bir şekilde ele alınması ve sağlık ve refahı etkileyen çevresel ve sosyoekonomik faktörlerle yüzleşilmesine katkıda bulunulması anlamına gelmektedir (DSÖ, 2025a). Bu doğrultuda DSÖ, ESK'nın temeli olarak sağlık sistemlerinin temel sağlık hizmetlerine doğru yeniden yönlendirilmesini önermektedir.

Tez çalışması ile bağlantılı olarak düşünöldüğünde ve sağlık harcamaları ile derin yoksulluk arasındaki ilişki göz önünde bulundurulduğunda, ESK yalnızca sağlık hizmetlerinden faydalanmayı artırmanın bir yolu olarak değil, aynı zamanda bireyleri ve aileleri yüksek sağlık harcamalarından koruyarak aşırı yoksulluğu ortadan kaldırmanın bir aracı olarak da değerlendirilmektedir. Dolayısıyla finansal risk koruma önlemleri, bireylerin ve ailelerin sağlık hizmetleri için yapılan doğrudan ödemeler nedeniyle ekonomik olarak dezavantajlı duruma düşmesini engelleyebilmektedir. Bu bağlamda ESK, küresel sağlık politikalarına entegre olunmasının, yoksulluğun azaltılmasının ve sosyal eşitsizliklerin ortadan kaldırmasının etkili bir aracı olarak da değerlendirilmektedir. Ayrıca, ESK'nın uygulanması ile devletler bütün vatandaşlarının refahının artırılması konusunda önemli bir adım olarak öne geçmektedir (Darrudi vd., 2022: 125-133). Ancak uygulama aşamasında farklı sorunlarla karşılaşılabilir. Bu bağlamda ESK'ya ulaşmada karşılaşılan sorunlar: yönetimde, kaynak yaratılmasında, finansmanda, hizmet sunumunda karşılaşılan sorunlar olmak üzere dört grupta incelenmektedir. Aşağıdaki Tablo 3.11'de bu ayırım yer almaktadır.

**Tablo 3.11. ESK’ya Ulaşılmasında Karşılaşılan Sorunlar**

| <b>SORUN TÜRLERİ</b>                          | <b>SORUNLAR</b>                                                                                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Yönetimde Karşılaşılan Sorunlar</b>        | Sağlık Bakanlığı'nın genel yapısı içinde idari koordinasyon eksikliği                                |
|                                               | Kamu sağlığına ilişkin ortak sorunlar                                                                |
|                                               | Sağlık çalışanı verilerinin eksikliği ve sınırlı kullanımı                                           |
|                                               | Bir sosyal yardım programının tasarlanması ve nüfus, hizmet ve maliyet açısından önceliklendirilmesi |
|                                               | Sigorta sisteminde yönetsel verimsizlikler                                                           |
|                                               | Yetersiz devlet finansmanı                                                                           |
|                                               | Paydaş desteğinin eksikliği                                                                          |
|                                               | Kamu kuruluşlarına karşı duyulan güvensizlik                                                         |
|                                               | Küresel ticaretin serbestleşmesi                                                                     |
| <b>Kaynak Yaratmada Karşılaşılan Sorunlar</b> | Yetersiz insan kaynağı                                                                               |
|                                               | Sağlık çalışanlarının çalışma ve performans zorlukları                                               |
|                                               | Yetersiz sağlık altyapısı                                                                            |
|                                               | Yetersiz tıbbi tesisler                                                                              |
|                                               | Kamu sağlığına yönelik kaynak tahsisinde adaletsizlik                                                |
|                                               | Teknoloji, ekipman ve malzeme eksikliği                                                              |
| <b>Finansmanda Karşılaşılan Sorunlar</b>      | Gelir tahsilatı                                                                                      |
|                                               | Birey ve hizmetleri koruyan sağlık sigortası kapsamı eksikliği                                       |
|                                               | Satın almada yaşanan sorunlar                                                                        |
| <b>Hizmet Sunumunda Karşılaşılan Sorunlar</b> | Düzensiz hizmet sisteminin varlığı                                                                   |
|                                               | Bulaşıcı olmayan hastalıkların artan yükü                                                            |
|                                               | Kalite eksikliği                                                                                     |
|                                               | Nüfusun yaşlanması                                                                                   |
|                                               | Sağlık hizmeti sunumunda yaşanan eşitsizlikler                                                       |
|                                               | Karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarının artması                                                          |
|                                               | Hizmet kapasitesinin artırılmasında karşılaşılan başarısızlıklar                                     |
|                                               | Sağlık kapsamının genişletilmesi                                                                     |
|                                               | Sağlık hizmetlerinin hızlı bir şekilde özelleştirilmesi                                              |
|                                               | Öncelikli taleplerin farkına varılmaması                                                             |

Kaynak: Darrudi, Khoonsari ve Tajvar, 2022: 129-130 çalışması temel alınarak tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 3.11 ile benzer şekilde küresel sağlık yönetişimi ve sağlık politikaları açısından temel zorluklardan biri de kurumsal aktörlerin ve çıkar gruplarının sağlık politikası önceliklerini etkileyebilmesi nedeniyle yapılan ulusal ve küresel düzenlemeler ile gelirin sağlık için yeniden dağıtımı arasında bağlantı kurulmasının sağlanmasıdır. Bu nedenle küresel salgınların yaşandığı dönemler, küresel sağlık iş birliğinin ve küresel sağlık politikasının merkezinde yer alan normatif politikalara katılımın önemini ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla SKA ile ilişki kurma ihtiyacı hem ESK’ya odaklanması bağlamında hem de sağlık, yoksulluk ve eşitsizlikler arasındaki karşılıklı bağlantılar açısından kabul edilmektedir. SKA’yı ele alınması ve herkesin sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanabilmesi amacıyla, küresel sağlık politikalarının hem ülkeler arasında hem de ülkeler özelinde kaynakların yeniden dağıtımına daha fazla odaklanması gerekmektedir (Koivusalo ve Ollila, 2022: 291).

Öte yandan Dünya nüfusunun yarısından fazlası hâlâ temel sağlık hizmetlerine erişimden yoksun kalmaktadır. Ayrıca her yıl yaklaşık 70 milyon kişinin, sağlık hizmetlerini kendi bütçeleri ile finanse etmeleri nedeniyle yoksulluğa sürüklenmektedir. Bu durumun, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlık hakkını etkin bir şekilde kullanmalarını büyük ölçüde engellediği ve sağlık hizmetlerine erişim açısından eşitsizliklere neden olduğu için uluslararası boyutta harekete geçilmesi gerekmektedir. Bu nedenle ESK2030 gündemi kapsamında sekiz faaliyet alanı belirlenmiştir. Söz konusu faaliyet alanları şu şekilde sıralanmaktadır (ESK, 2023: 4-12):

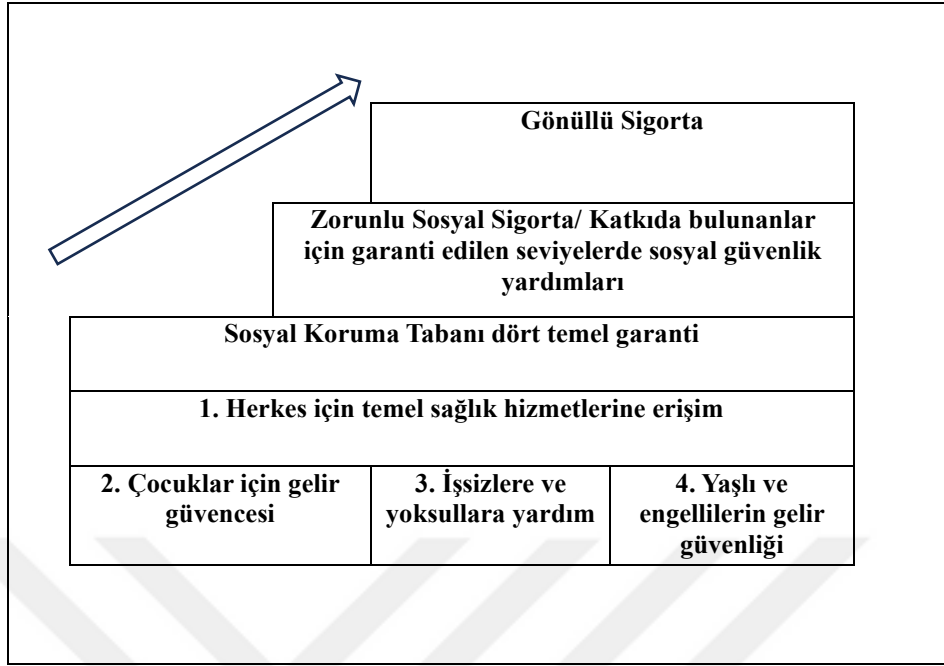
- ESK için siyasi liderliğin desteklenmesi,
- Kimsenin geride bırakılmaması,
- Gerekli yasa ve yönetmeliklerin kabul edilmesi,
- Yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmak için sağlık ve bakım işgücünün güçlendirilmesi,
- Daha fazla ve daha iyi yatırım yapılması,
- ESK'ya doğru birlikte hareket edilmesi,
- Sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitliğinin garanti altına alınması,
- ESK ve sağlık güvenliği arasında bağlantı kurulmasıdır.

ESK2030'un stratejik hedefi, ESK için siyasi kararlılığın ve kolektif eylemin harekete geçirilmesi olarak belirtilmektedir. Bu kapsamda ESK için seslerin duyurulması, iş birliğinin geliştirilmesi ve bilgi ve ağların paylaşılması olmak üzere üç alanda sonuca ulaşmak hedeflenmektedir. ESK2030, çok sayıda paydaşın bağlantı kurması, birlikte çalışması ve ulusal ve uluslararası taahhütleri etkileyebilmesine yönelik olarak küresel bir platform ve alan sağlamaktadır (ESK2030.org). Bu doğrultuda, gelişmiş bir dünya hedefine ulaşılabilmesi her bir bireyin sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması ile mümkün hale gelebilecektir. Bu nedenle ESK'nın, politik bir seçim olduğu ve uygulayıcılarının politikacılar olduğu göz önünde bulundurularak kapsama ulaşabilmek için tüm bileşenleriyle benimsenmesi ve uygulanması gerekmektedir (Pınarbaşı ve Piyal, 2022: 388). ESK, bireylerin ekonomik durumlarını da göz önünde bulundurarak sağlık hizmetine erişimin sağlanmasına yönelik kapsam oluşturma amacı taşımaktadır. DSÖ tarafından ortaya konulan uygulama ve politikalar bir bütün olarak incelendiğinde ise öncelikle hastalık temelli ve küresel lider olarak kurulduğu ancak süreçte hem politikalarının hem de küresel sistem içinde etkisinin dönem dönem değiştiği ifade

edilmektedir. DSÖ tarafından alınan kararlar ülkeleri yönlendirmeye yönelik, oluşturulan program ve projeler ise spesifik konu veya hastalık bazlı olmaktadır. Son dönemde konulan hedeflerde sadece sağlık ve sosyal korumanın birlikte değerlendirilmeye başlandığı görülmektedir. Ancak bu hedeflere ulaşılması açısından sadece gönüllü politika uygulamaları yeterli sonucu vermeyebilmektedir.

### **3.3.2. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)’nun Çalışmaları**

Tarihi perspektiften değerlendirildiğinde ILO, 1919'da sosyal sigortanın koruyucusu olma amacıyla kurulmuştur. 1940'lardan sonra ise daha geniş anlamda sosyal güvenlik fikrinin koruyucusu olarak hareket ettiği görülmektedir (Rodgers vd., 2009, 154). Bu bağlamda ILO, uluslararası alanda ortak çalışma ve sosyal standartlar belirleme ve koruma görevini, I. Dünya Savaşı sonrası dönemde hâkim olan sosyal demokrat iklimden almıştır. Dolayısıyla ILO'nun temel çalışma stratejisinin, çalışma standartlarını ve sosyal güvenlik alanında yapılan uygulamalara yönelik sözleşmelerinin imzalanıp onaylanması için devletleri ikna etmek şeklinde olduğu görülmektedir. Bu çerçevede ILO'nun sadece devletler sözleşmeleri onayladığında bu sözleşmelerin uygulanmasını talep etme yetkisi bulunmaktadır. Gerçekten de söz konusu dönemdeki yer alan sözleşmeler sadece çalışma standartlarıyla ilgili konularda düzenlenmiştir. II. Dünya Savaşı sonrası dönemde ise hâkim olan Keynesyen iklim ile ILO, kalıcı barışın ancak sosyal adalet temelinde mümkün olabileceğini ve bu durumun da insanların ekonomik güvenlik ve fırsat eşitliğine sahip olma hakkını gerektirdiğini ileri süren bir anlayışla hareket etmiştir. Bu nedenle, 1950-1980 arası dönemde ILO, onaylanması durumunda iyi işleyebilecek bir sosyal güvenlik sistemini destekleyen çok sayıda sözleşme oluşturmuştur. Bu sözleşmeler genellikle; istihdam politikası, insan kaynaklarının geliştirilmesi, sosyal güvenlik, sosyal politika, ücret belirleme mekanizması, çalışma koşulları, endüstriyel ilişkiler ve kadın, çocuk ve yerel halkın korunması konularını kapsamaktadır (Deacon, 2013: 26). Şekil 3.3'te ILO'nun merdiven modeli yer almaktadır.



**Şekil 3.3. ILO'nun Merdiven Modeli**

Kaynak: Uluslararası İşverenler Örgütü (IOE), 2011: 3.

Yukardaki şekilde yer alan modele göre, bir bütün olarak sosyal koruma değerlendirilmekte ve modelin ilk basamağını sosyal koruma tabanı oluşturmaktadır. Bu yönüyle sosyal korumaya ilişkin temel dört unsurun sosyal koruma tabanında yer alması gerekmektedir. Merdivenin ikinci basamağını zorunlu sosyal sigorta oluştururken; üçüncü basamağını ise gönüllü sigorta oluşturmaktadır. Bu doğrultuda yukarıya doğru çıkıldıkça koruma kapsamının genişlediği görülmekle birlikte; ilk basamağın herkesi kapsayacak şekilde planlanması ve uygulanması gerektiği vurgulanabilmektedir.

Bu aşamada sosyal güvenliğin genişletilmesinin dikey ve yatay olmak üzere iki şekilde olmaktadır. Dikey sosyal güvenlik yardımların düzeyinin artırılmasıyla ilgiliyken; yatay sosyal güvenlik ise kapsanan kişi sayısının artırılmasını amaçlamakta ve sosyal koruma tabanının ilk bileşeninin temelini oluşturmaktadır. Bu kavram ILO tarafından özellikle sosyal korumanın yatay olarak genişletilmesi için geliştirilmiştir (IOE, 2011: 3). Bahsi geçen bu hususlar Şekil 3.3'te yer almaktadır.

ILO'nun Merdiven Modeli ile oluşturulan çerçeve ile evrensel sosyal korumanın, herkesin yaşamı boyunca kapsamlı, yeterli ve sürdürülebilir korumaya erişimini ve ihtiyaç duyduğunda gerekli olan yardımlara erişebilmesini sağlayan sosyal koruma sistemlerini ifade

ettiğini belirtmek yerinde olacaktır. Bu yaklaşım, 2021 yılında Uluslararası Çalışma Konferansında (International Labour Conference) hükümetler, işverenler ve işçiler tarafından yeniden teyit edilmiş ve Evrensel Sosyal Koruma için Küresel Ortaklık (Global Partnership for Universal Social Protection) tarafından desteklenmiştir. Bununla birlikte hak temelli bir yaklaşım olarak bu kavramın, yoksul olarak tanımlanan belirli sayıda bir grup insanı hedef alan asgari düzeyde destek sağlayan sosyal güvenlik ağı kavramından farklı bir niteliği bulunmaktadır. Ayrıca sosyal güvenlik ağı bazı alanlarda yasal güvencelerden yoksun ve genellikle yetersiz, etiketleyen ve erişilmesi zor bir yapıya sahip olabilmektedir. Bu nedenle de sosyal koruma tabanı inşa edilerek, herkesin yaşamı boyunca en azından temel sağlık hizmetlerine ve temel gelir güvencesine evrensel erişimini garanti eden ulusal bir sosyal koruma sisteminin temel unsuru sağlanabilecektir (ILO, 2024: 6). Bu durum esasında sosyal korumanın kapsayıcılığının sağlanabilmesi ve kamusal boyutu için oldukça önemlidir.

Öte yandan ILO tarafından yayınlanan 2024 Dünya Sosyal Koruma Raporu'nda sosyal koruma için politika yönlendirmeleri yer almaktadır. Bu kapsamda evrensel sosyal korumaya ulaşılabilmesine yönelik olarak şu başlıklar üzerinde durulmaktadır (ILO, 2024: 217-219):

- Sosyal korumanın, bireylerin ilk etapta yoksulluk tuzağına düşmekten korunmasında daha önemli bir rol oynaması amacıyla yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Dolayısıyla yoksulluğu azaltmak yerine yoksulluğu önlenmesine yönelik sosyal koruma politikaları tasarımı önem arz etmektedir.
- Sağlık hizmetlerine erişim ve gelir güvencesi de dahil olmak üzere en azından temel düzeyde sosyal güvenliği garanti eden ulusal olarak tanımlanmış bir sosyal koruma zemininin sağlanması gerekli bir niteliğe sahiptir. Özellikle çoklu krizlerin yaşandığı dünyada ulusal sosyal koruma sistemlerinin temeli olarak sağlam bir sosyal koruma zemininin sağlanması gerekmektedir.
- Adil bir geçişin sağlanabilmesi için ülkelerin sosyal koruma sistemlerini, sosyal korumanın farklı dallarında kapsamlı ve yeterli koruma sağlayacak şekilde güçlendirmeleri gerekmektedir. Böylelikle daha yüksek koruma seviyelerine ulaşarak yeterli düzeyde sosyal koruma sağlanabilecektir.
- Sosyal korumanın yaygınlaştırılması aynı zamanda kayıt dışı ekonominin büyüklüğünün azaltılabilmesi için de bir ön koşul niteliği taşımaktadır. Ayrıca yoksulluğun ortadan kaldırılması ve eşitsizliklerin azaltılması açısından büyük bir

etkiye sahip olabilmektedir ve böylelikle üretkenlik ve istihdam artışına katkı sağlayabilmektedir.

- Sosyal koruma, sağlık, eğitim ve mesleki becerilerin gelişimi gibi beşerî kapasiteye yatırımı destekleyebilmekte, işsiz çalışanların yeniden kalifiye olmalarına ve yeni bir iş bulmalarına yardımcı olabilmekte ve yaşlı bireylerin insan onuruna yakışır bir şekilde emekli olmalarını sağlayabilmektedir. Bütün bunlar da evrensel sosyal korumanın ekonomik getirilerinden faydalanılabilmesi için fırsat olarak değerlendirilebilmektedir.

ILO tarafından çeşitli sözleşme ve öneriler kapsamında belirlenen uluslararası sosyal güvenlik standartları; hak temelli, kapsamlı ve sürdürülebilir sosyal koruma programlarının ve sistemlerinin tasarlanmasına yönelik temel referanslar olarak küresel çapta kabul görmeye başlamıştır. Bu standartlar aynı zamanda uluslararası insan hakları belgelerinde belirtilen sosyal güvenlik hakkına anlam kazandırarak, bu hakkın hayata geçirilmesi ve sosyal korumaya yönelik hak temelli bir yaklaşımın etkili bir şekilde uygulanması için temel araç niteliğindedir. Dolayısıyla uluslararası sosyal güvenlik standartları, işverenler ve işçilerle istişare halinde sosyal güvenlik yasası hazırlanması ve uygulanması, idari ve mali yönetim çerçevelerinin oluşturulması ve sosyal koruma politikaları geliştirme arayışında olan devletlere yol gösterebilmektedir. Daha spesifik olarak, bu standartlar aşağıdaki unsurlara yönelik olarak temel referans niteliği taşımaktadır (ILO, 2024: 253):

- Sosyal güvenliğin yaygınlaştırılmasına yönelik stratejiler de dahil olmak üzere ulusal sosyal koruma politikalarının hazırlanması,
- Kapsamlı ve sürdürülebilir ulusal sosyal koruma sistemlerinin geliştirilmesi ve evrensel sosyal korumaya aşamalı olarak erişilmesi,
- Katkı payı ödemeli veya vergilerle finanse edilen sosyal güvenlik programlarının tasarımı,
- Sosyal güvenliğin iyi yönetilmesi ve idari ve mali yapıların iyileştirilmesi,
- Uluslararası ve bölgesel yükümlülüklerin hayata geçirilmesi ve ulusal sosyal koruma stratejileri ve eylem planlarının işler hale getirilmesi ve
- SKA'nın (özellikle Amaç 1, 3, 5, 8, 10 ve 16) gerçekleştirilmesi için çalışılmasıdır.

Bu standartlar; bir kapsayıcılık dili sağlamış ve temel haklar ile bunların güvence altına alınması amacıyla devletin ötesinde mekanizmalar belirlemiş olsa da uygulama söz konusu olduğunda genellikle yetersiz kalmaktadır (Levitt vd., 2023: 27). Bu noktadan hareketle ILO tarafından belirlenen standartların, aksiyon alınması ve uygulama boyutu açısından yeterli olup olmadığı konusunun tartışmalı olduğu görülmektedir.

Öte yandan sosyal güvenlik sistemlerinin ağırlıklı olarak bireysel ödemelere dayandığı ülkelerde, bunların nedenlerini ve sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım üzerindeki etkilerini incelenerek bireyler üzerindeki yükün azaltılması önerilmektedir. Sağlık harcamalarıyla ilgili olarak yoksulluğun ortadan kaldırılmasına ve sağlık hizmetlerine erişimi sağlanmasına odaklanan Uluslararası Sosyal Güvenlik Standartları doğrultusunda, politikacılardan, politika yapıcılardan ve karar vericilerden uygun mevzuatın çıkarılması yönünde destek alınabilmesi için farkındalığı artırmak ve ülkelerin verilerinin etkili bir şekilde kullanılması gerekmektedir (Bayarsaikhan vd, 2022: 92). Bu kapsamda ILO tarafından ESK'ya karşılık bir destek ve tamamlayıcı olması nedeniyle sosyal sağlık koruması önerilmiştir. Bu koruma ise, etkili ve verimli sosyal sağlık koruma sistemlerinin geliştirilmesi yoluyla kapsamdaki boşlukları ve erişimin önündeki mali engelleri ele almaktadır (ILO, 2020).

Bu doğrultuda sosyal sağlık koruması kavramı hem sağlık hizmetine erişim hem de sosyal koruma açısından kritik öneme sahiptir. Bu anlamda sosyal sağlık koruması, kapsamlı sağlık hizmetlerine erişimin önündeki mali engellerin hafifletilmesini ve hastalık sırasında gelirin desteklenmesini amaçlamakta ve bireyleri hayatları boyunca yaşam koşullarına ve değişken risklere karşı etkili bir şekilde koruyan kapsamlı sosyal koruma sistemlerinin ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır. Uluslararası insan hakları belgelerine ve sosyal güvenlik standartlarına dayanan sosyal sağlık koruması, ESK'nın politika amacına ve SKA'na hak temelli bir katkı sağlamaktadır (Dorjsuren vd., 2022). Bu kapsamda sosyal sağlık koruma sistemlerine yönelik temel ilkeler Tablo 3.12'de yer almaktadır.

**Tablo 3.12. ILO'nun Sosyal Sağlık Koruma Sistemleri İçin Yol Gösterici İlkeleri**

| İLKE                                                                                     | AÇIKLAMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Korumanın evrenselliği                                                                   | Sağlık ve sosyal güvenlik insan haklarıdır ve bu nedenle hiç kimse geride bırakılmadan herkes güvence altına alınmalıdır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Yaklaşım çeşitliliği ve aşamalı uygulama                                                 | Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunulması için yol gösterici ilkelere riayet edildiği sürece farklı düzenlemelerin mevcut olabileceği kabul edilmektedir. Hükümetlerin, mümkün olan en kısa sürede en çok bireye daha yüksek sağlık ve sosyal güvenlik hizmeti garanti etmek için mevcut azami kaynakları harekete geçirerek ve artırarak, öncelikli olarak bir evrensel sosyal koruma zeminini kademeli olarak oluşturmak için etkili önlemler almasını gerektirir. |
| Risk paylaşımı ve finansmanda iş birliği                                                 | Sağlık koruma, doğum ve hastalık masraflarını karşılamak için kolektif olarak finanse edilen mekanizmalar, gelirin ikincil dağılımı açısından pozitif etki oluşturduğu ve mali ve işgücü piyasası risklerini bireyler yerine topluma aktardığı için teşvik edilmektedir.                                                                                                                                                                                                |
| Devletin genel ve asli sorumluluğu                                                       | Devlet, uluslararası insan haklarına uygun olarak sağlık ve sosyal güvenlik hakkına saygı göstermek, korumak ve karşılamakla sorumludur. ILO standartları, sağlık, doğum ve hastalık programlarının düzgün bir şekilde yönetilmesi ve gerektiği gibi sağlanması konusunda genel ve öncelikli sorumluluğu devlete vermektedir. Bu sorumluluk, mali sürdürülebilirliğin sağlanması, gelirlerin toplanması ve sağlık hizmeti sunumunu da içermektedir.                     |
| Yardımların yeterliliği                                                                  | Hem sağlık hizmetleri hem de hastalık ve doğum ödemeleri yeterli olmalı ve sağlanan yardımların çeşitliliği, kapsamı ve kalitesi uluslararası standartlarda belirlenen asgari ölçütlere uygun ölçüde kişilerin ihtiyaçlarını karşılayacak nitelikte olmalıdır.                                                                                                                                                                                                          |
| Yardımların öngörülebilirliği                                                            | Ulusal yasal çerçeve, yardımları belirleyerek, yardımların ve hizmetlerin ihtiyaçlara göre öngörülebilecek durumlarda ve koşullarda sunulması için gerekli mali kaynakların güvence altına alınmasını sağlayabilmektedir.                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ayrımcılık yapılmadan toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde sosyal kapsamanın sağlanması | Sosyal sağlık koruma programlarının tasarımı ayrımcılık yapılmamasını, cinsiyet eşitliğinin sağlanmasını ve özel ihtiyaçlara cevap verilmesini sağlamalıdır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Sosyal adalet ve eşitlik için mali ve ekonomik sürdürülebilirlik                         | Sosyal sağlık koruma programı, eşitliği ve adaleti sağlarken ülke düzeyinde maliyetleri karşılayabilecek kapasiteye sahip olmalı ve hesap verebilirlik çerçevesinde düzenlenmelidir.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Katılım, sosyal iletişim ve hesap verebilirlik                                           | Yönetişim yapıları, hesap verebilirlik çerçevesinde etkin ve erişilebilir şikâyet ve itiraz prosedürlerinin yanı sıra koruma kapsamındaki kişilerin, işverenlerle ve örgütlerle müzakere mekanizmalarını içermektedir.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Kapsamlı sosyal koruma sistemlerine entegrasyon                                          | Sosyal sağlık koruma, koordineli, uyumlu ve kapsamlı sosyal koruma sistemlerinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Kaynak: ILO, 2024a: 6-7.

Sonuç olarak ILO’nun sosyal güvenlik ve sosyal koruma ile ilgili standartlar belirleyerek ülkeleri bu doğrultuda yönlendirmeye çalıştığı görülmektedir. Bu doğrultuda her ülkede evrensel sosyal koruma tabanının oluşturulabilmesi için faaliyetlerini sürdürmektedir. Dolayısıyla ILO temel olarak çalışan kesimi kapsayan sosyal güvenlik başta olmak üzere, hak temelli yaklaşım ile her bireyin sosyal korumadan yararlanabilmesi gerektiği düşüncesi ile etkin olmaya çalışmaktadır.

Ayrıca ILO (2023) küresel istihdam açısından bir uçurumun mevcut olduğunu ve düşük gelirli ülkelerde istihdam ve sosyal koruma açısından önlemler alınmadığı takdirde bu uçurumun daha da derinleşeceğini açıklamıştır. Bu nedenle bu ülkelerde, vergiler ve sosyal katkılardan sağlanan adil ve sürdürülebilir finansmana dayanan ve gerektiğinde uluslararası destekle tamamlanan ulusal sosyal koruma sistemlerine yatırım yapılması gerektiği belirtilmiştir.

### **3.3.3. Birleşmiş Milletler (BM)’in Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA) Kapsamında Sağlık ve Sosyal Korumanın Konumu ve Önemi**

Bu başlıkta değerlendirilen hedefler, tez çalışması ile bağlantılı olarak sağlık ve sosyal koruma perspektifinden ele alınmaktadır. İlk olarak 2015 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından yaratılan Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları, Dünyamızı Dönüştürüyoruz 2030 Gündemi kapsamında da yer alan 17 amaçtan oluşmaktadır. Dolayısıyla BM’nin küresel sağlık politikası oluşturma konusundaki önemi, sağlık amaçlarının Amaç 3 altında ifade edildiği SKA ile şekillendiği belirtilebilmektedir (Koivusalo ve Ollila, 2022: 282). Söz konusu amaçlar Tablo 3.13’de yer almaktadır.

**Tablo 3.13. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA)**

| Amaç    | Açıklama                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Amaç 1  | Yoksulluğa Son<br>Yoksulluğun tüm biçimlerini her yerde sona erdirmek                                                                                                                                                                                                  |
| Amaç 2  | Açlığa Son<br>Açlığı bitirmek, gıda güvenliğine ve iyi beslenmeye ulaşmak ve sürdürülebilir tarımı desteklemek                                                                                                                                                         |
| Amaç 3  | Sağlık ve Kaliteli Yaşam<br>Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak                                                                                                                                                                                 |
| Amaç 4  | Nitelikli Eğitim<br>Kapsayıcı ve hakkaniyete dayanan nitelikli eğitimi sağlamak ve herkes için yaşam boyu öğrenim fırsatlarını teşvik etmek                                                                                                                            |
| Amaç 5  | Toplumsal Cinsiyet Eşitliği<br>Toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak ve tüm kadınlar ile kız çocuklarını güçlendirmek                                                                                                                                                 |
| Amaç 6  | Temiz Su ve Sanitasyon<br>Herkes için erişilebilir su ve atık su hizmetlerini ve sürdürülebilir su yönetimini güvence altına almak                                                                                                                                     |
| Amaç 7  | Erişilebilir ve Temiz Enerji<br>Herkes için karşılanabilir, güvenilir, sürdürülebilir ve modern enerjiye erişimi sağlamak                                                                                                                                              |
| Amaç 8  | İnsana Yakışır İş ve Ekonomik Büyüme<br>İstikrarlı, kapsayıcı ve sürdürülebilir ekonomik büyümeyi, tam ve üretken istihdamı ve herkes için insana yakışır işleri desteklemek                                                                                           |
| Amaç 9  | Sanayi, Yenilikçilik ve Altyapı<br>Dayanıklı altyapılar tesis etmek, kapsayıcı ve sürdürülebilir sanayileşmeyi desteklemek ve yenilikçiliği güçlendirmek                                                                                                               |
| Amaç 10 | Eşitsizliklerin Azaltılması<br>Ülkeler içinde ve arasında eşitsizlikleri azaltmak                                                                                                                                                                                      |
| Amaç 11 | Sürdürülebilir Şehirler ve Topluluklar<br>Şehirleri ve insan yerleşimlerini kapsayıcı, güvenli, dayanıklı ve sürdürülebilir kılmak                                                                                                                                     |
| Amaç 12 | Sorumlu Üretim ve Tüketim<br>Sürdürülebilir üretim ve tüketim kalıplarını sağlamak                                                                                                                                                                                     |
| Amaç 13 | İklim Eylemi<br>İklim değişikliği ve etkileri ile mücadele için acilen eyleme geçmek                                                                                                                                                                                   |
| Amaç 14 | Sudaki Yaşam<br>Sürdürülebilir kalkınma için okyanusları, denizleri ve deniz kaynaklarını korumak ve sürdürülebilir kullanmak                                                                                                                                          |
| Amaç 15 | Karasal Yaşam<br>Karasal ekosistemleri korumak, iyileştirmek ve sürdürülebilir kullanımını desteklemek; sürdürülebilir orman yönetimini sağlamak; çölleşme ile mücadele etmek; arazi bozunumunu durdurmak ve tersine çevirmek; biyolojik çeşitlilik kaybını engellemek |
| Amaç 16 | Barış, Adalet ve Güçlü Kurumlar<br>Sürdürülebilir kalkınma için barışçıl ve kapsayıcı toplumlar tesis etmek, herkes için adalet erişimi sağlamak ve her düzeyde etkili, hesap verebilir ve kapsayıcı kurumlar oluşturmak                                               |
| Amaç 17 | Hedefler İçin Ortaklıklar<br>Uygulama araçlarını güçlendirmek ve sürdürülebilir kalkınma için küresel ortaklığı canlandırmak                                                                                                                                           |

Kaynak: Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Departmanı web sayfasından edinilmiştir.  
<https://sdgs.un.org/goals> (Erişim Tarihi: 10.03.2025).

Tablo 3.13’de görüldüğü üzere 1 ve 3 numaralı amaçların sağlık ve sosyal koruma ile ilişkili olduğu belirtilebilmektedir. Dolayısıyla yoksulluğa her yerde son vermek, her yaşta sağlıklı yaşamı güvence altına almak aslında küresel kamusal mal sunumuna hizmet edebilecek amaçlardan olmaktadır. Bir başka deyişle bu amaçlara ulaşılması için atılacak her adım küresel

kamusal mal sunumu kapsamında değerlendirilebilecektir. Tabloda yer alan ana amaçların altında alt amaçlar bulunmaktadır. Bu alt amaçlar ise amaçların kapsamını ortaya koymaktadır. Böylelikle somut verilere dayalı olarak amaçların takip edilmesi kolaylaşmaktadır. Bu doğrultuda tez çalışması kapsamında SKA arasında sosyal koruma ve sağlık ile ilgili olan alt amaçlar Tablo 3.14'te yer almaktadır. Sağlık ile ilgili ana amaç yer alsa da sosyal korumaya yönelik ana amacın yer almadığı ancak yoksulluğa son, toplumsal cinsiyet eşitliği ve eşitsizliklerin azaltılması kapsamında alt amaçların yer aldığı görülmektedir.

**Tablo 3.14. Sağlık ve Sosyal Koruma ile İlişkili Sürdürülebilir Kalkınma Alt Amaçları**

| Kavram/Ana Amaç                                       | Alt Amaç                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sosyal koruma<br>Amaç 1: Yoksulluğa Son               | Hedef 1.3: Temel mal ve hizmetler de dâhil edilerek herkes için ulusal açıdan uygun sosyal koruma sistemleri ve önlemlerinin hayata geçirilmesi ve 2030'a kadar yoksul ve kırılgan durumdaki kişiler için önemli ölçüde korunma sağlanması                                           |
| Sosyal koruma<br>Amaç 5: Toplumsal Cinsiyet Eşitliği  | Hedef 5.4: Ücretsiz bakım ve ev işlerinin kamu hizmetleri, altyapı ve sosyal koruma politikalarının sağlanması ve hane ve aile içinde sorumluluğun ulusal açıdan uygun bir biçimde paylaşılmasının geliştirilmesi yoluyla tanınması ve değer görmesi                                 |
| Sosyal Koruma<br>Amaç 10: Eşitsizliklerin Azaltılması | Hedef 10.4: Özellikle mali, ücret ve sosyal koruma politikaları olmak üzere politikaların benimsenmesi ve eşitliğin giderek daha çok sağlanması                                                                                                                                      |
| Sağlık<br>Amaç 3: Sağlık ve Kaliteli Yaşam            | Hedef 3.1: 2030'a kadar küresel anne ölüm oranının her 100.000 doğumda 70'in altına indirilmesi                                                                                                                                                                                      |
| Sağlık<br>Amaç 3: Sağlık ve Kaliteli Yaşam            | Hedef 3.2: Bütün ülkelerde yenidoğan ölüm oranının her 1000 canlı doğumda en az 12'ye ve beş yaş altı çocuk ölüm oranının da her 1000 canlı doğumda en az 25'e düşmesinin hedeflenmesiyle 2030'a kadar yenidoğan ve beş yaş altı çocukların önlenebilir ölümlerinin sona erdirilmesi |
| Sağlık<br>Amaç 3: Sağlık ve Kaliteli Yaşam            | Hedef 3.3: 2030'a kadar AIDS, tüberküloz, sıtma ve ihmal edilen tropikal hastalık salgınlarının sona erdirilmesi ve hepatit, su yoluyla bulaşan hastalıklar ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi                                                                        |
| Sağlık<br>Amaç 3: Sağlık ve Kaliteli Yaşam            | Hedef 3.4: 2030'a kadar bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümlerin, bu hastalıkların önlenmesi ve tedavisi yoluyla üçte bir oranında azaltılması ve akıl ve ruh sağlığının ve esenliğinin geliştirilmesi                                                            |
| Sağlık<br>Amaç 3: Sağlık ve Kaliteli Yaşam            | Hedef 3.5: Uyuşturucu madde kullanımı ve alkol bağımlılığını da kapsayan madde bağımlılığının önlenmesi ve tedavisinin güçlendirilmesi                                                                                                                                               |
| Sağlık<br>Amaç 3: Sağlık ve Kaliteli Yaşam            | Hedef 3.6: 2030'a kadar karayolları trafik kazalarından kaynaklanan küresel ölümlerin ve yaralanmaların sayısının yarıya indirilmesi                                                                                                                                                 |
| Sağlık<br>Amaç 3: Sağlık ve Kaliteli Yaşam            | Hedef 3.7: 2030'a kadar cinsel sağlık ve aile planlamasını da kapsayan üreme sağlığı hizmetlerine ve bu konuda bilgi ve eğitime evrensel erişimin sağlanması ve üreme sağlığının ulusal stratejilere ve programlara entegre edilmesi                                                 |

**Tablo 3.14. (devam) Sağlık ve Sosyal Koruma ile İlişkili Sürdürülebilir Kalkınma Alt Amaçları**

| Kavram/Ana Amaç                            | Alt Amaç                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sağlık<br>Amaç 3: Sağlık ve Kaliteli Yaşam | Hedef 3.8: Finansal riskten korunmayı, kaliteli temel sağlık hizmetlerine erişimi ve herkesin güvenli, etkili, kaliteli ve uygun fiyatlı temel ilaçlara ve aşılarla erişimini de kapsayan evrensel bir sağlık güvencesi sisteminin oluşturulması                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Sağlık<br>Amaç 3: Sağlık ve Kaliteli Yaşam | Hedef 3.9: 2030'a kadar zararlı kimyasallardan ve hava, su ve toprak kirliliğinden kaynaklanan hastalıkların ve ölümlerin sayısının büyük ölçüde azaltılması                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Sağlık<br>Amaç 3: Sağlık ve Kaliteli Yaşam | Hedef 3.10: Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin bütün ülkelerde, uygun görüldüğü şekilde uygulanmasının güçlendirilmesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sağlık<br>Amaç 3: Sağlık ve Kaliteli Yaşam | Hedef 3.11: En çok, gelişmekte olan ülkeleri etkileyen bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar için aşılar ve ilaçlar geliştirilmesinin desteklenmesi, gelişmekte olan ülkelerin kamu sağlığının korunmasına yönelik esnekliklere ilişkin Fikir Mülkiyeti Haklarının Ticari Niteliklerine İlişkin Anlaşma hükümlerini tamamıyla uygulayabilme hakkını onaylayan Doha Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları (TRIPS) ve Kamu Sağlığına İlişkin Deklarasyona uygun olarak, uygun fiyatlı temel ilaçlar ve aşılarla erişimin sağlanması ve özellikle herkesin ilaçlara erişiminin sağlanması |
| Sağlık<br>Amaç 3: Sağlık ve Kaliteli Yaşam | Hedef 3.12: Özellikle en az gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan küçük ada devletleri olmak üzere gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmeti finansmanının ve sağlık işgücü istihdamının, geliştirilmesinin, eğitilmesinin ve devamlılığının önemli ölçüde artırılması                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Sağlık<br>Amaç 3: Sağlık ve Kaliteli Yaşam | Hedef 3.13: Başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere bütün ülkelerin ulusal ve küresel sağlık risklerine karşı erken uyarı, riski azaltma ve risk yönetimi kapasitelerinin güçlendirilmesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Kaynak: Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Departmanı web sayfasından edinilmiştir.  
<https://sdgs.un.org/goals> (Erişim Tarihi: 10.03.2025).

Söz konusu amaçlara ulaşma yolunda hangi aşamada olunduğunun belirlenebilmesi adına SKA'ya ilişkin BM tarafından yayınlanan 2024 yılı raporuna bakıldığında Dünya genelinde her 10 çocuktan yedisinin sosyal koruma kapsamından yoksun olduğu görülmektedir. Bu durum özellikle düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde daha yüksek seyretmektedir. Sosyal koruma ile ilişkili olarak yoksulluk dikkate alındığında ise 2022 yılında Dünya'da 712 milyon kişinin (dünya nüfusunun %9'unun) aşırı yoksulluk içinde yaşadığı ve bu sayının 2019 yılına kıyasla 23 milyon kişi arttığı vurgulanmaktadır. Bu kapsamda, mevcut eğilimlerin devam etmesi halinde 2030 yılına kadar 590 milyon insanın veya küresel nüfusun %6,9'unun aşırı yoksulluk içinde kalabileceği öngörülmektedir. Ayrıca Dünya Bankası Uluslararası Kalkınma Birliği'nden imtiyazlı kredi almaya uygun olan 75 ülkede, her dört kişiden biri günde 2,15 dolardan daha az bir gelirle hayatını idame ettirmektedir. Bu oran dünyanın geri kalanındaki aşırı yoksulluk

oranının sekiz katından daha fazladır. İlave olarak bu ülkelerin üçte biri COVID-19 pandemisi öncesindeki döneme göre ortalama olarak daha yoksul durumda bulunmaktadır (BM, 2024: 8-9). Rapordan edinilen bu veriler, sosyal korumaya yönelik atılması gereken adımların özellikle pandemi sonrası dönemde küresel eşitsizliği artırması ve Dünya nüfusunu etkilemesi nedeniyle acil ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Öte yandan hedefler arasında yer alan yoksulluğun bitirilmesi amacından uzak olduğu görülmektedir. Bu nedenle de yoksulluk ile mücadelede net ve çözüm odaklı politika uygulamalarına ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır. Bu kapsamda sosyal koruma sistemlerinin aktif bir şekilde çalıştığı takdirde aynı zamanda yoksulluk ile mücadele açısından da etkili olabileceği ifade edilmesi gerekmektedir.

Sosyal güvenlik ile ilişkili olarak küresel işsizliğe bakıldığında 2023 yılında yüzde 5 ile tarihi düşük seviyeye ulaşmış olsa da insana yaraşır işlere ulaşmanın önündeki engeller devam etmektedir. Ayrıca kadın ve gençler daha yüksek işsizlik oranıyla karşı karşıya kalmaktadır. Kayıt dışı istihdam ise sosyal koruma açısından önemli bir küresel sorun teşkil etmektedir. Bu durumun bir göstergesi olarak 2023 yılında kayıt dışı işlerde çalışan 2 milyardan fazla işçi sosyal korumadan yoksun kalmıştır. Az gelişmiş ülkelerde ve Sahra altı Afrika ile Orta ve Güney Asya'da her 10 çalışandan yaklaşık dokuzu kayıt dışı istihdam edilmektedir. İlave olarak, her beş gençten biri eğitim, öğretim veya istihdamda yer almamaktadır (BM, 2024: 24). Bu durum bir taraftan küresel eşitsizliğe işaret ederken diğer taraftan da kayıt dışı istihdam altında yer alan veya işsiz durumda olan kesimlerin sosyal korumadan yoksunluğunu göstermektedir.

İlave olarak SKA 2024 raporunda sağlık ve kaliteli yaşam hedefiyle ilgili dikkat çeken ilk husus COVID-19 pandemisi ile, beklenen yaşam süresinin 10 yıl kısalmış olmasıdır. Ayrıca sağlıkla ilgili göstergelerin çoğunun küresel olarak toparlanma eğiliminde olmasına rağmen, mevcut eğilimlerin 2030 için belirlenen hedefleri karşılamak için yetersiz olduğu raporda yer almaktadır. Öte yandan Dünya nüfusunun yarısından fazlasının temel sağlık hizmetleri kapsamında yer almadığı bu nedenle de evrensel sağlık kapsamının sağlanmasının SKA'nın sağlık hedefi açısından oldukça önemli olduğu belirtilmektedir. Çocukluk çağı hastalıklarına karşı aşılama ise bu hedef kapsamında değerlendirilmektedir. 2019 yılında üç doz difteri, tetanoz ve boğmaca aşısı olan çocukların oranı %86 iken; söz konusu oran 2021 yılında %81'e düşmüş ve 2022 yılında %84'e yükselse de pandemi öncesi dönemdeki seviyesine ulaşamamıştır. Bu veriler ışığında 2022 yılında 20,5 milyon çocuğun en az bir rutin aşısını yaptırmadığı, 14,3 milyon çocuğun ise hiç aşı olmadığı belirtilebilmektedir (BM, 2024: 12-15). Bu noktada SKA'ya ulaşmaya yönelik hak temelli yaklaşım doğrultusunda, sosyal sağlık

korumasının yaygınlaştırılması evrensel sosyal koruma ve evrensel sağlık kapsamına katkıda bulunmaktadır. Bir başka deyişle kapsamlı sosyal koruma sistemleri ve güçlü sağlık sistemleriyle bütünleşen sosyal sağlık koruması, SKA'ya ulaşmanın merkezinde yer almaktadır (ILO, 2024a: iii). Bu çerçevede DSÖ tarafından ortaya konulan ESK'nın BM tarafından SKA ile desteklendiğı ve bir anlamda aynı hedefe yönelik faaliyet gösterildiğı görölmektedir. Ancak mevcut durumda bu hedeflere ulaşılmanın uzağında kalındığı görölmektedir. Dolayısıyla mevcut sistemin sorgulanması ve daha etkili uygulamalara yönelinmesi gerekmektedir.

2019 yılından sonra karşılaşılan COVID-19 salgını, anlaşmazlıkların artması, jeopolitik ve ticari gerilimler ve iklim değışikliğinin giderek kötüleşen etkileri gibi durumlar SKA'ya ulaşılması konusunda gerilemeye neden olmuştur. Böyle bir mevcut durumda küresel ekonomik ve finansal sistemlerde var olan eksiklikler, tarihsel adaletsizlikler ve küresel dayanışmanın zayıflamasıyla birleştiğinde, gelişmekte olan ölkelerin ve savunmasız durumda olan insan topluluklarının en ağır yükü taşıdığı görölmektedir (BM, 2024: 3-4). Öte yandan sağlık ve sosyal koruma da dahil olmak üzere SKA'ya ulaşılması konusunda ilerleme kaydedilememesi, iklim değışikliği ve çevresel bozulma, gıda sistemlerinin sürdürülebilir olmaması ve gıda güvenliğinin sağlanamaması, artan göç, çatışma, kriz ve acil durumlar gibi nedenlerle mevcut sağlık ve sosyal korumada yaşanan adaletsizliklerin daha da kötüleştiğı görölmektedir. Bu durum ise, ölkeler içinde ve ölkeler arasında artan eşitsizlikler zemininde gerçekleşmektedir. Dolayısıyla COVID-19 Pandemisinin sağlık ve sosyoekonomik ilerlemeyi gerileyen kalıcı etkileri, özellikle düşük ve orta gelirli ölkelerde ilaç ve sağlık ürünlerine erişim noktasında var olan eşitsizlikleri daha da derinleştirmiştir (DSÖ, 2024: 2). Böylelikle de bu alanlarda küresel boyutta bir girişimin varlığı konusu önem arz etmektedir.

Bu doğrultuda sağlık, kalkınma ve insani yardım kuruluşları arasında birçok kesişen konu ve program bazında kapsamlı iş birliği olmasına rağmen, çok taraflı bir sistem ile daha iyi bir iş birliği yoluyla gün geçtikçe daha kısıtlı hale gelen kaynaklardan daha iyi yararlanılmasına acil ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle de SKA Amaç 3 kapsamında katılım, hızlandırma, uyum ve hesap verme taahhütlerine dayanan ve sağlıkla ilgili amaçlar üzerinde daha fazla etki oluşturmayı hedefleyen Küresel Eylem Planı 2019 yılında oluşturulmuştur. Bu kapsamda 13 çok taraflı sağlık, kalkınma ve insani yardım kuruluşu bir araya gelmiştir. Bu plan, küresel sağlık alanındaki en büyük aktörler arasında tamamlayıcı yetkilere sahip iş birliğini geliştirmeye yönelik bir platform niteliğı taşımayı amaçlamaktadır (DSÖ, 2024: 3-6). Küresel Eylem Planı kapsamında GAVI (Aşı İttifakı), Küresel Finansman Kolaylığı, ILO, Küresel Fon,

Birleşmiş Milletler AIDS Ortak Programı (UNAIDS), UNDP, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Birlik Yardımı (UNITAID), Birleşmiş Milletler Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Kadının Güçlenmesi Birimi (UNWOMEN), DB, Dünya Gıda Programı (WFP) ve DSÖ olmak üzere 13 fon ve kuruluş yer almaktadır.

Dolayısıyla SKA'ya ulaşma açısından ortaya çıkan tablo, sunum ve yetki açısından ulusal, bölgesel ve küresel katılımdan oluşan bir yamalı bohçaya benzetilmektedir. Ayrıca, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları da SKA'nın gerçekleştirilmesi açısından önem taşımaktadır (Kejzar ve Ponikvar, 2023: 31-32). Öte yandan küresel kamusal mal perspektifinden değerlendirildiğinde, birçok konuda uluslararası kabul görmüş norm ve standartlar olmadan uluslar ve bireyler arasında iletişim, ticaret, seyahat ve diğer birçok etkileşimin zorlaşabileceği ve tehlikeli sonuçlara neden olabilmesi sebebiyle, uluslararası alanda kabul edilen normlar kamusal mal niteliği taşımaktadır. Ancak, küresel kamusal malların BM'nin norm ve standartlarıyla belirlendiğinin ifade edilmesi mevcut soruna çözüm sağlamamaktadır (Van den Berg, 2021: 28). Bir başka ifadeyle diğer kuruluşlar gibi BM tarafından belirlenen standart ve temel kurallar küresel kamusal mal sunumu açısından bir adım olarak nitelendirilse bile tam olarak sunumun gerçekleştiği anlamına gelmeyebilmektedir. Sonuç olarak SKA ile küresel düzeyde sosyal, ekonomik, sağlık gibi farklı alanlara yönelik hedef oluşturulması bir adım olarak değerlendirilse de özellikle sağlık ve sosyal koruma ile ilişkili hedeflere erişilememesi küresel aksiyon gerekliliğini aşıkâr kılmaktadır.

#### **3.3.4. Dünya Bankası (DB)'nin Çalışmaları**

25 Haziran 1946 tarihinde faaliyetlerine başlayan DB, II. Dünya Savaşı'ndan sonra Avrupa'nın yeniden inşasının finanse edilebilmesi amacıyla kurulmuş olmasına rağmen, zaman içerisinde gelişmekte olan ülkelerde sağlık, beslenme ve nüfus alanlarında önemli bir güç konumuna ulaşmıştır. Kurulduğu dönemlerde küresel sağlık alanında varlık göstermezken, zaman içinde sağlıkla ilgili projelere dünyanın en büyük mali katkısını sağlayan kuruluş haline gelmiştir (Ruger, 2005: 60). Bu doğrultuda süreç içerisinde DB, küresel sağlık proje ve programlarının en büyük finansörlerinden birisi, sağlıkta küresel yönetim gündemini şekillendiren güçlü bir ses ve tercih ettiği küresel sağlık müdahaleleri için kanıta dayalı bilgi üreten büyük bir kuruluş haline gelmiştir (Tichenor vd., 2021: 1).

Bu süreçle ilişkili olarak 1979 yılında DB bünyesinde Nüfus, Sağlık ve Beslenme Departmanı kurulmuş ve DB'nin sağlık sektörüne katılımı giderek artmıştır. DB, finansal

ağırlığının yanı sıra, gelişmekte olan ülkelerin makro-ekonomik politikaları üzerindeki etkisi aracılığıyla da dünya çapında sağlık politikalarının belirlenmesinde giderek artan bir rol oynamıştır. 1987 yılında yayımlanan Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı raporuna dayanarak yapısal uyum programlarının ayrılmaz bir parçası olarak DB, gelişmekte olan ülkelere sağlık hizmetlerinin ücretli olmasını zorunlu kılan, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini teşvik eden, özel sigorta programlarının uygulanmasını destekleyen ve sağlık hizmetleri yönetiminin ademi merkeziyetçiliğini teşvik eden tek bir Sağlık Sektörü Reformu reçetesi dayatmıştır. Düşük gelirli ülkelere dayatılan yapısal uyum politikaları, bireylerin yaşam koşullarının kötüleşmesinde ve sağlık sistemlerinin çökmesinde temel belirleyiciler arasında yer almıştır (Missoni, 2008). Bu doğrultuda DB'nin, ülkelerin sağlık sistemlerine yönelik uygulamalarının mali gücünü kullanarak dayatması gerekçesiyle eleştirilere maruz kaldığı görülmektedir.

Bununla birlikte DB'nin 1993'ten itibaren, özellikle banka kredileri ve borçlanma yoluyla, ülkelere özgü araştırma ve sağlık, beslenme ve nüfus konularının analizine verdiği desteği artırdığı ve bu durumun da gelişmekte olan ülkelerde önemli ölçüde sağlık, beslenme ve nüfus araştırmalarının finansmanı ile sonuçlandığı görülmektedir. Bankanın küresel sağlığa ilişkin araştırmaların yürütülmesi ve yaygınlaştırılmasındaki rolü önemli olmakla birlikte, diğer uluslararası kuruluşlara kıyasla temel farklılığı mali kaynakları harekete geçirme kabiliyeti olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kapsamda küresel sağlık alanında Bankanın rolündeki en belirgin değişiklik, krediler ve hibeler yoluyla sağlık, beslenme ve nüfusa yönelik olarak verilen mali desteğin artması olarak açıklanmaktadır (Ruger, 2005: 66-67).

1980 ve 1990'lı yıllarda DB, özellikle gelişmekte olan ülkelere ekonomileri için yapısal uyum programlarını benimsemeleri ve makroekonomik istikrar, özelleştirme, ticaretin serbestleştirilmesi ve kamu sektörünün daraltılmasını vurgulayarak Washington Konsensüsü'nde yer alan birçok tavsiyeyi izlemeleri için baskı uygulamıştır. Bu süreç, ticaretin serbestleştirilerek piyasaların açılmasını, bazı durumlarda sağlık alanında da olmak üzere kamu harcamalarının azaltılmasını ve kamu iktisadi teşebbüslerinin özelleştirilmesini kapsamıştır. DB'ye yönelik eleştiriler ise bu tür programların sağlık harcamalarını azalttığını ve sağlığa zararlı etkileri olduğunu savunmaktadır (Ruger, 2005: 68). İlave olarak DB'ye yönelik karar alma mekanizmasının demokratik olmadığı yönünde eleştiriler de bulunmaktadır. Bu bağlamda DB, ülkelerin oy hakkının banka sermayesinde bulunan hisseleri oranında olması dolayısıyla yüksek gelirli ülkelerin elitlerinin çıkarının gözettiği yönünde eleştirilerle karşılaşmaktadır.

Dolayısıyla DB'nin gelişimine ilişkin açıklamalar yapılırken, bu yönetim yapısının Banka'nın benimsediği rol ve faaliyetler üzerindeki etkisini dikkate almayı gerekli kılmaktadır (Birn ve Dmitrienko, 2005: 1091).

Bununla birlikte bu durumun tersine yönelik görüşler de bulunmaktadır. Bu doğrultuda DB'nin, orta ve düşük gelir grubunda yer alan ülkelerde sağlık sektörüne yönelik en büyük uluslararası donör haline gelerek uluslararası sağlık alanındaki iş birliği görünümünü büyük ölçüde değiştirdiği belirtilmiştir. Faaliyetlerinin büyüklüğü, krediye erişim açısından ülkelere sunduğu koşullar ve benimsediği stratejiler ile DB, hem küresel hem de ulusal düzeyde sektörel öncelikleri ve donörler ile faydalananlar arasındaki ilişkiyi değiştirmiştir (Buse ve Gwin, 1998: 666). Bu noktadan hareketle DB'nin, önlenebilir anne ve çocuk ölümlerinin sona erdirilmesi, yetersiz beslenmenin azaltılması ve bebek ve çocuklar için beslenme koşullarının iyileştirilmesi, sağlık sistemleri ve sağlık finansmanının güçlendirilmesi, pandemiye hazırlık ve müdahale süreçlerinin geliştirilmesi gibi kilit alanlarda bağışçılar, kalkınma ortakları, hükümetler ve özel sektör ile yakın iş birliği içinde çalışmalarını sürdürdüğü vurgulanmaktadır (DB, 2024). Dolayısıyla DB'nin küresel sosyal politika yapıcı bir aktör olarak, kurumları aracılığıyla üye ülkelerin eğitim, sağlık, yenilenebilir enerji ve altyapı gibi projelerini finanse ettiği ifade edilmektedir (Broad, 2007: 702). Bu bağlamda DB Grubu'nun sağlığa ilişkin desteklerde bulunmakta ve küresel alanda önemli bir aktör olarak yer aldığı söylenebilmektedir.

Ayrıca DB, gelişmekte olan ülkelerin daha güçlü ve daha sağlam yapıya sahip sağlık sistemleri aracılığıyla evrensel sağlık kapsamına ulaşmalarına ve özellikle kriz zamanlarında en savunmasız nüfus grupları başta olmak üzere herkesin kaliteli ve ekonomik sağlık hizmetlerine erişimini sağlamalarına yardımcı olma amacıyla hareket etmektedir. Bu kapsamda DB tarafından 2030 yılına kadar paydaşlarla daha iyi iş birliği yaparak ve özel sektörü sürece dahil ederek 1,5 milyar insana kaliteli sağlık hizmeti sunulması stratejisiyle üç ana unsura odaklanıldığı vurgulanmaktadır (DB, 2024):

- Anne ve çocuk sağlığını temel alan kapsamın, bulaşıcı olmayan hastalıklar da dahil olmak üzere bireyin yaşam boyu sağlık ihtiyaçlarını kapsayacak şekilde genişletilmesi,
- Faaliyetlerin kırsal bölgeler, şehir ve ülke genelinde erişimi zor bölgelere yayılacak şekilde genişletilmesi ve
- Gereksiz harcamaları ve sağlık hizmetlerinin önündeki diğer mali engellerin azaltılması amacıyla hükümetlerle ortaklaşa çalışılmasıdır.

DB tarafından sağlık açısından öncelikli alanlar; sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve pandemiye hazırlık, sağlık finansmanı, iklim değişikliği ve sağlık ve beslenme olarak ifade edilmektedir. Bu kapsamda öncelikli alanlara yönelik sağlık açısından DB girişimleri şu şekilde sıralanmaktadır: Pandemi Fonu, Sağlık Sektörü Reformu Temel Eğitimi, Kadınlar, ocuklar ve Ergenler için Küresel Finansman Fonu, Hizmet Sunumu Göstergeleri ve Sağlık Acil Durumlarına Hazırlık ve Müdahale şemsiye Programı (DB, 2024b).

DB sosyal koruma ile ilgili de çeşitli programlar geliştirmektedir. Bu kapsamda Hızlı Sosyal Müdahale Programı ile dezavantajlı konumdaki haneler için daha eşitlikçi fırsatlar sunarak 15 yıl boyunca 100'den fazla ülkeye yaklaşık 400 küçük hibe finansmanı sağlamıştır. Ekonomik Katılım Ortaklığı, derin yoksulluk içinde ve savunmasız durumdaki bireylerin güçlendirilmesi amacıyla çeşitli sivil toplum kuruluşları, BM kuruluşları, araştırma kurumları, finansman ortakları ile DB'yi bir araya getirmektedir. Genç İstihdamına Yönelik çözümler, gençlerin üretken işlere katılımının artırılması amacıyla bağışçıları, hükümetleri, vakıfları, özel sektörü, sivil toplum kuruluşlarını ve gençleri bir araya getirmektedir. Ayrıca Dayanıklılık ve Eşitlik için Sosyal Koruma Göstergeleri Atlası (ASPIRE) 139 ülkedeki sosyal yardım, sosyal sigorta ve işgücü piyasası programlarının göstergelerini analiz etmektedir (DB, 2024a).

Öte yandan DB tarafından yaşam boyu etkili bir sosyal koruma ve istihdam sistemine yönelik olarak aşağıdaki üç temel hedef (DB, 2024c):

*Eşitlik:* Yoksulluğın ve eşitsizliğin azaltılması, fırsat eşitliğinin teşvik edilmesi ve özellikle kız çocukları ve kadınlara yönelik dışlanmanın ele alınmasıdır.

*Fırsat:* Beşerî kapasiteye, gıda ve beslenmeye yatırım yapmak, verimli işlere erişimi artırmak, iş ve yaşam için beceriler geliştirmek ve okuldan içe geçişi kolaylaştırmaktır.

*Dayanıklılık:* Doğal afet, salgın, iklim değişikliği, ekonomik ve mali krizler, savaş veya zorunlu göç dahil olmak üzere şoklara karşı koruma ve sigorta sağlanması ve bunları yönetme kapasitesinin geliştirilmesi ve engelli bireyleri ve yaşlılık dönemine kadar haneleri destekleyecek şekilde sosyal sigorta, emeklilik ve işsizlik sigortası kapsamını genişletmektir.

Sosyal koruma ile ilgili öncelikli alanlar ise işgücü piyasaları, g ve kalkınma, sosyal güvenlik ağları ve nakit transferleri, beceri ve işgücü gelişimi ve emeklilik ve yaşlanma olarak sıralanmaktadır. Bu alanlara yönelik DB, tüm insanların ihtiyaç duydukları desteğe sahip olmalarını ve hiçbir birey veya grubun geride kalmamasını sağlamak için evrensel sosyal korumayı kapsayıcı sosyal politikanın mihenk taşı olarak değerlendirmektedir (DB, 2024c).

Tichenor vd. (2021: 4-5) tarafından yapılan çalışmada DB'nin küresel sağlık alanındaki rolünün tam olarak incelenebilmesi üç temel zorluğa dayandırılmaktadır. Bu zorluklardan ilki; DB'nin tek bir bütün olmayıp, sağlık alanındaki etkisinin Sağlık, Beslenme ve Nüfus biriminin ötesine uzanmasıdır. DB Grubu yapı olarak sağlık konusunu diğer kalkınma hedefleriyle birlikte ele alan, farklı yetki alanlarına sahip çeşitli kuruluşlardan oluşmaktadır. Ayrıca, temelde bir kalkınma bankası olarak temel müdahale biçimi hükümetlere verilen krediler olduğu için, DB'nin sağlık kalkınmasına yaklaşımı, BM'nin sağlık alanındaki uzman organizasyonu olan DSÖ yaklaşımından farklıdır. İkinci zorluk ise, DB'nin sağlık politikası ve yatırımları üzerindeki etkisinin zaman içinde değişmiş olması ve bu politika ve yatırımların etkilerinin genellikle karmaşık bir yapıya sahip olmasıdır. Üçüncü zorluk, DB'nin etkisinin anlaşılabilmesi adına küresel sağlık ortamındaki diğer kurum ve kuruluşlarla ve özel sektörle olan ilişki biçimlerinin değerlendirilmesini gerektirmektedir. DB sahip olduğu geniş çaplı finansal ağ yapısı sayesinde cazip bir kreditor haline gelmektedir. Sonuç olarak bu zorluklar ve DB'nin sağlık alanındaki etkileri birlikte değerlendirildiğinde, DB'nin ülkelere yönelik iç sağlık gündemleri geliştirerek sağlık bakanlıkları ve maliye bakanlıkları aracılığıyla ülkelere sunma, finansman sağlama, diğer küresel sağlık aktörleri (özel sektör ve sivil toplum kuruluşları gibi) aracılığıyla meşrulaştırma ve BM'ye bağlı kuruluşların gündemlerini etkileme kabiliyetine sahip olduğu görülmektedir.

### **3.3.5. DB ve DSÖ'nün Küresel Sağlık Yönetişimi Açısından Değerlendirilmesi**

Uluslararası örgütler arasındaki iş birliği, ortak kazanımların elde edilmesine yönelik politikaların uyumlaştırılması anlamına gelmektedir. Bu doğrultuda, iş birliği biçimleri arasında ise; bilgi paylaşımı, politikaların koordinasyonu, ortak karar alma, iş bölümü gibi uygulamalar yer almaktadır. Ancak, iş birliğini kolaylaştıran faktörler aynı zamanda örgütler arası rekabete de yol açabilmektedir. Eğer örgütler aynı temel nişi paylaşıyorlarsa, yani varlıklarını sürdürebilmek için ortak kaynaklara bağımlılarsa, birbirleriyle rekabet edebileceklerdir. Uluslararası örgütler aynı zamanda meşruiyet, yani örgütlerin üyeleri ve uluslararası toplum tarafından tanınması amacıyla da rekabet etmektedirler (Downie, 2022: 368-370).

DSÖ ile DB arasındaki etkileşim temel alındığında, 1970'li yıllardan itibaren DB'nin uluslararası sağlık yönetiminde en etkili aktörlerden biri olarak ortaya çıkmasıyla, mali ve politik kapasitesini kullanarak DSÖ'nün bu alandaki ağırlığına meydan okuduğu ifade

edilmektedir (Gatti, 2024: 9). Dolayısıyla bu etkileşimin özellikle DB'nin sağlık alanında faaliyet göstermeye başladıktan sonra oluştuğunun belirtilmesi yerinde olacaktır.

Bu bağlamda DSÖ ve DB'nin sağlık sistemi inşası ve acil durumlarda sağlık müdahalesi gibi örtüşen işlevleri göz önünde bulundurulduğunda, küresel sağlık yönetişimi anlamında birbirleriyle daha fazla etkileşime girer duruma gelmişlerdir. Bu bağlamda resmî belgelerde kendilerini rakip yerine işbirlikçi olarak tasvir etme eğiliminde oldukları görülmektedir. Zira, aralarındaki rekabet, küresel sağlık yönetimi alanında ortaya koydukları farklı yaklaşımlarda ampirik olarak somutlaşmaktadır. Örneğin, her ikisi de 2014'teki Ebola krizinden sonra pandeminin kontrol edilebilmesi amacıyla finansman kurumları kurmuş ve kaynaklar için rekabet etmiştir. Bu bağlamda Ebola ve COVID-19 gibi yeni küresel sağlık krizlerinin ortaya çıkması, daha koordineli bir küresel sağlık yönetişimi sistemine olan ihtiyacı göstermektedir. Bu nedenle DSÖ ve DB arasındaki koordinasyon, uyumlu bir küresel sağlık yönetişimi sisteminin kurulmasında çok önemli bir unsur olarak yer almaktadır (Zheng ve Jin, 2024: 2).

Genel olarak, DSÖ-DB ilişkisinin son yıllarda, iki kuruluşun karşılaştırmalı üstünlüklerine (coopetition-ortaklaşa rekabet) uygun olarak gelişmiş bir görev dağılımı ile DSÖ'nün öne çıkan rolünün kademeli olarak yeniden canlandığı ifade edilebilmektedir. DB odağını özellikle yoksulluğun azaltılması faaliyetlerini, bütçe desteği gibi sınırlı önceliklerle daraltırken, DSÖ anayasal olarak kendisine verilen küresel sağlık koordinatörü rolünü yeniden üstlenmiştir. Bu yenilenen iş bölümü, DSÖ ve DB'nin, başta çok paydaşlı COVID-19 Araçlarına Erişim (ACT) Hızlandırıcısı olmak üzere çeşitli girişimlerde iş birliği yaptığı COVID-19 salgınına verilen küresel yanıtta açıkça görülmüştür (Gatti, 2024: 17). Dolayısıyla acil durumlarda rekabetten ziyade birlikte hareket etmeye olan gereksinimin bir sonucu olarak iş birliği içerisinde oldukları görülmektedir.

Gatti (2024) tarafından yürütülen çalışmada DSÖ-DB arasındaki ilişki üç döneme ayrılarak incelenmiştir. Bu doğrultuda, söz konusu dönemlerde örgütlerin arasındaki rekabet ve iş birliği durumları ele alınmıştır. DSÖ odak örgüt olarak tanımlandığı için çalışma alanına yönelik müdahalelere nasıl yanıt verdiği incelenmiştir. Ayrıca bu çalışma ile, iş birliği ve rekabet dikotomisinden ziyade, bu etkileşimlerin dinamik doğasının ortaya konulabilmesi amaçlanmıştır. Buradan hareketle DSÖ ve DB arasındaki etkileşime dair literatürde de farklı bakış açılarının olduğu ifade edilebilmektedir. Bir yandan birbirlerine rakip olarak değerlendirilirken, bir taraftan da iş birliği içerisinde oldukları vurgulanmaktadır. Bu noktada

kesin bir çıkarımda bulunulması mümkün olamamaktadır. Ayrıca dönemsel projeksiyonlara ve kurumların yönetim mekanizmalarına bağlı olarak bu denge farklılaşabilmektedir. Ancak sosyoekonomik sorunlarla etkin mücadele edebilmek için uluslararası kuruluşların iş birliğinin sürdürülmesinin önem taşıdığı belirtilebilmektedir.

Sonuç olarak gelir eşitsizliği derinleştikçe bireylerin sağlık durumlarının bozulması olasılığı artmaktadır. Tam tersi durumda ise gelir düzeyi arttıkça özellikle ruh sağlığının olumlu etkilendiği görülebilmektedir. Bu nedenle yoksulluğun önüne geçilmesi dolaylı yoldan bireylerin sağlığına yatırım yapılması anlamına da gelmektedir. Bu kapsamda evrensel temel gelir uygulaması bir seçenek olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle sosyal koruma şemsiyesi altında yer alan bireylerin sağlık hizmetine erişim ve gelir eşitsizliği ile paralel olarak sağlığın kötüleşmesinin önüne geçilebilmesi açısından bir arada ele alınması gereken bir kavram olduğu görülmektedir. Bu durumun bir göstergesi olarak ise, gelir düzeyi düşük bireylerin sağlığını koruyabilmelerinin ve sağlık hizmetine erişimlerinin sağlanabilmesinin yanı sıra finansal bir korumanın gerekliliği ve etkisi akademik çalışmalarda ve uluslararası organizasyonlar tarafından yayımlanan raporlarda belirtilmektedir. Bu nedenle evrensel temel gelir uygulamasının sağlık üzerindeki etkisi bölüm kapsamında değerlendirilmiştir. Ayrıca evrensel temel gelir uygulamasının sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğuna dair destekleyici literatür bulunmaktadır.

Değerlendirilen bu literatür temel alınarak, sosyal korumanın küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesi gerekliliği tartışılmaktadır. Dolayısıyla sosyal koruma kapsamında özellikle sosyal sigorta ve sosyal güvenlik açısından piyasa başarısızlıkları, asimetrik bilgi ve ters seçim ile karşılaşılması, sosyal güvenlik ve sosyal korumanın bir insan hakkı olması ve küresel olarak adaletsiz dağılımı küresel kamusal mal olma gerekçeleri olarak sıralanabilmektedir. Bütün bunlara ek olarak, son yıllarda Dünya üzerinde artan göçmen sayısı da bu açıdan bakıldığında dikkat çekmektedir. Başka bir ifadeyle göçmen ve mültecilerin sosyal koruma kapsamı dışında tutulması ve temel sağlık hizmetlerinden yararlanamaması sadece göçmenleri etkilememekte aynı zamanda gerek göç edilen ülkelerde gerekse de göç yolları üzerinde bulunan ülkelere yaşayan nüfus gruplarını da dışsallık aracılığıyla olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle ve insan hakları gereği her bireyin temel sağlık hizmetlerine ve sosyal korumaya erişiminin sağlanması küresel toplumun sorumluluğunda olması gerekmektedir.

Bu doğrultuda bölümün devamında mevcut küresel sistemi, organizasyon ve kuruluşların hem sağlık hem de sosyal koruma alanında yürütülen faaliyetlerinin iskeletinin çıkarılabilmesi adına DSÖ, ILO, DB ve BM'nin çalışmaları değerlendirilmektedir. Buradan hareketle uluslararası organizasyonların sağlık ve sosyal korumayı kapsayan adımlar atmakta olduğu görülmekte, ancak bunların bir yapı bünyesinde sürdürülebilir finansmana dayalı ve küresel düzeyde eşitliği sağlayacak nitelikte olmasına ihtiyaç duyulduğu çıkarımına ulaşılmaktadır. Benzer şekilde sağlık ve sosyal koruma alanında, sınırlı sayıda üzerinde mutabık kalınmış küresel taahhüt ve yasal bir çerçeve olduğu görülmektedir. Ayrıca yoksulluğun, bölgesel savaşların, Küre üzerindeki bölgesel gelir eşitsizliklerinin ve aynı zamanda sosyal korumaya erişimdeki eşitsizliklerin arttığı konjonktürde, mevcut yapının tez çalışması kapsamında ele alınan sorunlara deva olmadığı görülmektedir. Öte yandan küresel organizasyonlara yönelik gelişmiş ülkelerin ekonomik güçleri ölçüsünde karar alma mekanizmasını etkileyebilmesi ve organizasyonlardan çekilmek yönünde keyfi kararlar alabiliyor olmaları bu kuruluşların faaliyetlerini ve etkilerini sorgulatır duruma getirmektedir.

Son olarak tez çalışmasının temel hipotezlerinden biri olan sağlık ve sosyal korumaya yönelik bütünleşik ve ortak politika uygulamasının gerekliliğinden hareketle mevcut sistemde bu durum tam olarak sağlanamamaktadır. Dolayısıyla faaliyet ve çalışmaları değerlendirilen kuruluşlar genellikle ya sağlık ya da sosyal koruma alanında faaliyet göstermektedir. Örneğin, ILO sosyal koruma tabanlı oluşturulmasına yönelik faaliyetlerinde DB ile iş birliği yapıyor olsa da bu denklemde DSÖ'nün olmaması sosyal koruma ve sağlığa yönelik ortak bir eylemin olmadığını göstermektedir. Başka bir ifadeyle her organizasyon temel olarak kendi faaliyet alanı çerçevesinde proje, program veya çalışma yürütmektedir. Bu nedenle küresel sistem içinde sağlık ve sosyal korumayı ortak hedefleyen yeni bir yapıya gereksinim duyulduğu belirtilebilmektedir.

#### 4. BÜTÜNLEŞİK KÜRESEL TEMEL SAĞLIK VE SOSYAL KORUMA POLİTİKASI VE FİNANSMAN YAPISI

Küresel sağlık politikası tasarımı ile uygulamasının ve küresel sosyal koruma tabanının küresel kamusal mal kabul edilerek, küresel ölçekte tesis edilebilmesi çok önemlidir. Buna ilave olarak; mevcut küresel sistem içinde farklı kuruluşlar tarafından ayrı ayrı sosyal koruma ve sağlığa yönelik proje, program ve politikaların geliştirildiği ve ülkeler ile ortak hareket etmeye yönelik tavır benimsendiği görülmektedir. Bu kapsamda gerek temel sağlık hizmetlerine erişim gerekse de evrensel sosyal koruma tabanının genişletilebilmesi açısından mevcut sorunların devam ettiği çıkarımında bulunmaktadır. Bu durumun bir göstergesi olarak ILO ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşların ayrı ayrı sosyal koruma ve sağlığa yönelik standart belirleme, politika önerisi sunma ve hastalık veya sektör temelli program/proje geliştirme gibi faaliyetleri bulunduğu bilinmektedir. Bu kurumlar arasındaki gizli rekabet, ideolojik farklılıklar, yaptırım güçlerinin kısıtlı olması gibi hususlar uygulamaların etkinliği kapsamında dezavantaj olarak değerlendirilmektedir.

Öte yandan uluslararası kuruluşların karar alma yapıları içinde gelişmiş ve yüksek gelirli ülkelerin ağırlıklı oylama neticesinde karar alma mekanizmasını daha fazla etkileyebilmesi, politikaların tarafsızlığını şüpheye düşürebilmektedir. Bir başka ifadeyle, uluslararası kuruluşların almış olduğu politikalar büyük devletler tarafından yönlendirilebilmektedir. Bahsi geçen bu durumların dolaylı bir çıktısı olarak (yapılan müdahale ve adımlara rağmen) temel sağlık hizmetleri ve sosyal korumaya erişimden gerek dünya üzerinde büyük bir kesimin gerekse de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki düşük gelirli hanelerin mahrum kalıyor oluşu ile karşı karşıya kalınabilmektedir. Bu durum ise; sosyal korumanın ve temel sağlık hizmetlerine erişimin hem küresel hem de ulusal sınırlar içerisinde adaletsiz dağılımına işaret etmektedir. Öte yandan küresel pandemi riskleri, göç, savaş, ekonomik kriz ve iklim krizi gibi nedenlerle söz konusu adaletsiz dağılımın daha da derinleşebileceği öngörülmektedir. Bu nedenle mevcut düzen içinde kurulu olan sistem bahsi geçen sorunlara net çözüm sunamamakta ve farklı bir perspektiften değerlendirme ve uygulamalara ihtiyaç duyulduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

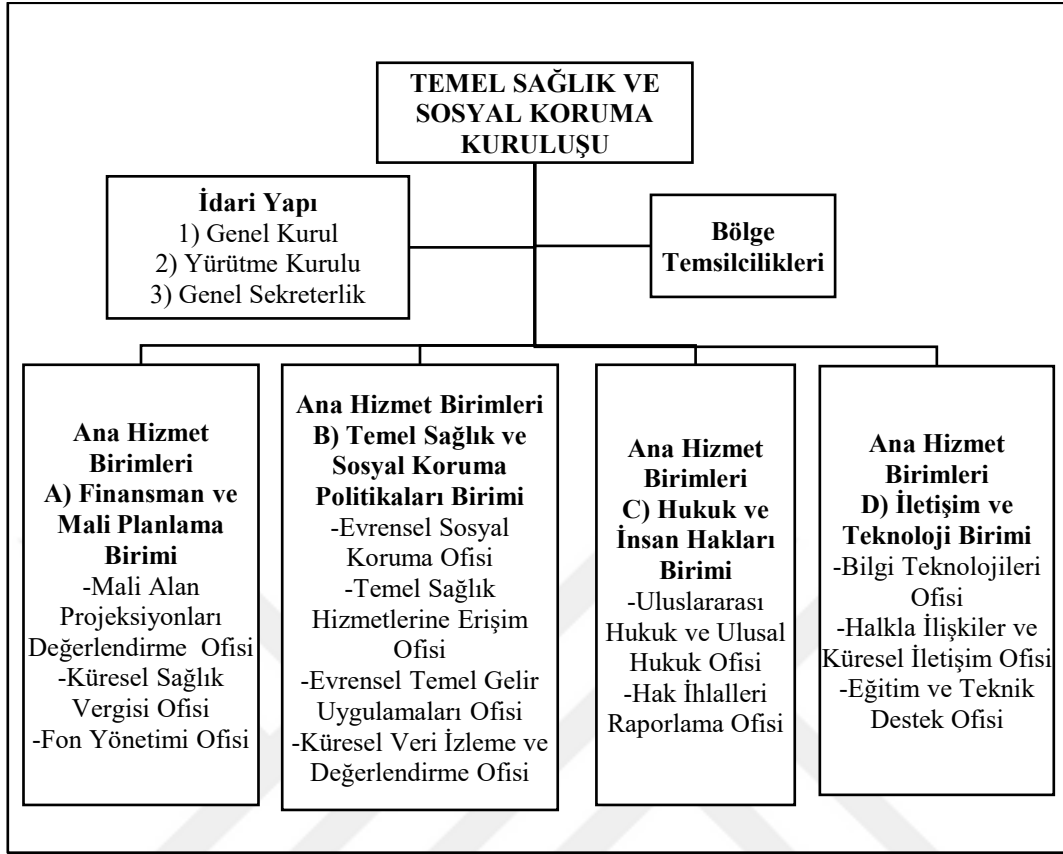
Bu doğrultuda çalışmanın son bölümünde sosyal koruma ve sağlığın insan hakkı temelinde değerlendirilip bir arada ele alınması gerektiği savından hareketle, dünya üzerindeki

her bireyin sosyal koruma kapsamına dahil edilip, temel sağlık hizmetine erişim hakkının sağlanması yönelik olarak politika nerisi sunulması amaçlanmaktadır.

#### **4.1. Sağlık ve Sosyal Koruma Odaklı Uluslarüstü Kuruluş nerisi ve Kuruluşun Kurumsal Yapının Değerlendirilmesi**

Mevcut uluslararası kuruluşların, politika yönlendirme ve bağlayıcı kural geliştirme aşamasındaki yetersizlikleri ile finansal sürdürülebilirliğin sağlanması alanlarındaki sınırlılıkları nedeniyle, temel sağlık ve sosyal koruma alanında uluslarüstü bir yapıya ihtiyaç duyulmaktadır. Bununla birlikte g, pandemi ve iklim değişikliği kaynaklı yaşanan sağlık ve sosyal koruma alanlarında karşılaşılan kriz ve sorunlar da bu boşluğa işaret etmektedir. Başka bir ifadeyle küresel ölçekte karşılaşılan çoklu krizlerin yansımaları, bireylerin temel sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal koruma şemsiyesi kapsamına dahil edilmesi gerektiğini aşıkâr kılmaktadır. Dolayısıyla sağlık ve sosyal koruma alanında ülkelerin kendi içinde karşılaşmış oldukları ve küresel boyutta yaşanan eşitsizliğin kurumsal karşılığının yetersiz olması bu konuda güncel bir yapıya olan gereksinimi gözler önüne sermektedir. Bu noktada, söz konusu yapı tarafından ortaya koyulacak politika ve çözüm önerilerinin ulusal düzeyden başlayarak küresel boyuta ulaşabildiği takdirde etkili olabileceğinin belirtilmesi yerinde olacaktır.

Böylelikle tez çalışması kapsamında önerilen yapının temel hedefi; evrensel sosyal koruma ve temel sağlık hizmetlerine erişimin tesis edilebilmesine yönelik belirlenecek politikaların birbiriyle ilişkili olarak küresel ölçekte koordinasyonunun sağlanabilmesi olarak açıklanabilmektedir. Bu kapsamda, söz konusu yapının temel işlevi ise; dünya üzerinde yaşayan her bireyin temel sağlık hizmetine erişiminin ve sosyal koruma kapsamında yer almasının insan hakkı temelinde sağlanmasıdır. Bu hedef doğrultusunda ise finansman yapısı ve finansman kaynakları önemli bir konu başlığı olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda şekil 4.1’de tez çalışması kapsamında önerilen uluslarüstü kuruluşun genel teşkilat şeması gösterilmektedir.



**Şekil 4.1. Önerilen Kuruluşun Genel Teşkilat Yapısı**

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Şekil 4.1'e göre ana örgütlenme temel olarak; idari yapı, bölge temsilcilikleri ve ana hizmet birimlerinden oluşmaktadır. Bu kapsamda idari yapı içinde öncelikle üye ülkelerin temsilcilerinden oluşan, politika belirleme ve karar alma görevini üstlenen genel kurul yer almaktadır. Genel kurulun, aldığı kararları paydaşlar ile görüşüp karara varma yetkisi bulunmaktadır. Bu nedenle genel kurul tarafından iyi yönetişimin sağlanabilmesi açısından sivil toplum kuruluşları, akademik çevreler ve taraf olan kurum ve kuruluşlar ile müzakere yoluna gidilmesi gerekmektedir. Yürütme kurulu ise; genel kurulda alınan kararların uygulanması ve kuruluşun temel görev ve işlevlerinin takip edilmesini sağlamaktadır. Genel sekreterliğin, birimler arası iletişim ve koordinasyonun sağlanmasından sorumlu olan birim olarak yer alması öngörülmektedir. Bu kapsamda temel sağlık ve sosyal korumaya erişimin sağlanabilmesi açısından genel sekreterliğin birimler arasında kurulacak bu bağlantı, sağlayabilecek sistematik altyapıyı sürdürülebilir kılması çerçevesinde önem arz etmektedir. Ayrıca dünya üzerindeki bağlantının ortaya koyulabilmesi ve farklılıkların tespit edilebilmesi kapsamında bölge

temsilcilikleri bulunmaktadır. Böylelikle bölgeler arası koordinasyon kurularak; küresel eşitsizliğin giderilmesi için çalışmalar daha net bir biçimde yürütülebilecektir.

Yapı bünyesinde; Finansman ve Mali Planlama, Temel Sağlık ve Sosyal Koruma Politikaları, Hukuk ve İnsan Hakları ve İletişim ve Teknoloji Birimi olmak üzere dört temel ana hizmet biriminin yer alması öngörülmektedir. Bu birimlerin altında konu ve faaliyet alanlarına göre ayrılmış, her biri ayrı amaca yönelik örgütlenmiş ofisler yer almaktadır. Bu kapsamda, özellikle Finansman ve Mali Planlama Birimi küresel ve ulusal temel sağlık ve sosyal korumaya erişimin tesis edilebilmesi amacıyla kaynak oluşturulması ve kullanılması açısından önem taşımaktadır. Temel Sağlık ve Sosyal Koruma Politikaları Birimi bünyesindeki Küresel Veri İzleme ve Değerlendirme Ofisi'nden edinilecek olan veriler ışığında, Temel Sağlık Hizmetleri Erişim Ofisi ve Evrensel Sosyal Koruma Ofisi küresel eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına yönelik müdahale seçeneklerini değerlendirmekte ve genel kurula sunarak aksiyon alınmasının temelini oluşturmaktadır. Bu birim bünyesinde yer alan Evrensel Temel Gelir Uygulamaları Ofisi'nin ise pilot bölgelerden başlayarak (finansman kaynağı doğrultusunda) evrensel temel gelir uygulamasının yaygınlaştırılması konusunda faaliyet göstermesi beklenmektedir. Sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi amacıyla pilot bölgelerden alınan geri bildirimlerle birlikte bu uygulamanın kapsamının genişletilmesi ve iyileştirilmesi temel politika hedeflerinden biri olarak değerlendirilmelidir. Ana hizmet birimlerinden Hukuk ve İnsan Hakları Birimi ise insan hakları temelinde ve uluslararası hukuka uygun olarak sürecin yönetimine katkıda bulunmaktadır. Son olarak; İletişim ve Teknoloji Birimi ise diğer ana hizmet birimlerinin, idari yapının ve bölge temsilciliklerinin ihtiyaç duyduğu teknik destek ve iletişim ağını sağlamakla görevlendirilmektedir.

Temel Sağlık ve Sosyal Koruma Kuruluşu'nun uluslararası bir anlaşma veya taahhüt temelinde kurulması öngörülmektedir. Bu noktada, yasal çerçevenin oluşturularak taraflar için belirlilik ve sınırlamaların belirlenebilmesi amaçlanmaktadır. Öte yandan önerilen yapının mevcut küresel sistemde ILO veya DSÖ bünyesinde bir alt kuruluş olarak veya tamamen ayrı bir kuruluş olarak küresel sisteme eklenilebilmesi mümkün olabilecektir. Başka bir ifadeyle söz konusu yapı modüler nitelikte olup; uygulama aşamasında temel amacın, temel sağlık hizmetine erişim ve sosyal korumanın tesis edilerek küresel toplumun refahının artırılabilmesini sağlayacak şekilde gerçekleştirilmesi beklenmektedir. Bu kuruluş veya yapı ile mevcut uygulanan program, proje ve politikaların güçlendirilebilmesi ve diğer uluslararası organizasyonları dışlayan veya rekabete giren pozisyonda değil; tamamlayıcı, birleştirici ve

yönetişimi sağlayacak bir perspektiften faaliyetlerin sürdürülebilmesi beklenmelidir. Bu yaklaşım önerilirken temel düşünce Okonjo-Iweala (2020) tarafından COVID-19 pandemisi döneminde ifade edilen “bütün dünya güvende olana kadar hiç kimsenin güvende olmayacağı” savı üzerinden açıklanabilmektedir.

Böyle bir yapının finansmanı, özellikle gelişmekte olan ülkeler için önemli bir konu olarak değerlendirilmektedir. Mevcut sistemde söz konusu ülkelerin finansman sorunu kalkınma yardımları ile çözümlenmeye çalışılmaktadır. Bu sorununun üstesinden gelmek veya küresel kamusal mal sunumunun sağlanmasında uluslararası dayanışmanın teşvik edilmesi amacıyla, finansmanı destekleyecek kurumlarla birlikte resmi bir anlaşmaya dayanan güçlü bir uluslararası iş birliğine ihtiyaç duyulmaktadır (Kejzar ve Ponikvar, 2023: 30). Kuruluş yapısı kapsamında finansman kaynağı oluşturulması amacıyla öncelikle sağlık ve sosyal korumaya yönelik olarak mali alanın oluşturulması seçeneği değerlendirilmektedir. Akabinde küresel vergi önerisi olarak küresel sağlık vergisi seçeneği üzerinde durulmaktadır. Fon yönetimi ise kaynakların toplanıp değerlendirilmesi ve dağılımı açısından oldukça kritik önem taşımaktadır. Bu üç finansman seçeneğinin önerilen yapı çerçevesinde finansman birimi bünyesinde organize edilen ofisler aracılığı ile yönetilmesi öngörülmektedir.

#### **4.2. Sağlık ve Sosyal Korumaya Yönelik Mali Alan Oluşturulmasının Finansman ve Önerilen Uluslarüstü Kuruluş Açısından Öneminin Değerlendirilmesi**

Mali alan ilk olarak Heller tarafından gündeme getirilmiş bir kavramdır ve “bir hükümetin mali durumunun sürdürülebilirliğine herhangi bir zarar verilmeden belirli bir amaca yönelik olarak kaynak sağlanmasına olanak tanıyan bütçe alanının mevcudiyeti” şeklinde tanımlanmaktadır (Heller, 2005: 3). Farklı bir açıdan ise mali alan temel olarak; kaynak mobilizasyonunu artırmaya yönelik somut politika eylemlerinin bir sonucu olarak hükümetin kullanımına sunulan finansman olarak tanımlanabilmektedir (Roy vd., 2007). Dolayısıyla mali alan temel olarak, ülkelerin finansal ve mali sürdürülebilirliklerini etkilemeksizin ilave kaynak oluşturma potansiyelleri üzerinden tasarlanmaktadır. Literatüre bakıldığında sağlık ve sosyal korumaya yönelik mali alan oluşturma seçeneklerinin ayrı ayrı ele alındığı görülmektedir. Bu çerçevede önerilen kuruluş yapısında Finansman ve Mali Planlama Birimi bünyesinde yer alan Mali Alan Projeksiyonları Değerlendirme Ofisi tarafından mali alan değerlendirmeleri yapılarak yurt içi ve yurt dışı kaynak kullanımında etkinliğin sağlanabilmesi hedeflenebilecektir.

Bu noktadan hareketle 2000 yılı sonrasını kapsayan Milenyum Kalkınma Hedefleri döneminde sağlığa yönelik mali alanın kavramsallaştırılmasıyla ilgili açıklamalar, analizlerin yapılandırılmasına ve sağlık finansmanı reformlarının makro mali ortamlar içinde konumlandırılmasına yardımcı olduğu yönünde ifade edilmektedir. Bu kapsamda sağlığa yönelik mali alan oluşturma çalışmaları; ekonomik büyüme, bütçenin yeniden önceliklendirilmesi ve verimliliğin artırılması önlemleri şeklinde sıralanabilmektedir. Sağlık finansmanına yönelik reformların tasarlanmasının ve uygulanmasının daha etkili bir şekilde desteklenebilmesi adına, sağlığa yönelik gelecekte oluşturulabilecek mali alan değerlendirmelerinin bütçeleme süreçlerinde rutin hale getirilmesi ile siyasi ve teknik durumların dikkate alınması gerekmektedir (Barroy vd., 2016: v). Bu nedenle mali alan oluşturmaya yönelik adımlar düzenli olarak planlanıp uygulamaya konulduğu takdirde ülkelerin mali ve finansal yapıları açısından hareket alanı tesis edilebilecektir. Dolayısıyla da önerilen kuruluşun mali alanı kapsayan ofisi, ülkelere bu perspektiften yönlendirme seçeneği sunarak hem sağlık hem de sosyal korumaya yönelik kullanılabilir finansman oluşturma seçenekleri değerlendirilebilecektir.

Mali alan analizine yönelik olarak; sağlık hizmeti bağlamında kapsamın genişletilmesi için temel mali alan kaynaklarına odaklanan, verimlilik artışını içeren ve bu süreci daha kavramsal hale getiren bir yaklaşım gerektiği sonucuna ulaşılmaktadır. Bu doğrultuda mali alan analizi sistematik olarak yerel bütçeleme süreçlerine dahil edilmeli ve değerlendirilen seçeneklerin hem teknik hem de siyasi fizibilitesi dikkate alınmalıdır. Bu yaklaşımın benimsenmesi, devletin bütçe ve harcama kararlarının optimize edilmesi ve evrensel sağlık kapsamına yönelik ilerlemenin daha etkin bir şekilde desteklenmesi adına önemli bir potansiyel sunabilecektir (Barroy vd., 2016: vi). Bu doğrultuda sağlığa yönelik mali alan sağlanması amacıyla kullanılabilir kaynaklar şu şekilde sıralanmaktadır (Tandon ve Cashin, 2010):

- Uygun makroekonomik koşulların sağlanması,
- Devlet bütçesi içinde sağlığın yeniden önceliklendirilmesi,
- Sağlık sektörüne yönelik özel kaynaklarda (tahsis edilmiş fonlarda) artış sağlanması,
- Sağlık sektörüne yönelik özel hibe ve dış yardımların sağlanması ve
- Mevcut sağlık harcamalarının verimliliğinde artış sağlanmasıdır.

Bununla birlikte sosyal korumanın finansmanına yönelik mali alan oluşturma seçenekleri sistematik olarak şu şekilde sıralanabilmektedir (Ortiz vd., 2017: 2-3):

*-Kamu harcamalarının yeniden tahsis edilmesi:* Bütçe analizleri aracılığıyla bütçe tahsisatlarının değerlendirilmesini, yüksek maliyetli, düşük etkili yatırımların daha büyük sosyo-ekonomik etkileri olan harcama paketleri ile değiştirilmesini, verimsiz harcamaların ortadan kaldırılmasını ve yolsuzlukla mücadele edilmesini içeren en ortodoks seçenek olarak yer almaktadır.

*-Vergi gelirlerinin artırılması:* Tüketim, kurum kazancı, finansal faaliyetler, kişisel gelir, emlak, ithalat veya ihracat gibi farklı vergi konularına ilişkin vergi oranlarının düzenlenmesiyle elde edilen bir ana kanal olarak yer almaktadır. Ayrıca vergi gelirlerinin artırılması, vergi toplama yöntemlerinin etkinliğinin sağlanması ve vergiye gönüllü uyumun güçlendirilmesi yoluyla gerçekleştirilebilmektedir.

*-Sosyal güvenlik kapsamının ve katkı gelirlerinin genişletilmesi:* Mevcut sosyal güvenlik sistemlerinde, kapsamın genişletilerek katkı payı ödemelerinin artırılması, sosyal korumayı finanse etmenin güvenilir bir yolu olmakla beraber, sosyal harcamalara yönelik mali alan oluşturma imkânı sağlayabilmektedir. Öte yandan istihdama dayalı olarak oluşturulan sosyal güvenlik sistemi kayıt dışı ekonominin kayıt altına alınmasını teşvik edebilmektedir.

*-Yardım ve transferler için lobi faaliyetleri:* Kuzey – Güney veya Güney – Güney ülkeleri arasında transferleri artırmak için, farklı donör hükümetlerle ya da uluslararası kuruluşlarla ilişki kurulması gerekmektedir.

*-Yasadışı finansal hareketlerin ortadan kaldırılması:* Her yıl gelişmekte olan ülkelere yasadışı yollarla çıkarılan ve bu ülkelerin aldığı toplam yardım miktarının on katı olduğu tahmin edilen büyüklükteki kaynak göz önünde bulundurulduğunda, politika yapıcılar kara para aklama, rüşvet, vergi kaçakçılığı, ticaretin kötüye kullanılması ve diğer mali suçların yasadışı olduğunu ve hükümetleri sosyal ve ekonomik kalkınma için gereken gelirlerden mahrum bıraktığının ifade edilmesi gerekmektedir.

*-Mali fon ve döviz rezervlerinin kullanılması:* Devletlerin varlık fonları gibi özel fonlarında yer alan mali tasarruflarının ve diğer devlet gelirlerinin kullanılmasını ve/veya merkez bankasındaki döviz rezervlerinin yerel ve bölgesel kalkınma amacıyla kullanılmasını içermektedir.

*-Borçlanma veya mevcut borçların yeniden yapılandırılması aracılığıyla borç yönetiminin sağlanması:* Borç sürdürülebilirliğinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesinin ardından, imtiyazlı borçlar da dahil olmak üzere düşük maliyetli iç ve dış borçlanma seçeneklerinin araştırılmasını içermektedir. Yüksek borç yükü altındaki ülkeler için, borcun meşruiyetinin sorgulanabilir olması ve/veya dezavantajlı nüfus gruplarının durumunun kötüleşmesi açısından fırsat maliyetinin yüksek olması halinde mevcut borcun yeniden yapılandırılması mümkün olabilmektedir.

*-Daha uyumlu bir makroekonomik çerçevenin benimsenmesi:* Makroekonomik istikrarı tehlikeye atmadan daha yüksek bütçe açığı seviyelerine ve/veya daha yüksek enflasyon seviyelerine izin verilmesi anlamına gelmektedir.

Sağlığa yönelik mali alan değerlendirmeleri yapılırken ise aşağıdaki hususlara önem verilmesi gerektiği ilgili literatürde yer almaktadır (Barroy vd., 2018: 6):

- Hem gelir hem de harcama politikası seçeneklerinin baz alınarak ülke içi kaynaklara daha fazla vurgu yapılması,
- Mevcut bütçe sınırları dahilinde yeni sağlık harcamalarına yer açılabilmesi amacıyla kamu fonlarının etkinlik ve verimliliğinin artırılmasına özel önem verilmesi,
- Sağlığa yönelik mali alandaki değişim potansiyelini nicel olarak ortaya koyan ve reform süreçleri ile sonuçlarının ilişkilendirildiği tutarlı analitik yöntem ve ölçütlerin geliştirilmesi ve kullanılması,
- Değerlendirmelerin kapsamının sağlık sektöründeki iç ve dış finansman seçeneklerini daha bütüncül bir şekilde ele alacak şekilde genişletilmesi,
- Politik ekonomi dinamikleri dikkate alınarak yapılan değerlendirmelerin ulusal sağlık planlama ve bütçeleme süreçlerine dahil edilmesi ve
- Sağlık Bakanlığı ile Maliye Bakanlığı arasında politika diyalogunun kolaylaştırılması amacıyla, değerlendirme çalışmalarının kapasite geliştirme ve teknik yardım faaliyetleriyle desteklenerek birlikte yürütülmesi gerekmektedir.

Dolayısıyla yapı içinde önerilen ofis tarafından ülkeler için sağlık ve sosyal korumaya yönelik mali alan oluşturma seçenekleri analiz edilebilecektir. Böylelikle ayrı ayrı değerlendirmek yerine kaynakların daha etkin kullanımı söz konusu olabilecektir. Bu durumun

bir göstergesi olarak ise birbiri ile bağlantılı olan bu hizmetlere yönelik kaynakların ortak belirlenmesi politika sonuçlarını etkileyebilecektir.

Bu aşamada ayrıca; mali alan Milenyum Kalkınma Hedefleri'nin ortaya koyulduğu dönemde kavramsal düzeyde tanımlanmış ve önerilmiş olsa da ilerleyen yıllarda ESK'nin küresel bir hedef olarak benimsenmesi, diğer hastalık ve sağlık hedeflerinin yanı sıra gelişmiş mali korumanın sağlanabilmesi ve yoksulluğun azaltılması ile ilgili hedeflerin daha tutarlı bir şekilde takip edilmesi için bir fırsat sunduğunun belirtilmesi gerekmektedir. Sistem genelinde uygulanabilecek bir yaklaşım benimsendiği takdirde, sağlık değerlendirmelerine yönelik gelecekte oluşturulabilecek ilave mali alanın daha iyi konumlandırılması ile genel sağlık planlaması ve bütçeleme çalışmaları ile uyumlu hale getirilmesi mümkün olabilecektir (Barroy vd., 2018: 6). Bu açıdan bakıldığında ise, son yıllarda popülaritesi azalan bu kavramın akademik çevreler tarafından ülkelere sunulan bir politika seçeneği olarak değil; bir yapı tarafından yönlendirilecek bir politika uygulaması olarak göz önünde bulundurulması gerekliliği dikkat çekmektedir.

Sağlığa yönelik ilave mali alan oluşturma seçenekleri değerlendirildiğinde dış yardımların sürdürülebilirliği ve belirsizliği konularının söz konusu olması nedeniyle yurt içi kaynaklardan mali alan oluşturulabilmesinin daha kritik öneme sahip olduğu söylenebilmektedir. Bu kapsamda, vergi politikalarında ve vergi yönetiminde yapılacak düzenlemelerle vergiden kaçınma ve vergi erozyonundaki azalmalar mali alanı genişleterek, gelecek için kaynak oluşturulması seçeneğini gündeme getirebilecektir (Barroy vd., 2016: 23). Ancak bu seçenek her ülke için tercih edilmeyebilmektedir. Zira mali alan hesaplamaları her ülke özelinde ayrı değerlendirilmesi gereken bir niteliği haizdir.

Bu kapsamda vergi gelirlerinin artırılması aracılığıyla mali alan oluşturulması seçeneği göz önünde bulundurulduğunda, hane halkının genelinin tükettiği ürünleri kapsayan katma değer vergisi veya tüketim vergilerinin artırılmasının olumsuz sosyal etkileri göz önünde bulundurularak, önerilen bir politika seçeneği olmadığı belirtilebilmektedir. Tüketim vergilerinin artırılması ancak yüksek gelirli kişi veya hanelerin daha fazla tükettiği ürünlere yönelik olması halinde ihtiyatlı bir politika hedefi olabilmekte ve mali alanı güçlendirebilmektedir. Örneğin, düşük gelirli hanelerin bütçelerinde daha yüksek oranda yer alan temel mallar vergiden muaf tutulurken, esas olarak daha yüksek gelirli aileler tarafından tüketilen lüks mallar (lüks arabalar gibi) için daha yüksek oranlar belirlenmesi söz konusu

olabilmektedir. Bu şekilde, aşamalı olarak tasarlanan tüketim vergileri kamu kaynaklarını artırabilirken, aynı zamanda toplumun en savunmasız kesimlerini de koruyabilmektedir. Mali alanın artırılması amacıyla kullanılabilecek diğer bir vergi türü de alkollü içecekler, sigara ve petrol gibi tüketimi negatif dışsallıklar yaratan mallar üzerinden alınan tüketim vergileridir. Günah vergileri olarak da adlandırılan bu verginin artırılmasının avantajı, özellikle gelirin sosyal harcamalara yönlendirilmesi halinde, siyasi açıdan daha kabul edilebilir olmasıdır (Ortiz vd., 2017: 9-10). Mevcut vergi gelirlerine dayanarak DSÖ (2009) tarafından yapılan çalışmada, bazı gelişmekte olan ülkelerde tütün vergilerinin %50 oranında artırılmasının, sağlık harcamalarının yaklaşık yarısını karşılayabileceği belirtilmektedir. Dolayısıyla bu alanlarda kaynak anlamında bir potansiyelin bulunduğu ifade edilmektedir.

Genellikle ulusal sosyal koruma sistemlerinin genişletilmesi ve iyileştirilmesi adına yeterli düzeyde mali alanın eksik olduğu iddia edilmektedir. 2000’li yılların ortalarından itibaren bu argüman ile, birçok tahmin ve deneyime bağlı olarak, çoğu ülkenin asgari düzeyde bir sosyal korumayı karşılayabileceği, yalnızca birkaç ülkenin uluslararası desteğe ihtiyaç duyacağı vurgulanmıştır. Dolayısıyla bu ülkelerde sosyal korumanın finansmanı için ulusal kaynak mobilizasyonu ve dış yardımlar önem kazanmaktadır. Mevcut vergi gelirleri ile kıyaslandığında, etkili bir sosyal koruma tabanı inşasının maliyetinin nispi olarak daha yüksek olması nedeniyle, bu ülkeler ulusal mali alanlarını genişletmek için bütün seçenekleri takip ederken uluslararası toplum tarafından geçici olarak eş finansmana ihtiyaç duyabileceği belirtilebilmektedir. Bu aşamada eksik olan ise, küresel toplumun yoksul ülkelerde sosyal koruma vasıtasıyla yoksulluğu, güvensizliği ve eşitsizliği azaltmaya yönelik ulusal çabaların sistematik, tutarlı ve sürdürülebilir bir şekilde desteklenmesini sağlayan özel bir finansman olanağıdır (Cichon ve Lanz, 2022: 3). Dolayısıyla, ülkelerin temel sağlık hizmetlerine erişimlerini ve sosyal koruma hizmetlerini güçlendirebilmeleri için sürdürülebilir bir finansman altyapısının oluşturulması kritik öneme sahip olmaktadır. Bu noktada önerilen kuruluş bünyesinde yer alacak finansman hizmet birimleri arasında kurulacak olan etkin diyalog, bu yapının işlerliğini ve küresel düzeydeki iş birliğini artırma potansiyeline sahip olacaktır.

Her ne kadar ülkelerin ekonomik ve mali kapasiteleri birbirinden farklılık gösterse de, küresel sistemde karşılıklı bağımlılık ilişkileri göz önüne alındığında, ortak bir analiz ve koordinasyon çerçevesi ile hareket edilmesi mümkün görünmektedir. Bu çerçevede, ülkelerin sağlık ve sosyal koruma alanındaki açıklarının belirlenmesi; bu açıkların kapatılmasına yönelik teşvik edici ve kapsayıcı politika önerilerinin geliştirilmesini kolaylaştıracaktır. Dolayısıyla,

önerilen yapının finansman birimleri arasında sağlanacak bilgi paylaşımı, sadece fon sağlamakla sınırlı kalmayıp; aynı zamanda ülkelerin kendi iç dinamiklerine uygun, sürdürülebilir ve adil sağlık ve sosyal koruma politikaları geliştirmelerine katkı sunabilecektir.

Ayrıca geçmişte daha yaygın olan sosyal koruma harcamalarının özellikle düşük gelirli ülkeler açısından karşılanamaz olduğu argümanının, zaman içinde uluslararası arenada yaygınlığını yitirdiği gözlemlenmektedir. Bu nedenle SKA'ya ulaşılabilmesi, çocuk ve kadınların beşerî kalkınmasının sürdürülmesi ve insan haklarının, özellikle de kriz dönemlerinde, hayata geçirilmesi bağlamında önem arz eden ekonomik ve sosyal yatırımlara yönelik mali alan oluşturulması gerekmektedir (Ortiz vd., 2017: 1). Dolayısıyla hem sağlık hem de sosyal koruma için mali alanın artırılması, özellikle de temel olarak hükümet bütçeleri ile finanse edilen sağlık sistemlerinde hükümetlerin yeterli ve sürdürülebilir sağlık finansmanı sağlama kapasitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilecektir (Meheus ve McIntyre, 2017; Pedraza vd., 2019). Bu aşamada sosyal koruma açığı önem kazanmaktadır. Buradan hareketle mevcut açığın tespiti halinde bu açığın kapatılmasına yönelik mali alan oluşturma seçeneği daha net bir şekilde değerlendirilebilecektir.

Bu doğrultuda ulusal, bölgesel ve küresel düzeyde mevcut olan sosyal koruma açığının kapatılmasına yönelik yapılan hesaplamalara göre düşük ve orta gelirli ülkelerde, evrensel sosyal korumaya ulaşılabilmesi için gerekli finansman açığı yıllık GSYH'nin %3,3'üne tekabül etmekte olup, temel sağlık hizmetleri için GSYH'nin %2'si ve beş temel sosyal koruma (çocuklar, engelli bireyler, doğum, yaşlı ve işsiz bireyleri kapsayan) nakit yardımı için %1,3'üne ihtiyaç duyulmaktadır. Bu noktada mutlak olarak, düşük ve orta gelir grubunda yer alan ülkelerde sosyal koruma açığının kapatılması için yılda 1,4 trilyon ABD doları gerekmektedir. Bu tutarın çoğu (%60,1) temel sağlık hizmetlerini karşılamakta iken, kalan kısım sosyal koruma nakit yardımları arasında paylaşılmaktadır (Cattaneo vd., 2024: 6). Tablo 4.1'de ülkelerin evrensel sosyal koruma kapsamına ulaşabilmesi adına mevcut finansman açıkları, kamu harcamaları ve sosyal koruma harcamalarına göre değerlendirilmektedir.

**Tablo 4.1. 2024 Yılı Gelir Gruplarına ve Bölgelere Göre GSYH, Genel Devlet Harcamaları ve Sosyal Koruma Harcamalarının Yüzdesi Olarak Finansman Açığı (%)**

|                               | <b>GSYH'nın yüzdesi</b> | <b>Kamu harcamalarının yüzdesi</b> | <b>Sosyal koruma harcamalarının yüzdesi</b> |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|
| Düşük ve orta gelirli ülkeler | %3,3                    | %10,6                              | %31,6                                       |
| Düşük gelirli ülkeler         | %52,3                   | %310,0                             | %2737,3                                     |
| Alt orta gelirli ülkeler      | %6,9                    | %26,9                              | %120,7                                      |
| Üst orta gelirli ülkeler      | %1,4                    | %4,3                               | %11,9                                       |
| Afrika                        | %17,6                   | %70,1                              | %306,2                                      |
| Arap ülkeleri                 | %11,4                   | %28,1                              | %158,1                                      |
| Asya ve Pasifik               | %2,0                    | %6,6                               | %22,4                                       |
| Avrupa ve Orta Asya           | %1,9                    | %5,4                               | %11,5                                       |
| Latin Amerika ve Karayipler   | %2,7                    | %7,7                               | %18,0                                       |

Kaynak: Cattaneo vd., 2024: 21.

Tabloya göre küresel olarak bu açığın kapatılabilmesi için, düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerin sosyal koruma harcamalarını kademeli olarak mevcut kamu harcamalarının %10,6'sı oranında artırmaları gerekmektedir. Harcama artışı ise, mevcut sosyal koruma harcamalarının yüzde 31,6'sına karşılık gelmektedir. Ayrıca düşük gelir grubundaki ülkelerde finansman açığı daha fazladır; bu açık ise kamu harcamalarının dört katından fazlasına ve fiili sosyal koruma harcamalarının 28 katına eşit olmaktadır. Düşük gelir grubundaki ülkelerde, kamu harcamalarının %310'una ve sosyal koruma harcamalarının %2.737,3'üne denk gelen finansman açığı oldukça dikkat çekicidir. Öte yandan alt orta gelir grubunda yer alan ülkeler de önemli eksikliklerle karşı karşıya gelmektedir; bu noktada evrensel sosyal korumaya ulaşmak için kamu harcamalarının %26,9'u kadar ve mevcut sosyal koruma harcamalarının iki katından fazla artış yapılması gerekmektedir. Üst orta gelirli ülkelerdeki sosyal koruma kapsamı ve kamu harcamalarının daha yüksek seviyeleri göz önüne alındığında, finansman açığı bu ülkelerin kamu harcamalarının %4,3'ünü, sosyal koruma harcamaları açısından ise %11,9'unu oluşturmaktadır. Bu durum bir yandan gelir grupları arasındaki finansmanın adaletsiz dağılımına işaret etmekten, diğer taraftan küresel boyutta ele alındığında uygulanabilecek sağlam politikalarla çözüme kavuşabileceğini göstermektedir.

Bu doğrultuda mevcut konjonktürde finansman açığının kapatılması ve sosyal korumaya yönelik mali alanı genişletilmesi adına bütün ülkeleri kapsayacak ve uyum sağlayacak bir yaklaşımın mevcut olmadığının belirtilmesi yerinde olacaktır. Dolayısıyla ülkelerin ekonomik yapıları ve sosyal koruma sistemleri önem arz etmektedir. Sosyal koruma sistemi ve tabanının oluşturulmasının uzun vadeli uygulamaları gerektirdiği göz önünde bulundurulduğunda, artan

oranlı vergilendirme ve sosyal güvenlik katkıları da dahil olmak üzere ulusal kaynak mobilizasyonu sosyal koruma için kilit kaynaklar olarak karşımıza çıkmaktadır. Devlet borçlarının yönetimi ise, sosyal korumaya yönelik mali alanın genişletilmesi için önemli bir seçenek olarak değerlendirilebilmektedir. Yüksek borçlanma maliyetleri, COVID-19 salgını sırasında artan kamu borçları ile birleştirildiğinde, COVID-19 salgını öncesinde dahi zaten sürdürülemez borç yükleriyle karşı karşıya olan birçok gelişmekte olan ülkenin borç servis maliyetlerinin arttığı vurgulanmaktadır (Cattaneo vd., 2024: 28).

Ayrıca düşük gelirli ülkelerde dahi, sosyal korumanın finansmanına yönelik mali alanın genişletilmesi adına birden fazla seçenek söz konusu olabilmektedir. Bu noktada kilit husus; her ülkenin kendine özgü yapısı gereği mali alan seçeneklerinin ulusal düzeyde dikkatle incelenmesi ve alternatiflerin sosyal diyalog yoluyla tam olarak araştırılması gerekliliğidir (Ortiz vd., 2019: 16). Öte yandan ulusal kaynak mobilizasyonu ülkelerin sosyal koruma sistemlerinin temel yapı taşlarından birisi olmaya devam ederken, finansman açığının GSYH'nin %52,3'üne tekabül ettiği düşük gelirli ülkeler söz konusu olduğunda uluslararası dayanışmaya ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir (Cattaneo vd., 2024: 28). Bu noktadan hareketle ekonomik ve mali yapıları kaynak mobilizasyonuna uygun olan ülkelere bu seçeneklerin değerlendirilerek mevcut duruma uygun politika geliştirilmesi yerinde olacağı vurgulanmaktadır. Aynı zamanda mevcut ekonomik ve mali yapılarının ulusal kaynaklarla finansman açığının kapatılamayacağı konumda olan ülkelere ise farklı politika seçenekleri değerlendirilmesi gerekmektedir. Önerilen kurum kapsamında yer alan mali alan projeksiyonları değerlendirme ofisinin küresel ve ulusal kaynak kullanımında etkinliğin sağlanabilmesi için çalışmalarını bu perspektiften yürütmesi gerekmektedir.

Temel sağlık ve sosyal koruma kuruluşu bünyesinde yer alan mali alan projeksiyonları değerlendirme ofisinin ülkelerin vergi tabanlarının, harcama projeksiyonlarının ve mali sürdürülebilirliklerinin değerlendirilerek raporlandığı ve kaynak oluşturma imkanının net bir şekilde ortaya koyulduğu bir birim olarak faaliyet gösterebilecektir. Böylelikle ilk aşamada ülkelerin ilave vergi koyma kapasiteleri de tespit edilebilmiş olacaktır. Ayrıca Uluslararası Para Fonu (IMF) ve DB gibi kuruluşların sunduğu veriler ile ülkelere yönelik ekonomik simülasyonların, bu ofis tarafından hazırlanması hem ülkeleri ekonomik ve mali anlamda yönlendirebilecek hem de mali alan oluşturma sürecini destekleyen bir konumda yer alacaktır. Bu ofisin temel hedefi, temel sağlık ve sosyal korumaya yönelik kaynak oluşturulurken ilk olarak ulusal kaynaklara başvurulmasını sağlamak olarak öngörülmektedir. Böylelikle gelişmiş

ve gelişmekte olan ülkelerin kurumsal yapıya dahil olmaları için n adım niteliği taşıyabilecektir. Dolayısıyla nerilen yapı bünyesinde yaptırım yerine, uyum ve ikna etmeye dayalı politika uygulamaları hedeflendiği için ülkeleri öncelikle ulusal kaynak kullanımına yönlendirmek akabinde uluslararası kaynak havuzundan aktarım yapılması öngörülmektedir. Bu yapı hem kaynak kullanımında etkinliği sağlamakta hem de sistemin şeffaflığını desteklemektedir.

#### **4.3. Küresel Vergileme Bağlamında Sağlık Vergisinin Finansman Kaynağı Olarak Değerlendirilmesi**

Küresel vergilere yönelik görüşler genellikle iki ayrı grupta toplanmaktadır. Bu kapsamda bir grupta rüya veya mit, bir grupta ise kbus olarak değerlendirilebilen küresel vergi nerilerinin (Bird, 2015: 3) literatürde farklı boyutları ile tartışıldığı görülmektedir. Tez alışması kapsamında ise özellikle sağlık vergileri her iki görüş çerçevesinde değerlendirilmekle birlikte; önerilen kuruluş kapsamında finansman kaynağı olarak kullanılıp kullanılamayacağı üzerinde durulmaktadır.

Bu noktadan hareketle küresel vergiler, küresel kamusal malların üretilmesi, korunması ve geliştirilmesi amaçları çerçevesinde küresel ölçekte uygulanması önerilen vergiler olarak tanımlanabilmektedir. Bu görüşü savunanalara göre küresel kamusal zararların etkilerinin azaltılabilmesi küresel bir vergi veya vergi sisteminin tesis edilebilmesi ile mümkün olabilecektir. Dolayısıyla küresel bir iş birliği ile bu vergilerin uygulanabilirliğinin sağlanması tartışma konusu olmaktadır (Aktan, 2018: 149-151). Bu doğrultuda küresel vergilerin, küresel ölçekte sürdürülebilir bir refah toplumu oluşturulabilmesi adına önemli politik bir araç olduğu ifade edilebilmektedir (Eser ve Birinci, 2013: 178).

Ayrıca küresel faaliyetlerin olumsuz etkilerinin azaltılması ve gelir sağlanması amacı taşımakla birlikte; küresel kamusal malların sunulması ve hedeflere ulaşılabilmesi amacıyla elde edilen gelirlerin yeniden dağıtılması temeline dayanmaktadır. Küresel mal ve hizmetler üzerinden vergi alınması, küresel faaliyetlerin olumsuz etkilerinin azaltılması, gelirlerin artırılması ve elde edilen gelirlerin küresel ölçekte yeniden dağıtılması küresel vergilerin “mükemmel” bir şekli olarak değerlendirilebilmektedir (Uemura, 2007: 114). Dolayısıyla vergi ile elde edilen gelirlerin nasıl kullanıldığı, üzerinde durulması gereken bir konu başlığı olarak dikkat çekmektedir.

Bu kapsamda küresel vergilere verilebilecek role ilişkin olarak, uluslararası toplumda artan ve acil nitelik taşıyan ihtiyaçların giderilmesine yönelik finansal kaynak olarak nitelendirilmesi gerektiği ifade edilebilmektedir. Söz konusu ihtiyaçlar günümüzde yer alan uluslararası kamu finansman yöntemlerinde köklü ve yenilikçi bir reform yapılarak karşılanabilecektir. Dolayısıyla küresel vergiler, küresel ihtiyaçların finansmanı amacıyla, uluslararası piyasa başarısızlıklarının düzeltilmesi ve ülkeler arasında gelir dağılımı eşitsizliğinin iyileştirilmesi amacına hizmet edebileceklerdir (Mendez, 2001: 17).

Bu kapsamda küresel vergilerin gerekliliği üzerine yapılan açıklamalar şu şekilde sıralanabilmektedir (Uemura, 2007: 115-117):

- Öncelikle küresel faaliyetlerden kaynaklanan olumsuz etkilerin azaltılması amacıyla bir politika önlemi olarak küresel bir vergi gerekmektedir.
- Küresel bir vergi aracılığıyla, küresel kamusal malların sunumunun sağlanması amacıyla kullanılacak finansman kaynağı oluşturulması veya artırılması hedeflenmektedir.
- Bireysel kârların ve toplumsallaştırılmış risklerin adaletsiz bir yapı oluşturması nedeniyle adaletin sağlanabilmesi açısından küresel vergilere ihtiyaç duyulmaktadır.
- Son olarak da küresel vergilerin daha demokratik bir küresel yönetim inşa edilebilmesi adına son bir araç olabileceği düşüncesi çerçevesinde gerekliliği savunulmaktadır.

Küresel vergi önerileri değerlendirildiğine literatürde farklı sektörlerle ve kaynaklara yönelik önerilerin yer aldığı görülmektedir. Bu kapsamda sağlık temelinde tütün vergisi küresel bir vergi olarak düşünülebilmektedir. Birçok ülkede uygulanan bu vergi türü uluslararası sağlık programlarının finanse edilmesi kapsamında özel bir küresel vergi olarak önerilmiştir. Bu doğrultuda sağlıkla ilgili en önde gelen küresel vergi önerisi, istenmeyen sağlık etkileri olan ancak kontrol altına alınabilmesi adına sigara ile ilgili olarak ön plana çıkmaktadır (Bird, 2015: 10). Tütün ve alkol vergilerinin uygulanmasında temel amaçlardan birisi de vergileme aracılığıyla tüketimlerinin azaltılması ve bu ürünlerin tüketimiyle ilişkili hastalıkların sağlık yükünün azaltılması noktasında etkili olabilmesinin sağlanmasıdır. Bu alanlardaki endüstriler bu tip bir vergiye çeşitli nedenlerle karşı çıkabilmektedir. Bu nedenlerden bazıları, verginin regresif yapıda olması, yasa dışı ticaret ve istihdam üzerindeki etkileri olarak

sıralanabilmektedir. Ancak elde edilen kanıtlara bakıldığında düşük gelirli nüfus grupları kısa vadede mali açıdan olumsuz yönde etkilense de orta ve uzun vadede azalan sağlık harcamaları ve refah artışı ile söz konusu olumsuzluğun telafi edildiği görülmektedir. Ayrıca, tüketici talebinin istihdam yaratan diğer ürünlere doğru kayabileceği ve vergilendirilen sektörlerdeki istihdam kaybını telafi edebilmesi nedeniyle vergilendirmenin toplam ekonomik faaliyeti veya istihdamı olumsuz yönde etkilemediği belirtilmektedir. Bununla birlikte tütün vergisi nedeniyle yasa dışı ticaretin küresel olarak artış göstermediği görülmektedir (Paraje vd., 2023: 7).

Dolayısıyla, tütün ve alkol endüstrileri tarafından olumsuz bir şekilde temellendirilse de uygulama ve araştırmalar yalnızca ekonomik ve mali boyutlarıyla değil; aynı zamanda sağlık, sosyal ve sosyoekonomik sonuçlarıyla birlikte değerlendirildiğinde, bu tür bir vergi uygulamasının olumlu etkiler oluşturabileceği ifade edilmektedir.

Ayrıca 2014 yılında Meksika’da uygulanmaya başlayan şekerli içeceklerin litresi başına konulan şekerli içecek vergisi bu bağlamda dikkat çekici bir uygulama olarak yer almaktadır. Bununla birlikte 2018 yılında ise Birleşik Krallık ve Güney Afrika’da içeceklerdeki şeker yoğunluğuna bağlı olarak vergilendirme tercih edilmiştir (Salgado Hernández ve Ng, 2021: 2; Salgado Hernández vd., 2023: 7). Bu uygulamaların sonuçlarına ilişkin olarak ABD, Avustralya, Güney Afrika, Kanada, Birleşik Krallık ve Meksika’da yürütülen on beş akademik çalışma incelendiğinde şeker vergisinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırdığı ortaya koyulmuştur. Bu kapsamda önlenen sağlık bakım maliyetleri ve şeker vergilerinden elde edilen gelirle sağlanan tasarrufların, müdahale maliyetlerini aştığı sonucuna ulaşılmaktadır. Bu çerçevede şeker vergisinin maliyet tasarrufu sağlayan maliyet etkin bir müdahale aracı olduğu belirtilebilmektedir (Liu vd., 2022: 195-196). Dolayısıyla şekerli içeceklere yönelik vergilemenin bazı ülkeler temelinde tercih edilmeye başlandığı ve sağlıkla olumlu yönde ilişkilendirildiği görülmektedir. Bu noktadan hareketle böyle bir verginin, uygulama alanı ve vergi gelirlerinin kullanımı gibi koşullar sağlandığı takdirde verimli bir küresel sağlık politikası aracı olarak değerlendirilmesi mümkün olabilecektir.

Bu kapsamda birey ve toplum sağlığını etkileyen ürün veya ürün grupları üzerine vergi konulması, sağlığın korunması ve hastalıkların oluşmadan önlenmesi için önemli bir politika aracı olarak değerlendirilmektedir. Bu durumun bir uzantısı olarak ise vergilendirilen ürünün fiyatının yükselmesi nedeniyle tüketiminin azalacağı yönündeki politika, stratejik kamu sağlığı yaklaşımı olarak ifade edilmektedir. Dolayısıyla tütün, alkol ve sağlıksız beslenme

sonucunda ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle her yıl 40 milyondan fazla insanın hayatını kaybetmesi nedeniyle, sağlık vergisinin söz konusu ölümleri azaltmaya yardımcı olabileceği ifade edilmektedir (Ghebreyesus ve Clark, 2023: 1).

Bununla birlikte, küresel tütün vergisi ile elde edilen gelirin sağlık programlarının finansmanına tahsis edilmesi gerektiği hususu DSÖ tarafından önemle gündeme getirilmektedir (DSÖ, 2012). Ayrıca küresel vergileme bağımsız bir finansman kaynağı olarak, sadece sağlık için değil aynı zamanda ulusal sosyal koruma tabanları için kalıcı kurumlar inşa etmek isteyen düşük gelirli ülkeler açısından ciddi bir engel olarak görülen donörlerin güvenilmezliği, kararsızlığı ve kısa vadeli oluşu gibi sorunların üstesinden gelinmesine de yardımcı olabilecektir (Yeates vd., 2023: 59).

Summan vd. (2020) tarafından yapılan çalışmada tütün, alkol ve şekerli içecek vergilerinin artırılmasının sorunun çözümüne yönelik etkisine ilişkin küresel bir tahmin sunulmaktadır. Buna göre özellikle başta düşük ve orta gelir grubundaki ülkeler olmak üzere bütün ülkelerin, alkol, tütün ve şekerli içeceklerin üzerindeki vergileri artırarak önemli ölçüde fayda sağlayabileceği belirtilmektedir. Ayrıca tütün, alkollü ve şekerli içecekler üzerindeki tüketim vergisi artışlarının, bir taraftan erken ölümleri azaltarak önemli sağlık kazanımları sağlarken; diğer taraftan sağlık finansmanının artırılmasına yönelik olarak kullanılabilecek devlet gelirlerini de artırabileceği vurgulanmaktadır. Dolayısıyla maliye politikası araçları ile küresel hastalık yükünün hafifletilmesi amaçlanabilmektedir.

Bazı neo-liberal iktisatçılar tarafından tütün, alkol ve şeker piyasalarında, devlet müdahalesi gerektiren asimetrik bilgi ve dışsal sosyal maliyetler şeklinde piyasa başarısızlıklarının olduğu kabul edilmektedir (Reubi, 2016: 485). Bu nedenle de piyasa başarısızlıklarının giderilebilmesi açısından vergileme seçeneği önem arz etmektedir.

Ancak küresel kamusal malların vergilendirilmesinin önünde bazı engeller bulunabilmektedir. Bu engellerin başında ise, küresel kamusal bilincinin henüz tam olarak dünya genelinde yaygın olmaması gelmektedir (Baykal, 2020: 179). Küresel vergilemenin önündeki bir diğer engel ise uygulama açısından ortaya çıkmaktadır. Bu kapsamda sorunun yönetim açısından ortaya çıktığı ve bu alanda küresel bir organizasyonun eksikliği ifade edilebilmektedir. Böyle bir organizasyonun yokluğu durumunda, küresel vergilerin uygulanması ya da uluslararası bir vergilendirme rejiminin oluşturulmasının mümkün olamayacağı ifade edilebilmektedir (Yıldız ve Eser: 2023: 52). Ayrıca sağlık vergisi

kapsamında yer alan alkol, tütün ve şekerli içecekler gibi ürünlerin bağımlılık oluşturma etkisi olması nedeniyle böyle bir verginin etkili olmayacağı yönünde görüşler de bulunmaktadır. Söz konusu görüşlere göre fiyat artışı ile inelastik talebe bağlı olarak bu ürünlerin tüketiminin azalmayabileceği savunulmaktadır. Ayrıca verginin regresif yapıya sahip olması gerekçesiyle, yüksek fiyatlara bağlı olarak düşük gelirli bireylerin zararlı alışkanlıkları terk etme olasılığını artırdığı görüşü reddedilmektedir (Haile, 2009). Bulaşıcı olmayan hastalıklar ise gizli pandemi olarak nitelendirilmekte ve bu pandemi ile mücadele açısından gelir artışı sağlayan bir politika aracı olarak sağlık vergileri gündeme gelebilmektedir. Bu bağlamda sağlık vergisi yanlısı görüşlere dayalı olarak ortaya konulan çıkarımlar; kurumsal siyasi etkinin sınırlandırılmasına, küresel düzeyde adaletsiz dağılan tüketim kalıplarının yeniden dengelenmesine ve gelecek nesillerin sağlık ve refahının artırılmasına yardımcı olabileceği yönündedir. Öte yandan vergiye karşı çıkan görüşler ise genellikle sanayiye yönelik tehdit oluşturacağı ve bazı meslekleri elimine edeceği, düşük gelirli kesimin vergilendirileceği, dar tabanlı ve adaletsiz olduğu gerekçelerinde birleşmektedir (Koon ve Marten, 2023). Bu eleştiri ve yorumlara karşılık birçok ülkenin gelir oluşturma seçeneği çerçevesinde bu ürünlere yönelik vergilemeyi tercih ettiği söylenebilmektedir. Tez çalışması kapsamında bu gelirin uluslararası bir kuruluş tarafından ülkeler lehine sağlık ve sosyal korumaya yönelik olarak kullanılabilmesinin olumlu etki oluşturacağı ifade edilebilmektedir.

Diğer uluslararası kuruluşların karşılaştığı gelişmiş ülkelere, gelişmekte olan ülkelere doğru kaynak transferinde yaşanan isteksizliğin temel sağlık ve sosyal koruma kuruluşu için değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda bu verginin sadece gelişmiş ülkelerde yaşayan vergi mükelleflerinden tahsil edilmesi öngörülmemektedir. Bu vergiyi uygulayan ve kabul eden ülke sayısı arttıkça sisteme olan güven de perçinlenecektir. Ayrıca temel sağlık ve sosyal korumaya yönelik eşitsizlik sadece gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında olmadığı için, bu vergi ulusal düzeyde karşılaşılan eşitsizliklerle de mücadele aracı olarak yer bulmaktadır. Dolayısıyla sadece gelişmekte olan ülkelere yönelik bir kaynak ayrılması gündemi yerine, vergi gelirinin ulusal ve bölgesel eşitsizliklere yönelik kaynak olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

Bu bağlamda küresel vergi önerilerinin uygulanabilmesi için küresel düzeyde etkin, yaptırım gücü olan ve meşru kabul edilen bir otoritenin kurulması veya görevlendirilmesinin gerekliliği dikkat çekmektedir. Ayrıca bu yetkilendirmenin küresel düzeyde katılım ile onaylanmış bir uluslararası anlaşmaya dayanması gerekmektedir. Bu noktada söz konusu vergi

önerilerinin ulus devletler tarafından tahsil edilerek küresel kuruluşa aktarılması daha gerçekçi olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca verginin uygulanması sırasında ortaya çıkabilecek teknik sorunlar küresel ölçekte saydam, demokratik ve katılımcı bir yapıya sahip ve politik engellerin ortadan kalktığı bir küresel yönetim kurumunun kurulması ile çözümlenebilecektir (Tekin ve Vural, 2004: 334-335).

Bütün bu açıklamalarla birlikte, ulusal vergi sistemleri içerisinde alkol, tütün ve şekerli içeceklerle yönelik vergilerle birlikte diğer politika uygulamaları eşanlı uygulamaya konulduğunda küresel boyutta daha fazla etki gösterebileceği ifade edilebilmektedir (Summan vd., 2020: 11). Ayrıca küresel vergi adına rağmen, fikir olarak küresel bir verginin uygulanması değil, ülkelerin ek bir vergi getirerek, gelir ile sağlık programlarına finansman sağlanmasına dayanabileceği belirtilebilmektedir (Bird, 2018: 13). İlave olarak küresel ekonominin karşı karşıya kaldığı birçok zorlukla mücadele edebilmek için sağlık vergileri, çözümün önemli bir parçası olarak değerlendirilebilmektedir. Bu doğrultuda sağlık vergileri, devletlerin sağlık, eğitim ve diğer sosyal önceliklere yatırım yapabilmesi için gelir elde etmesine katkı sağlayabilmektedir. Buradan hareketle doğru kullanıldığında hastalıkların önlenmesi, ölüm oranlarının düşürülebilmesi ve sürdürülebilir toplumlar ve ekonomiler inşa edilebilmesi için güçlü bir araç olarak değerlendirilen sağlık vergilerine ilişkin kamu politikası tartışmaları sürdürülmektedir (Ghebreyesus ve Clark, 2023: 2).

Dolayısıyla içinde bulunulan çoklu kriz döneminde, ülkelerin acilen gelecekte karşılaşılabilecekleri sağlığı riske atabilecek pandemi gibi durumlara hazırlanmaları ve kronik hastalıkların artan yükünü azaltmaları gerekmektedir. Bunu uygulayabilmek ve ülke ekonomilerini yeniden inşa edebilmek adına basit ve hızlı gelir kaynaklarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle de diğer vergi seçenekleriyle karşılaştırıldığında, sağlık vergileri birçok ülkede hızlı ve kolay bir şekilde uygulanabilecek bir seçenek olarak yer aldığı çıkarımında bulunulabilmektedir (Klemperer ve Baker, 2024: 14).

Son yıllarda birçok ülkede sağlık vergilerinde artış gözlemlense de sağlık vergilerinin uygulama boyutu ele alındığında küresel olarak yetersiz kaldığı belirtilebilmektedir. Bununla birlikte, bazı çalışmalarda sağlık vergilerinin ülkeler açısından birey ve toplum sağlığının desteklenmesi, gelir elde edilmesi, eşitliğe yatırım yapılması ve hayat kurtarılabilmesi açılarından etkili ve maliyet etkin bir fırsat olarak değerlendirilmektedir (Ghebreyesus ve Clark, 2023: 1). Öte yandan eş zamanlı yaşanan ekonomik ve mali krizler, düşük gelirli ülkelerin

sağlık krizlerinin üstesinden gelmek için kaynak yaratma kabiliyetlerini daha da kısıtlamıştır. Özellikle COVID-19 pandemisi sonrası, düşük büyüme oranları ve yüksek enflasyon bu ülkelerde dikkat çekmektedir. Bu durum ile bağlantılı olarak, küresel ekonominin önümüzdeki son beş yıllık projeksiyonda son 30 yılın en düşük ekonomik büyümeye hazırlandığı belirtilmektedir. Dolayısıyla çoklu krizlerin küresel düzeyde yaşandığı böyle bir ortamda toplum sağlığı ve mali alanın olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (Klemperer ve Baker, 2024: 3).

Bir başka açıdan bakıldığında kamu harcamalarının durağan olduğu ve borç stokunun arttığı bir durum, düşük gelir grubundaki ülkelerin ilave kamu harcamaları için yetersiz mali alana sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle sağlık finansmanı açısından bakıldığında, bu ülkelerde sağlık finansmanı seviyelerinin kronik olarak yetersiz olması ve sağlığın önceliklendirildiğine dair herhangi bir göstergenin bulunmaması, akut/kronik bir krizin muhtemel olduğu anlamına gelmektedir. Bu nedenle, mevcut ekonomik ve mali krizin ortasında, devletlerin sağlık hizmeti maliyetlerini ve sağlık sistemi üzerindeki baskının azaltılabilmesi ve sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere temel kamu hizmetlerinin finanse edilebilmesi adına ek gelir elde etmesi gerekmektedir. İşte bu noktada sağlık vergilerinin kritik bir rol üstlenebileceği belirtilebilmektedir (Klemperer ve Baker, 2024: 11).

Sağlık vergilerinin uygulanmasında karşılaşılan temel zorluklardan birisi, liderlik eksikliğine bağlı olarak, endüstriyel çıkar gruplarının ve lobiciliğin etkisine karşı koyabilecek siyasi koalisyonların oluşturulması olarak belirtilmektedir (Klemperer ve Baker, 2024: 15). Bu durum söz konusu vergilerin sürdürülebilir şekilde yönetilebilmesi adına küresel düzeyde bir yönetim yapısına duyulan ihtiyacı bir kez daha ortaya koymaktadır. Bu noktada endüstrilerin gösterdiği dirence karşılık, açıklayıcı argümanlarla bu sürecin yönetilmesi sağlanabilecektir. Vergilemenin amacının yasaklamak olmayıp; küresel sağlığı ve sosyal korumayı desteklemek ve böylelikle de uzun vadede hem ulusal hem de uluslararası ekonomik ve sosyal etki yaratılmasının sağlanmasının amaçlandığı sosyal medya ve iletişim araçları aracılığıyla açıklanabilecektir. Ayrıca söz konusu endüstriler ile iş birliği yapılarak alternatif sağlıklı ürünlerin (şeker içermeyen içecekler, nikotin içermeyen sigara gibi) geliştirilmesi ve üretilmesi yoluyla teşvike dayalı ortak çözümler sunulabilecektir.

Küresel sağlık vergilerinin uygulanabilirliği açısından uluslararası düzeyde iş birliğinin tesis edilmesi vazgeçilmez bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Bu iş birliğinin sağlanması

ve vergi yönetiminin yürütülebilmesi amacıyla uluslarüstü bir otoriteye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kapsamda söz konusu verginin, ülkelerin kendi topraklarında uygulanacak şekilde tasarlanması ve ulusal egemenlik ilkesiyle çelişmeden, bu otorite tarafından yönlendirilmesi gerekmektedir. Küresel sağlık vergisinden elde edilen gelirin kuruluş bünyesindeki fona aktarılması değerlendirilmesi ise temel getirilerden birisi olarak değerlendirilmektedir. Fonun kullanım şekli ve amacı ise tez çalışmasının sonraki başlığında açıklanmaktadır. Günümüzde bazı ülkelerde uygulanan tahsisli vergi bu anlamda örnek oluşturmaktadır. Böyle bir uygulamanın küresel seviyeye taşınması, küresel finansman açığının kapatılabilmesi açısından önem arz etmektedir.

Bu kapsamda önerilen yapı içerisinde, küresel sağlık vergilerinin toplanması ve yönetilmesi, kuruluş bünyesinde yer alan Küresel Sağlık Vergisi Ofisi tarafından koordine edilecektir. Bu ofis tarafından, ulusal düzeyde uygulanacak olan verginin küresel dayanışmanın güçlendirilmesi açısından temel değerlerden birisi olduğunun, uzun vadede kamu sağlık ve sosyal koruma harcamalarında azalma ile sonuçlanabileceğinin, şekerli içeceklerin tüketimindeki azalmayla birlikte (özellikle obeziteye bağlı diyabet, yüksek tansiyon ve kronik kalp hastalıkları gibi) hastalık yükünün düşebileceğinin ve ulusal sağlık hizmetlerinde iyileşmenin sağlanabileceğinin kanıta dayalı verilerle açıklanması gerekmektedir. Bu noktada söz konusu verginin ulusal düzeyde uygulanmasının planlanıyor oluşu, devletlerin temel egemenlik haklarından birisi olan vergi salma otoritesinin başka bir kuruma devri anlamı taşımayacağı ifade edilebilmektedir. Diğer bir ifadeyle, uygulamanın ulusal düzeyde yapılmasıyla egemenlik haklarının korunduğu bir çerçevenin sunulması amaçlanmaktadır. Ayrıca verginin ülkeler tarafından uygulanmasının teşvik edilebilmesi amacıyla;

- Kuruluş bünyesinde yer alan fon gelirlerinden öncelikli yararlanma hakkı,
- Teknik yardıma erişim desteği,
- Diğer bağlantılı uluslararası organizasyonların program ve projelerine dahil olunması gibi stratejik teşvik mekanizmalarının geliştirilebileceğinin belirtilmesi önem arz etmektedir.

Bu noktada vergileme ile elde edilen gelirlerin kamusal hizmet sunumunu doğrudan desteklemesi kapsamında ortaya çıkacak olan toplumsal faydanın net bir şekilde ifade edilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla vergi ile elde edilen gelir sosyal koruma ve sağlık fonuna aktarılması değerlendirilip; ulusal ve bölgesel sağlık ve sosyal korumaya erişim eşitsizliklerinin giderilmesi

amaçlanmaktadır. Bu yönüyle böyle bir vergi, sadece mali araç olarak değil, aynı zamanda küresel eşitsizlikle mücadelede bir sosyal politika enstrümanı olarak önem kazanmaktadır.

#### **4.4. Sağlık ve Sosyal Koruma Fonu Aracılığıyla Finansman Sağlanmasının Değerlendirilmesi**

Literatürde sosyal korumaya yönelik ayrı, sağlığa yönelik ayrı fon önerilerinin yer aldığı görülmektedir. Ancak tez çalışması kapsamında sağlık ve sosyal koruma birbiriyle bağlantılı olarak ve küresel kamusal mal perspektifinden değerlendirilmesi nedeniyle fon önerisinin iki kavramı da bünyesinde barındıracak şekilde tasarlanması gerekliliği ifade edilmelidir.

Son dönemde yaşanan sosyal, ekolojik ve ekonomik krizler sadece dünya genelinde sosyal koruma sistemlerindeki boşlukları ortaya çıkarmakla kalmamış, aynı zamanda uluslararası finansal mimarinin evrensel sosyal koruma sistemlerinin ve zeminlerinin geliştirilmesinin desteklenmesi konusunda yetersiz kaldığına da küresel çapta dikkat çekmektedir (Yeates vd. 2023: 1). Bu doğrultuda özellikle düşük gelirli ülkelerde sosyal koruma sistemlerinin yaygınlaştırılması amacıyla sağlanan uluslararası mali kaynakları bir araya getiren küresel fon önerisi şeklindeki finansman mekanizmasının bir seçenek olarak değerlendirilebilmesi önem arz etmektedir. Bu kapsamda ILO tarafından evrensel sosyal korumaya ulaşılabilmesi adına ulusal kaynak seferberliği çabalarını tamamlayabilecek ve destekleyebilecek küresel sosyal koruma fonu gibi yeni bir uluslararası finansman mekanizması kurulması amacıyla somut önerilere yönelik tartışmaların gerekliliği üzerinde durulmaktadır (Cichon ve Lanz, 2022: 6).

Ayrıca sosyal koruma bağlamında kurulacak olan küresel sosyal koruma fonunun, kısıtlı kaynaklara sahip ülkelerin sosyal koruma sistemi ve tabanı geliştirmelerini engelleyen sınırlamaları da ele alması gerekmektedir. Bu ülkelerin karşılaştığı zorluklardan birisi, ekonomik kapasiteye göre sosyal koruma sistemlerinin geliştirilmesine ve sosyal koruma tabanının genişletilmesine yönelik yapılacak yatırım için yeterli düzeyde kaynak bulunmaması olarak ifade edilmektedir (Yeates vd., 2023: 17). Düşük gelirli ülkelerin sosyal koruma tabanı açığını kapatabilmesi için gayri safi yurtiçi hasıllarının yüzde 10'undan fazla bir tutara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu doğrultuda dünyanın en yoksul ülkeleri arasında yer alan bu ülkelerin, bu açığı kapatmak için yeterli kaynağı toplayabileceği ve orta vadede sosyal koruma sistemine yönelik uygulamalar yapabilmesi mümkün görünmemektedir (Bierbaum ve Schmitt, 2022; Cichon ve Lanz, 2022). Bu ülkelerin yüksek borç stoku ve yetersiz iç kaynağa sahip olmaları

nedeniyle sosyal koruma için küresel fon oluşturulması seçeneği bu ülkelere fayda sağlayabileceği düşünülmektedir.

İkinci zorluk, bu ülkelerin sisteme yönelik savaş, ekonomik kriz, salgın, doğal afet veya iklim krizi gibi büyük şokların yıkıcı etkilerine bağlı olarak, ihracat gelirlerinde veya işçi dövizlerinde ani/yıkıcı bir kayba ve gıda ve ilaç gibi temel malların maliyetlerinde artışa yol açması olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla küresel sosyal koruma fonu, bir istikrar mekanizması olarak işlev görebilecek ve ülkelerin bu tür şokların etkilerine karşı korunma kapasitesini artırabilecektir. Potansiyel bir küresel sosyal koruma fonunun bu makroekonomik kriz yönetimi işlevi, ülkelerin hak temelli sosyal koruma sistemi ve tabanı geliştirebilmeleri, hakların mevzuatta yer alması ve uzun vadede bu hakları garanti altına alacak şekilde uygulanabilir olması için önem teşkil etmektedir (Yeates vd., 2023: 17). Ayrıca sosyal koruma fonu hem bu ülkeler hem de birbirine entegre olmuş küresel ekonomik ve finansal sistem açısından temel bir sigorta işlevi ve finansal ve sistemik şoklara karşı koruma kalkını görevi üstlenebilecektir.

Üçüncü zorluk ise, söz konusu ülkeler için mevcut kalkınma finansmanı yöntemlerinin evrensel sosyal koruma sistem ve tabanının teşvik edilmesi için yetersiz kalması olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kapsamda uluslararası kalkınma finansmanının kurumsal mimarisinin sosyal korumaya yeterince odaklanmadığı ve donör kuruluşların bütçe taahhütlerinin (pilot projeler de dahil olmak üzere) büyük ölçüde kısa vadeli olma eğiliminde olduğu görülmektedir. Bu durum, zaten kısıtlı mali kapasiteye sahip olan ve borçlanamayan (veya borçlanmak istemeyen) ülkeleri, uzun vadeli taahhütlerde bulunabilmek adına ihtiyaç duydukları mali güvenlik ve istikrardan mahrum bırakmaktadır. Dolayısıyla yoksul ülkelere orta vadede özel finansman sağlayan bir küresel sosyal koruma fonu, ülkelerin sosyal koruma sistemlerini güçlendirip, sosyal koruma tabanını genişletmeyi sürdürebilmeleri için gereken istikrar ve öngörülebilirliği sağlayabilecektir (Yeates vd., 2023: 18). Bu nedenle böyle bir fonun en önemli özelliği olarak sürdürülebilir finansmanın sağlayıcısı konumunda yer alması ifade edilebilmektedir. Dolayısıyla böyle bir yapının kurulabilmesi kapsamında sürdürülebilir finansman kaynağı tesisi önem arz etmektedir.

Bununla birlikte düşük gelir grubundaki ülkeler, sosyal ihtiyaçlarının genellikle daha yüksek ve kamu gelirlerinin nispeten daha düşük olması nedeniyle sosyal hakların garanti altına alınmasına yönelik olarak yeterli mali alana sahip olmayabilmektedirler. Ayrıca bu ülkeler,

kamu gelirlerindeki azalışla birlikte kamu harcamalarında ani bir artışa neden olan ekonomik, iklim veya sağlık şoklarına karşı sosyal koruma programlarının uygulanabilirliğini tehdit edebilen ve savunmasız durumda olan bir ekonomik yapıya sahip olabilmektedir. Bu nedenle sosyal korumaya yönelik küresel bir fon oluşturularak düşük gelirli ülkelere verilen destekler artırılarak, hem sosyal koruma tabanı oluşturulmasına ve sürdürülmesine hem de sosyal koruma sistemlerinin şoklara karşı dayanıklılığının artırılmasına destek olunması gerekmektedir (Schutter, 2021: 1).

Sağlığa yönelik kaynak oluşturulabilmesi açısından ise özellikle düşük gelir grubundaki ülkelere kalkınma yardımları bağlamında donör ülkeler tarafından yapılan bağış ve yardımlar önem arz etmektedir. Bu noktada sağlığın küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesi nedeniyle finansman kaynağı olarak ele alınan bağış ve yardımlar ile ülkelerin tutumu kilit rol oynamaktadır. Bu doğrultuda donör ülkelerin, küresel sağlığa yönelik atılan adımların iyileştirilmesinin kendi çıkarlarına hizmet edebileceğini anlayabildiği takdirde, yardımların sürdürülebilir olması gerekmektedir. Ancak bağış ve yardım yapmadıkları takdirde diğer donör ülkelerin çabalarından fayda sağlayabildikleri senaryoda, katkıda bulunmaktan kaçınabileceklerdir. Bu noktada küresel sağlık fonu önerisi ile, finansman açısından bedavacılık sorunu engellenebilecek ve küresel kamusal malların finansman yükünün paylaşılabilmesi daha kolay sağlanabilecektir (Ooms ve Hammonds, 2014: 16-17). Doğrudan bir ülkeye donör olunması yerine bir fona yönelik yapılan yatırımların ulusal ve küresel eşitsizliklerin giderilebilmesi amacıyla kullanıldığında sadece yardımın yapıldığı ülkelere değil; aynı zamanda küresel düzeyde fayda sağlanabilecektir.

Bu kapsamda sağlık alanında GAVI örnek olarak gösterilebilmektedir. Aşı İttifakı ile 2000 yılında çocuk ölümlerinin azaltılması ve düşük gelirli ülkelerde aşılama erişimin artırılması amacıyla küresel bir sağlık ortaklığı olarak kurulmuştur. DSÖ, UNICEF, DB, Bill & Melinda Gates Vakfı ve birçok devlet ile özel sektör temsilcilerinin iş birliğiyle faaliyet göstermektedir. Bu doğrultuda GAVI'nin temel prensipleri; düşük ve orta gelirli ülkelerin bağışıklama programlarının desteklenmesine yönelik finansman sağlanması, aşı fiyatlarının düşürülmesinin kolaylaştırılması ve sürdürülebilir aşılama sistemlerinin kurulmasına katkıda bulunulması olarak ifade edilebilmektedir. GAVI'nin yönetim yapısı ise, kamu-özel sektör ortaklığı modeliyle küresel sağlık yönetiminde yenilikçi bir finansman ve iş birliği örneği sunulmasını hedeflemiştir (Brugha vd., 2002: 435; Vujicic vd., 2012: 650).

GAVI bünyesinde finansman birimi olarak yer alan IFFIm (Bağımsızlık İçin Uluslararası Finansman Aracı - International Finance Facility for Immunisation) fon işleyişi açısından dikkat çekmektedir. IFFIm uzun süreli bağışları garanti altına almak için donör ülkelerden 20 yıllık sürede ödeme yapma sözü almaktadır. Ayrıca Aşı Tahvilleri aracılığıyla küresel finansal piyasalarda tahvil ihracı gerçekleştirilmektedir. Böylelikle aşı üretimi ve dağıtımını açısından doğrudan bağlantı kurulmaktadır (Crocker-Buque ve Mounier-Jack, 2016). IFFIm (n.d.) tarafından Aşı Tahvilleri ile, yatırımcılara ödüllü bir finansman aracı sunarak cazip getirilerle portföy çeşitlendirme fırsatı sağlarken, milyonlarca çocuğun hayatını korumaya yardımcı olma amacı taşıdığı açıklanmaktadır. Bu nedenle bu tahvillere yenilikçi finansman açısından sosyal tahviller olarak da isimlendirilmektedir.

Yenilikçi finansman olarak değerlendirilen bu yöntem yüksek maliyetli, etkinliğinin tartışmalı oluşu ve şeffaflık konusundaki endişeler gibi nedenlerle eleştirilebilmektedir. Ancak aşı araştırma ve geliştirme çalışmaları ve COVID-19 pandemisi döneminde yürütülen faaliyetlerle küresel kamusal mal üretim ve finansmanına katkı sağlanmıştır. Ayrıca kamu fonları ile özel sektör piyasalarını bir araya getiren bu yapı karma finansman olarak değerlendirilmektedir (Stein ve McNeill, 2025: 11-12). Bu doğrultuda önerilen temel sağlık ve sosyal koruma fonunda toplanılan gelirlerin finansal piyasalarda değerlendirilmesi ve tahvil ihracı aracılığıyla yatırım enstrümanı olarak konumlanması fonun cazibesini artılabilecek bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Böylelikle küçük katkılar, tahvil ihracı sayesinde büyük katkılara dönüşme imkânı elde edebilir.

Bununla birlikte 2002 yılında AIDS, tüberküloz ve sıtma ile mücadele edilebilmesi adına kâr amacı gütmeyen bir organizasyon olarak Küresel Fon kurulmuştur. Bu kuruluş GAVI ile iş birliği içerisinde çalışmalarını sürdürmektedir. Küresel Fon, sivil toplum, teknik kuruluşlar, devlet ve özel sektör ile ortaklık içinde bir yapıya sahip olarak 120'den fazla bölge ve ülkede sağlık programlarını desteklemektedir. Fon kurulduğu dönemden itibaren bu üç hastalıktan kaynaklı ölüm oranı %50 azalmıştır. Ayrıca küresel sağlık faaliyetlerinin finansmanında önemli bir rol oynayan Küresel Fon, COVID-19 salgınında, yatırımların ve personelin çoğunu yönlendirerek, gerekli teşhis, kişisel koruyucu ekipman ve diğer temel sağlık ürünlerini tedarik ederek ülkelere destek vermiştir. Fon sayesinde yürütülen programlar aracılığıyla bu hastalıklara karşı tedavi ve önlemeye yönelik uygulamalar artış göstermiştir. Ancak yıllar geçtikçe, Küresel Fon bazı zorluklarla karşı karşıya kalmıştır. Karşılaşılan en büyük zorluklardan birisi, fon fikrini ilk gündeme getiren G8 ülkelerinin fon taahhüdünde

bulunmamasıdır. Öte yandan ortak kurumlarla iş birliği ve koordinasyon eksikliği de birleşik hedefe doğru ilerlemeyi geciktirmiştir (Eaneff vd., 2023: 1; Olufadewa vd., 2021: 283-284).

Bu fonun küresel sağlığa ilişkin vizyonu ve vaadi, dünyadaki bütün bireyler için sağlıkta eşitliğin sağlanması olmuştur. Ancak, sağlık politikalarının, sistemlerinin ve hizmetlerinin çoğunun ulusal politik-ekonomik ve sosyo-kültürel baskılara maruz kaldığı göz önüne alındığında, uluslar arasında gözlemlenen sağlık eşitsizlikleri hem erişim hem de sağlık araştırmaları alanında devam etmektedir (Pandey ve Adhikari, 2023: e1003). Dolayısıyla mevcut fonun belirli hastalıklara yönelik mücadelede önemli gerilemeye neden olduğu örneğinden hareketle temel sağlık hizmetlerine erişim açısından uygulanacak politikaları şekillendirecek fon ve yönetimi böyle bir kuruluş/yapı bünyesinde tasarlandığında daha etkin sonuçlar alınabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca, 2017 yılında kurulan Salgın Hastalıklara Hazırlık ve Yenilikler Koalisyonu (CEPI), gelecekte ortaya çıkabilecek salgın hastalıklarla mücadele amacıyla aşı geliştirmeyi hedefleyen, kamu ve özel sektör kuruluşları arasında kurulan küresel bir ortaklıktır. CEPI, özellikle ticari anlamda cazip olmayan ancak küresel sağlık açısından büyük tehdit oluşturan hastalıklara karşı aşılarda geliştirilmesini desteklemektedir. Bu kapsamda kuruluşun temel hedefinin, gelecekteki salgınlara karşı daha hızlı ve etkili bir yanıt verilmesini mümkün kılacak aşı platformlarının ve üretim kapasitelerinin geliştirilmesi olduğu belirtilebilmektedir (Plotkin, 2017: 2756; Samarasekera, 2021: 608).

Bu kapsamda fon yönetişimi aşağıda sıralanan beş ana unsurdan oluşan bir yapı çerçevesinde tanımlanabilmektedir (Yeates vd., 2023: 25):

*-Fonun örgütsel ve kurumsal yapıları:* Bu çerçeve temel olarak donör-alıcı ilişkisi açısından güç dinamiklerini, fon mekanizmalarının tasarımını ve hesap verebilirlik de dahil olmak üzere karar alma süreçlerindeki rollere işaret etmektedir.

*-Ülke içi paydaş katılımı, ülke sahipliği ve ulusal makamlar ve donörlerle koordinasyon:* Bir fona katılım ve fonun sahiplenilmesi, tüm paydaşların uzun vadede güçlü bir taahhütte bulunması açısından oldukça önemli bir yere sahip olmaktadır. Sosyal ortaklar da dahil olmak üzere paydaşların katılımı, hedeflere ulaşabilecek etkili bir fon mekanizmasının tasarlanması ve uygulanmasının yanı sıra fon üzerinde demokratik kontrolün sağlanması ve hesap verebilirlik açısından hayati önem taşımaktadır.

*-Kaynak mobilizasyonu ve uygun maliyetli ve sürdürülebilir finansmanın geliştirilmesi:*

Ulusal ve uluslararası finansman kaynaklarından güvenilir gelir akışları oluşturabilmek veya harekete geçirebilmek bir fonun başarısı açısından oldukça kritik bir öneme sahiptir. Bu finansmanın nereden geldiği, nasıl yönetildiği ve nasıl tahsis edildiği yönetişimin temel konularıdır. Ayrıca fonun sürdürülebilirliği yatırımların sosyal koruma sistemleri için olumlu sonuçlanıp sonuçlanmadığı, sosyal koruma için mali alanın artırılması ile de ilgili olmaktadır.

*-Yatırımın kalitesi ve insan hakları ve uluslararası çalışma standartlarıyla uyum:* Sosyal koruma yatırımlarının kalitesinin, şeffaf ve kamuoyuna açık standart ve ölçütler referans alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu sadece fona yatırılan kaynakların tanımlanan hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı ile ilgili değil; aynı zamanda bunun hangi şartlarda yapıldığı ile de ilgili olmaktadır. Bu durum aynı zamanda, üzerinde mutabık kalınan uluslararası sosyal ve çevresel standartlara ulaşıp ulaşılmadığını ve uluslararası insan hakları normlarına ve hukukuna uyulup uyulmadığını da kapsamaktadır. Bütün bu maddeler temel yönetişim ile ilgili konular olup; dikkatli kurumsal tasarım, yapılan yatırımların kalitesinin güvence altına alınması ve artırılması hususunda önemli rol üstlenmektedirler.

Bütün bu nedenlere bağlı olarak sosyal koruma, bir yatırım olarak değerlendirilmekte ve bu doğrultuda işlevselliği bulunan bir fon oluşturulması seçeneği gündeme getirilmektedir. Bu bağlamda temel nedensellik zinciri, sosyal korumanın, yoksulluğu azaltıcı etkileri ve düşük gelirli hanelerin tüketim seviyelerini yükseltme olanağı sunabilmesi nedenleriyle ekonomik duraklama dönemlerinde istikrar sağlayıcı bir rol oynaması üzerinden açıklanabilmektedir. Öte yandan sosyal koruma aynı zamanda hane halkının tasarruflarını artırmalarını sağlayarak onları kriz zamanlarında yoksulluğa sürüklenmekten korumaktadır. Dolayısıyla sosyal koruma daha eşit paylaşılan ve yoksulluğu azaltıcı etkileri daha belirgin olan kapsayıcı ve sürdürülebilir bir kalkınma modelini benimsemektedir (De Schutter, 2021: 9).

Bu noktadan hareketle küresel sosyal koruma fonunun, sosyal koruma tabanlarının uygulamaya konulması veya tamamlanması ve kriz dönemlerinde sosyal koruma sistemlerinin sürdürülmesi ve uyarlanması açılarından desteğe ihtiyaç duyan ülkeler için erişilebilir olması önerilmektedir. Bu bağlamda fonun temel yetkileri ise şu şekilde açıklanabilmektedir (Cichon ve Lanz, 2022: 5):

-Bu yetkilerin ilki sosyal koruma tabanının genişletilmesi ve ülkelerin ulusal sosyal koruma sistemlerini etkin ve verimli bir şekilde işletebilmesi ve kriz zamanlarında sosyal

korumanın sürdürülebilmesi ve genişletilmesine yönelik hazırlıkların artırılabilmesi için teknik desteğin sağlanmasıdır. Bu yetki devletlerin ulusal kaynak seferberliğini gerçekleştirmek adına seçenekler geliştirmelerinin desteklenmesini ve sosyal harcamalar için ulusal mali alanın belirlenmesi, korunması ve geliştirilmesine yönelik mekanizmaları içermektedir.

-İkinci yetki ise düşük gelirli ülkelerin sosyal koruma önlemlerini uygulamaya koyabilmeleri için mevcut toplam vergi gelirlerinden çok yüksek bir pay almaları gerektiği durumlarda veya bu ülkelerin ekonomik, mali, siyasi veya iklimle ilgili krizler nedeniyle sosyal koruma talebinde beklenmedik artışlarla karşılaştığı durumlarda eş finansman sağlanmasıdır.

Küresel mali kriz ve COVID-19 salgını, bütün ülkelerin birbirine bağımlı olduğunu ve sağlam sosyal koruma sistemlerine sahip ülkelerin söz konusu krizlerle daha iyi yüzleşebileceğini açıkça göstermiştir. Bu aynı zamanda küresel fonların kalkınma finansmanı mimarisindeki artan önemini de yansıtmaktadır. Küresel fonlar, ülkelerin potansiyel olarak sosyal, ekonomik ve ekolojik felaketlerle daha iyi yüzleşebilmelerini sağlamaya adanmış, giderek daha büyük kaynaklara hükmederek, kalkınmanın küresel finansal ve kurumsal yapısında kilit demirbaşlar olarak değerlendirilebildiklerini göstermektedir (Yeates vd., 2023: 23). Dolayısıyla aktif işlerliği olan bir küresel fon sadece hedef sorunlarla mücadele anlamına gelmemekte; aynı zamanda ekonomik istikrarı da destekleyebilmektedir.

Fonun finansman yapısı değerlendirildiğinde farklı kaynakların kombinasyonundan oluşabileceği belirtilebilmektedir. Bu doğrultuda bazı seçenekler şu şekilde sıralanabilmektedir (Cichon ve Lanz, 2022: 6):

- Sanayileşmiş ülkelere ilave veya yeniden tahsis edilen kalkınma yardımlarının sağlanması,
- Yeni tahsis edilmiş küresel, uluslararası veya ulusal kaynaklar; ulusal, bölgesel veya küresel finansal işlem vergileri küresel finansman için bir mekanizma olarak hizmet edebilmesi,
- Donör kuruluşlardan yapılan bağış seçeneklerinin çeşitlendirilebilmesi ve bireylerin ulusal sosyal güvenlik sistemlerine gönüllü katkılarının sağlanmasıdır.

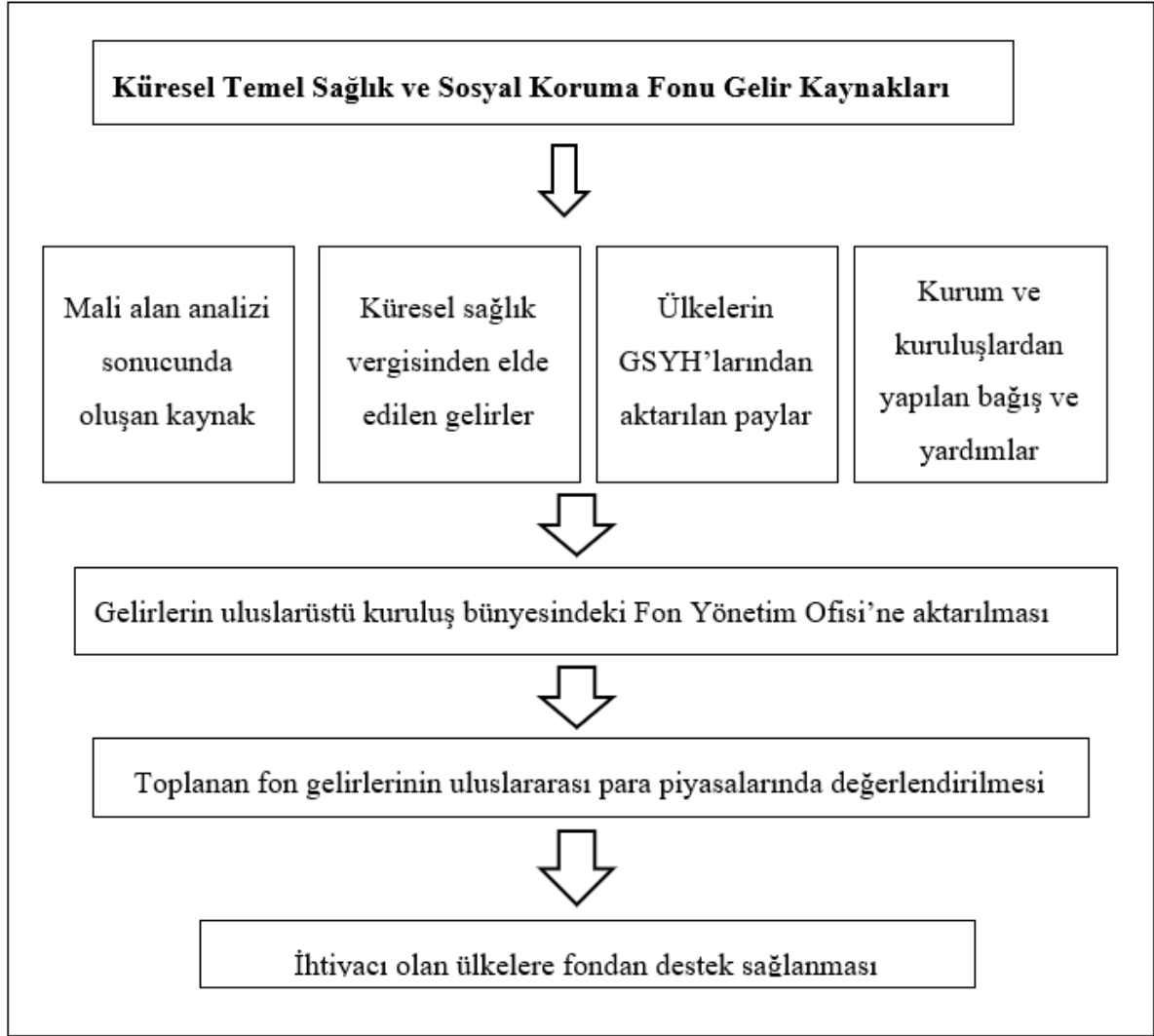
Sosyal koruma için önerilen küresel fonun, ülkelerin sosyal koruma tabanları oluşturma çabalarını destekleyen mevcut mekanizmalar üzerine inşa edilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla fonun ulusal mekanizmaların yerini almaması veya devam eden çabaları tekrarlamaması önem

arz etmektedir. Küresel fonun yönetim yapısı, koordinasyonun kolaylaştırılması ve hesap verebilirliğin geliştirilmesi adına hükümetlerin ötesinde bir dizi başka unsuru da kapsaması gerekmektedir. Bu bağlamda sosyal koruma için önerilen küresel fonun yönetim açısından üst düzey siyasi ittifak, kurul, çok ortaklı güvence fonu ve bağımsız bir hesap verebilirlik birimi organlarını içerecek şekilde yapılanması vurgulanmaktadır (De Schutter, 2021: 18).

Bu çerçevede politika yapıcılarının fonun yönetimi açısından fon finansman akışına ilişkin sürecin şeffaflığını sağlamaya özen göstermesi önem arz etmektedir. Fonun etki alanının dünya genelindeki ülkeleri ve nüfus gruplarını kapsayacak şekilde planlanması gerekmektedir. Fona kaynak sağlayanlar açısından bakıldığında yatırım ve çıkar arasındaki uyumlaştırmayı sağlayacak çalışmaların sürdürülmesi gerekmektedir (Lopert vd., 2023, 395).

Bütün bu açıklamalara ilave olarak fon biriktirme ya da fon havuzlaması yapıldığında elde edilen gelirler bir araya getirilmekte ve bu gelirlerin yönetimi gerçekleştirilmektedir. Böylelikle, elde edilen ve bir fon altında toplanan gelirlerin, ortaya çıkması muhtemel sağlık harcamalarına tahsis edilmesi ve sağlıklı bağlantılı olarak ortaya çıkabilecek finansal riskin en alt düzeye indirilmesi ve bu riskin fona ödeme yapmış kişi veya kurumlar tarafından paylaşılması amaçlanmaktadır. Başka bir ifadeyle fon biriktirme işlevi, sağlıklı ilişkili olarak toplanan gelirlerin oluşması ihtimal dâhilinde olan sağlık risklerine karşı bir nevi güvence anlamında biriktirilmesi sürecini ifade etmektedir (Erumut, 2015: 97). Ayrıca fon oluşturularak küresel kamusal mal sunumunun sağlanması bir açıdan risk azaltma anlamına gelmektedir. Buradan hareketle risklerin azaltılmasının faydaları, maliyet fayda analizine en uygun olan yapı olarak değerlendirilmektedir (Morrissey vd., 2002: 20). Dolayısıyla fon oluşturulup; yönetiminin gerçekleştirilmesiyle birlikte sağlık ve sosyal korumaya yönelik kaynak oluşturulmasına ilave olarak risk yönetimi ve güvence oluşturma gibi hususlar da sağlanmış olabilecektir.

Bu çerçevede, uluslararası kuruluşların yaklaşımlarını ve yönetim sistemlerini değiştirmeleri ve özellikle de fon tahsisi konusunda ülke bazında yaklaşımlarını yeniden gözden geçirmeleri gerekmektedir (Kanbur, 2016: 14). Günümüzde bulaşıcı hastalıklar, göçmen sorunları ve iklim değişikliği gibi uluslararası boyuta erişen sorunlarla karşı karşıya kalınmaktadır. Bu nedenle de uluslararası seviyede yaşanan bu sorunlara karşı ortak mücadele gerekmektedir.



**Şekil 4.2. Önerilen Yapı Bünyesinde Yer Alan Fon Gelir Yapısı**

Kaynak: Küresel Fon, Pandemi Fonu ve GAVI Aş İttifakı fonlarından esinlenilerek oluşturulmuştur.

Şekil 4.2’de çalışma kapsamında önerilen Küresel Temel Sağlık ve Sosyal Koruma Fonu’nun kaynak yönetim yapısı gösterilmektedir. Bu kapsamda ülkelerin ekonomik yapılarına bağlı olarak mali alan projeksiyonlarına göre oluşturulan kaynak, küresel sağlık vergisinden elde edilen gelir, adil pay esasına dayanarak ülkelere aktarılan pay, kurum ve kuruluşlardan alınan bağış ve yardımlar kuruluş bünyesindeki Fon Yönetim Ofisi’ne aktarılmaktadır. Akabinde oluşturulan fon uluslararası finansal piyasalarda değerlendirilerek toplanan kaynakların etkin kullanımının sağlanması amaçlanabilmektedir. Sürdürülebilir ve düzenli kaynak akışı sayesinde bu süreç zaman içerisinde kartopu etkisi ile büyüyebilecektir. Böylece daha fazla nüfusa yönelik temel sağlık hizmeti ve sosyal koruma kapsamı oluşturulabilecektir.

Fonun değerlendirilmesi sonucunda ülkelerin ihtiyaçları doğrultusunda ve adil paylaşım esası ile kaynak kullanımında etkinlik sağlanabilecektir.

Bu doğrultuda tez çalışması kapsamında önerilen yapı içerisinde yer alacak Fon Yönetim Ofisi'nin işleyişine ilişkin temel ilkeler şu şekilde açıklanabilmektedir. Bu ofisin finansman biriminin alt ofisi olarak diğer ofislerle bağlantılı olarak yapılandırılması temel yönetim ilkelerinden birisi olarak düşünülmektedir. Zira küresel kaynak kullanımında etkinliğin sağlanabilmesi için öncelikle Mali Alan Projeksiyonları Değerlendirme Ofisi'nin faaliyet ve raporları doğrultusunda ilave mali alan yaratma potansiyeli bulunan ülkelerin bu kapsamda yönlendirilmesinin temel politika olarak belirlenmesi gerekmektedir. Akabinde ulusal düzeyde uygulanan sağlık vergilerine ilave vergilendirme aracılığıyla kaynak oluşturulması tercih edilmektedir. Küresel sağlık vergisi tahsili ile elde edilen gelirlerin fon bünyesine aktarılmasının ise Küresel Sağlık Vergisi Ofisi aracılığıyla yürütülmesi öngörülmektedir. Böylelikle gelirin fonda değerlendirilmesi ile küresel kamusal mal sunumunun sağlanabilmesine yönelik kaynak oluşturma açısından önem arz edeceği belirtilebilmektedir. Fonun gelir kalemlerinden bir diğeri ise ülkelerin GSYH'ları, sağlık yükü veya benzeri objektif göstergeler üzerinden belirli bir oranda katkı sağlanması yoluyla elde edilmektedir. Ayrıca kurum, kuruluş ve bireylere yönelik olarak fona bağış kampanyası düzenlenerek fona aktarılan gönüllü katkıların artırılmasının hedeflenmesi de yerinde olacaktır. Özellikle ilaç, medikal ve sağlık teknolojisi sektöründe faaliyet gösteren firmaların katkıları, fonun sürdürülebilirliği açısından stratejik öneme sahip olabilecektir.

Fona yönelik gelir kalemleri oluşturulurken stratejik katkı mekanizmasının devreye alınması temel argümanlardan birisi olarak değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda fona yapılan katkılar stratejik bir iş birliği aracı olarak düşünülmektedir. Bu aşamada da temel husus katkıya ikna politikası olarak fona aktarılan tutarların etkin bir şekilde değerlendirilerek; geri aktarım mekanizması aracılığıyla ülkelere destek oluşturulabilmesidir. Ayrıca temel sağlık hizmetlerine erişimin pozitif dışsal etkilerinin ve sosyal koruma kapsamında yer alan nüfus oranındaki artışın toplumsal refah ve işgücü verimliliği üzerindeki olumlu etkileri yatırımcılara açık bir şekilde ifade edilmesi gerekmektedir.

Fon gelirlerinin ülkelere dağıtılması kapsamında ise kişi başına düşen gelir miktarı, sağlık göstergeleri, sosyal koruma açıkları gibi objektif kriterlere dayalı bir sürecin işletilerek, kaynak tahsisinde adalet ve şeffaflık ilkelerinin gözetilmesi öngörülmektedir. Bu bağlamda göçmen,

mülteci, kadın ve çocuk gibi dezavantajlı gruplara yönelik olarak pozitif ayrımcılık ilkesinin benimsenmesi önem arz etmektedir. Bununla birlikte performansa dayalı bütçeleme yaklaşımı benimsenerek sağlık veya sosyal korumaya ilişkin göstergelerinde ilerleme kaydeden ülkelere daha fazla pay verilmesi önerilebilmektedir. Bu teşvik mekanizmasının ise, ülkelerin fona katkı sağlaması ile sağlık ve sosyal korumaya daha fazla yatırım yapmaya yönlendirebileceği düşünülmektedir.

#### **4.5. Küresel Yönetişimin Sağlanması Değerlendirilmesi**

Tez çalışması kapsamında önerilen yapının meşruiyeti, işleyişi ve sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi konularında yönetişimin kalitesi ve yönetişimin devamlılığı önem taşımaktadır. Bu nedenle mevcut yapı içinde bütün paydaşların karar alma süreçlerine dahil edildiği, küresel yönetim yapısının ülkelerin egemenlik haklarını zedelemekten işlediği ve gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin eşit temsiliyetinin sağlandığı bir yapı önerilmektedir.

Bu doğrultuda küreselleşmenin karmaşık dinamiklerinin ve ortaya çıkan yeni sağlık tehditlerinin, dünya sağlığının korunması ve geliştirilmesi çabalarını önemli ölçüde zorlaştırdığı görülmektedir. Ayrıca uluslararası kuruluşlar, endüstri temsilcileri, küresel kamu-özel ortaklıkları, büyük filantropik kuruluşlar gibi çok sayıda küresel sağlık aktörünün mevcudiyeti, bu karmaşıklığı daha da derinleştirmektedir. Ancak, küresel sağlık ortamı genişleyip dönüşse bile, sağlık alanında iyi yönetişimin temelinde yer alan ilkelerin geçerliliğini koruması gerekmektedir. Dolayısıyla, küresel sağlık mimarisindeki sorunların ve gerekli reformların tespit edilmesi, söz konusu temel ilkelerin iyi anlaşılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu ilkeler; sağlık hakkı, eşitlik, karar almada kapsayıcı katılım, küresel dayanışma, şeffaflık ve hesap verebilirlik olarak sıralanabilmektedir (Gostin vd., 2023: 737-739). Bu nedenle mevcut yapı kapsamında tarafları bir araya getiren, temel sağlık hizmetine erişimi ve sosyal koruma şemsiyesi altında bulunmayı hak temelinde değerlendiren, katılımcı yapının işletildiği şeffaflık, hesap verebilirlik ve dayanışma ilkeleri temelinde yükselen yönetim anlayışına sahip olması önceliklendirilmektedir.

Bu bağlamda küresel yönetim, aşağıda sıralanan temel özellikler çerçevesinde tanımlanabilmektedir (Biermann ve Pattberg, 2008: 280):

- Ulus devletlerle sınırlı kalmayıp, yeni türden kurum ve aktörlerin yer alması,

- Devlet merkezli ve anlaşmalara dayalı geleneksel rejimlerin ötesine geçerek, farklı yapı ve işleyiş biçimleriyle tanımlanan yeni küresel yönetim mekanizmalarının ve kurumlarının oluşturulması,
- Genel yönetim sisteminin, yerel, ulusal, bölgesel ve küresel düzeyler ve işlevsel alanlar arasında giderek artan şekilde bölünmesi ve parçalanmasıdır. Bu unsurlar ise, küresel yönetimin giderek daha çok aktörlü, çok katmanlı ve çok boyutlu bir yapı kazanmasına neden olmaktadır.

Yukarda sıralanan temel özelliklere ek olarak hukukun üstünlüğünün sağlanması ve temel hakların uygulanması, bir ekonomik sistemin düzgün işlemesi ve iyi yönetimin sağlanabilmesi açısından gerekli olan temel unsurlar olarak ifade edilebilmektedir. Bu nedenle de şeffaf ve etkili siyasi mekanizmaların yokluğunda, olumsuz şoklar kolaylıkla ekonomik kaosa ve toplumsal huzursuzluğa yol açabilmektedir. Öte yandan, iyi yönetimin sağlanması ise bir ekonominin şoklara karşı verdiği tepkiyi de güçlendirebilecektir (Ferraro vd., 2021: 173). Bu noktadan hareketle iyi bir küresel yönetimin aşağıda sıralanan beş temel prensibe dayandığı ifade edilebilmektedir (Goldin, 2013):

- İlk olarak, yerel ve ulusal sorunların kendi koşullarına göre değerlendirilmesi gerekirken, küresel sorunlara yönelik olarak küresel eylem gerekmektedir.
- İkinci olarak, küresel müzakerelere konulara bağlı olarak kilit aktörlerin dahil edilmesinin esas alınması gerekmektedir.
- Üçüncü olarak, verimlilik esas kabul edilerek bütün tarafların dahil olduğu hantal yapılar yerine daha aktif ve özel yapıların tercih edilmesi gerekmektedir.
- Dördüncü olarak, etkili bir küresel yönetimin sağlanabilmesi meşruiyeti gerektirmektedir. Bu bağlamda ülkelerin, oyunun kurallarına katılmasalar bile hakemleri kabul edebilecekleri bir sistemin mevcut olması gerekmektedir.
- Beşinci olarak, bu dört ilke de dahil olmak üzere bütün ilkelerin uygulanabilirliğinin sağlanması önem arz etmektedir. Aksi takdirde küresel yönetim tam anlamıyla sağlanamayabilecektir.

Bu doğrultuda Dünya üzerindeki bütün insanlar için evrensel sosyal korumanın küresel bir gerçeklik haline getirilebilmesi adına, küresel yönetime yönelik alınacak somut tedbirlerin küresel sosyal koruma açığının kapatılmasını hızlandırabileceği vurgulanabilmektedir (Cichon

ve Lanz, 2022: 2). Benzer şekilde küresel sağlık yönetişiminin de salgın risklerinin ve salgınların yönetilmesinde kritik bir rol oynadığı ifade edilebilmektedir. Bu nedenle, birbirinden beslenen ve birbirini etkileyen temel sağlık ve sosyal koruma alanlarının kavramsal birlikteliğinin, tez çalışmasının önceki bölümlerinde ortaya konan çerçeve doğrultusunda değerlendirilerek, küresel yönetişimin bu bütünlük temelinde yeniden tasarlanması gerekmektedir.

Bu çerçevede, küresel yönetişimin yeniden tasarlanması; mevcut kuruluşların tanımlanmış yetki ve sorumluluklarını etkin bir şekilde yerine getirebilmesini, geleneksel kurumların yetersiz kaldığı durumlarda yeni kurumların devreye alınmasını ve yerel, bölgesel ve küresel düzeydeki yönetim organları arasında sürekli ve etkili bir koordinasyonun sağlanmasını gerektirmektedir. Bu yeniden yapılanma süreci, aynı zamanda daha kapsayıcı ve sürdürülebilir bir küreselleşmeyi teşvik edebilecek ortak bir kurallar sisteminin oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır (Goldin, 2013). Bu nedenle iyi bir yönetişim ile bir taraftan kapsayıcılık sağlanabilirken; diğer taraftan da ekonomik sürdürülebilirlik ve sistemin sürdürülebilirliği desteklenebilecektir.

Mevcut küresel sağlık yönetişimine finansman açısından bakıldığında, büyük ölçüde dar odaklı ve bulaşıcı hastalık temelli bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Bu nedenle evrensel sağlık kapsamının sağlanmasına yönelik bütüncül ve sürdürülebilir bir finansman mekanizması bulunmamaktadır. Oysa, mutabakata dayalı bir finansman çerçevesi ve bu çerçeveyi yönlendiren bir şemsiye kurum aracılığıyla, sağlık öncelikleri arasında sınırlı kaynak paylaşımı yerine, ihtiyaçlara göre daha esnek ve kapsamlı bir kaynak tahsisi mümkün hale getirilebilecektir (Gostin vd., 2023: 760). Tez çalışması kapsamında önerilen yapı aracılığıyla idari yönetişimin sağlanarak finansman yapısını destekleyici kararların alınabilmesinin temelini oluşturulması gerekmektedir.

Bu doğrultuda, mevcut küresel sistemde yeterli siyasi iradenin bulunmaması, sosyal güvenlik hakkının hayata geçirilmesinde kayda değer bir ilerleme sağlanamamasının temel nedenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Bununla birlikte, çeşitli yapısal ve sosyoekonomik etkenler de bu durumu açıklamaktadır. Örneğin, birçok düşük gelirli ülkede kayıt dışı istihdamın yaygınlığını koruması nedeniyle, katkıya dayalı sosyal güvenlik programları iş gücünün yalnızca sınırlı bir kesimine koruma sunabilmektedir. Bu tür yapısal engeller, söz konusu ülkelerin sosyal korumayı finanse etmek amacıyla yerel kaynakları harekete geçirme

kapasitelerini ve kendi vatandaşlarına etkili biçimde sosyal koruma sağlama becerilerini ciddi şekilde sınırlamaktadır. Bu noktada, uluslararası dayanışmanın söz konusu engellerin aşılmasında daha güçlü ve etkin bir rol üstlenmesi gerekmektedir (De Schutter, 2021: 5–6). Bu noktada uluslararası dayanışmanın sağlanması ise küresel yönetişimin temel ilkelerinden birisi olarak değerlendirilmektedir.

Bu kapsamda önerilen yapının işlevsellik kazanabilmesi ve sürdürülebilir finansmanın tesis edilebilmesi adına küresel yönetişim ilkelerinin uygulanması önem arz etmektedir. Bu durumun bir göstergesi olarak ise, dışsallıklara sahip olan ve kriz durumlarında bütün dünya nüfusunu ve ekonomik yapısını etkileyebilen temel sağlık ve sosyal korumaya yönelik politika tasarımının, yönetişimi gerekli kıldığı görülmektedir. Böylelikle, her ülkede farklı şekillerde bulunan koruma araçlarının koordinasyon, entegrasyon, finansman ve yeniden dağıtım kapasitesinin artırılması ve temel sağlık hizmetlerine bireylerin erişiminin sağlanması yolunda iyi bir yönetişimin sağlanması mihenk taşı olabilecektir. Bu görüşle bağlantılı olarak, sağlık ve sosyal korumanın birbirinden ayrı olarak değil; birbirini tamamlayan hak temelli perspektiften ele alınması yönetişimin bütüncül ve bütünleşmiş yaklaşımının bir parçasını oluşturmaktadır. Bu perspektifte temel sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal koruma kapsamı altında herkesin yer almasını sağlayabilecek politikaların uygulanması çok sektörlü ve çok taraflı yönetişimin sağlanmasıyla mümkün olabilecektir.

Öte yandan, temel sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal koruma politikaları, küresel kamusal mal niteliği taşımaları nedeniyle, bu alanlarda yeterli düzeyde hizmet sunumu ve etkin yönetişimin sağlanabilmesi, kolektif bir iş birliği ve karşılıklı bağımlılığı zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda, devletler ve diğer küresel aktörler arasında güçlü bir koordinasyon ve eşgüdüm gerekmektedir. Bir başka ifadeyle, tüm tarafların sürece aktif katılımını sağlayacak kapsayıcı ve yapıcı müzakere mekanizmalarının oluşturulması, küresel düzeyde etkili ve adil bir sağlık ve sosyal koruma sistemi inşa edilebilmesi için oldukça gereklidir (Albin, 2003: 367). Dolayısıyla küresel kamusal malların sunumu ve finansmanı açısından yönetişimin gerekliliği dikkat çekmektedir.

Bu doğrultuda yapılanmanın, sağlık ve sosyal korumaya yönelik program ve politika önerisi ortaya koyan mevcut uluslararası kuruluşların (özellikle DSÖ ve ILO) rollerini tamamlayıcı nitelikte organize edilmesi öngörülmektedir. Bu nedenle de kuruluşların rollerinin örtüşmesi yerine, iş birliğini teşvik edecek bütüncül ve uyumlu bir mekanizmanın işletilmesi

amaçlanmalıdır. Böylelikle yapının yetki ve sorumluluk alanları açık bir şekilde tanımlanarak, etkin işleyişe yönelik önemli bir adım atılmış olacaktır.

Öte yandan iyi yönetim ilkelerine bağlı olarak finansman mekanizmalarının da adil ve sürdürülebilir hale getirilmesi de önem arz etmektedir. Bu bağlamda temel sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal koruma kapsamına yönelik finansmanın, sadece gönüllü bağışlara dayanmaması; sabit, öngörülebilir ve küresel ölçekte yapılandırılmış bir mali çerçeveye dayandırılması gerekmektedir. Bu çerçevede, çalışmanın önceki bölümlerinde ayrıntılı bir şekilde açıklanan, toplanan kaynakların etkin bir şekilde değerlendirildiği ve uzun vadede kendi kendini besleyen bir finansal sistemin geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bu doğrultuda hem küresel fon getirilerinin hem de küresel kamusal mal sunumunun artmasıyla ortaya çıkan küresel faydalar nedeniyle oluşan maliyet kazancı aracılığıyla bu sürecin sürdürülebilirliği daha net görülebilecektir. Bir başka ifadeyle önerilen yapının orta ve uzun vadede sürdürülebilirliği küresel ölçekte sağlanacak fayda artışı ile doğrudan bağlantılı olacaktır.

Ayrıca çok paydaşlı ve katılımcı yönetim ilkesi çerçevesinde faaliyetlerin ve karar alma mekanizmalarının işletilmesi, bu yapı bünyesinde etkinliğin sağlanabilmesi ve hedeflenen çıktılara ulaşılabilmesi açılarından kritik bir önem taşımaktadır. Bu kapsamda yeni yapılanmanın sadece devletleri değil; aynı zamanda sivil toplum kuruluşlarını, sendikaları, akademik çevreleri, özel sektörü ve doğrudan etkilenen toplulukları da karar alma süreçlerine dahil etmesi gerekmektedir. Dolayısıyla temsiliyetin ve şeffaflığın sağlanması, meşruiyet açısından belirleyici bir husus olarak değerlendirilmektedir. İlave olarak, bölgesel ve küresel düzeyde güçlü bir koordinasyonun sağlanması, iyi yönetim anlayışının somutlaşması açısından büyük önem arz etmektedir. Bu doğrultuda, yapı bünyesinde kurulacak bölgesel temsilcilikler, karar alma süreçlerinin yerel ihtiyaçlara daha duyarlı hale getirilmesini mümkün kılacak ve yönetim sisteminin işlevselliğine katkı sunabilecektir.

Yönetişimin bir diğer temel bileşeni ise sürecin izlenmesi, değerlendirilmesi ve kamuoyu ile elde edilen bulguların paylaşılmasıdır. Bu bağlamda öncelikle karar alma süreçlerinde şeffaflık ilkesi temelinde karar alma mekanizmasının açıkça belirlenerek, alınan kararların ve gerekçelerin düzenli olarak kamuoyu ile paylaşılması gerekmektedir. Bunun yanı sıra temel sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal koruma kapsamına yönelik gösterge verilerin düzenli olarak takip edilerek raporlanması önem taşımaktadır. Bu uygulama ile yapı bünyesinde geliştirilecek küresel veya bölgesel arenada kamusal mal ve hizmet sunumunu destekleyici

politika tasarımına yönelik katkı sağlanabilecektir. Son olarak ise bütçeleme ve fon yönetimi süreçlerine ilişkin raporların da düzenli aralıklarla kamuoyu ile paylaşılması, yönetişimin hesap verebilirlik ve şeffaflık ilkeleri doğrultusunda tamamlayıcı unsurunu oluşturacaktır. Bu tip bir izleme ve raporlama sistemi, yapının güvenilirliğini artırmanın yanı sıra küresel kamusal mal sunumunda etkinliğin artırılmasına da hizmet edebilecektir.

Bu noktada küresel yönetişimin sağlanabilmesi adına başta devletlerin olmak üzere konuya taraf konumda olan aktörlerin yapı içerisinde yer alması ve bu sistemi desteklemesinin önem taşıdığının vurgulanması yerinde olacaktır. Bu bağlamda DSÖ ve ILO gibi uluslararası kuruluşların deneyimlerinden yola çıkarak, daha kapsayıcı ve etkili bir küresel yönetişim yapısına ulaşılması adına bazı öneriler geliştirilebilmektedir. Öncelikle ABD, Çin ve Rusya gibi ekonomik ve politik açıdan güçlü ve küresel ölçekte rekabet içinde olan devletlerin bu yapıya katılımının sağlanması adına diplomatik, ekonomik ve stratejik açılardan çok boyutlu bir ikna politikasının geliştirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda aşağıdaki politika uygulamaları önerilmektedir:

- Ortak çıkarlara vurgu yapılarak, temel sağlık ve sosyal koruma konularının sadece insani değil; aynı zamanda ekonomik kalkınma, toplumsal istikrar ve küresel güvenlik açısından da kritik birer ulusal çıkar meselesi olduğunun net bir şekilde belirtilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda pandemiler, zorunlu göç ve bölgesel çatışmaların ekonomik ve sosyal maliyetleri aracılığıyla ülkelerin çıkarları doğrultusunda bu yapıya dahil olmalarının önemi ifade edilebilir.
- Karar alma süreçlerinde ağırlıklı oy sistemi yerine adil bir karar alma mekanizmasının tesisi sağlanarak ülkelerin egemenlik hassasiyetleri giderilebilir. Ayrıca yaptırıma dayalı yaklaşımlar yerine, teşvik temelli uygulamalar ile bu ülkelerin yapı içerisinde yer alması desteklenebilir. Örneğin; bu ülkeler için prestij önem arz etmesi nedeniyle belli düzeyde katkı sağlayan ülkelere yönelik “sağlıkta katkı lideri” veya “sosyal korumada küresel ortak” gibi unvanlar verilmesi sembolik bir teşvik mekanizması olarak düşünülebilir.
- Küresel meşruiyetin sağlanabilmesi amacıyla çok taraflı diplomasi stratejisi benimsenebilir. Bu nedenle G20, BRICS, Avrupa Birliği gibi güçlü bölgesel ve uluslararası yapıların üyeleri üzerinden yapıya katılım süreci başlatılarak, geniş tabanlı bir meşruiyet zemini oluşturulabilir. Böylelikle ülkelerin bu yapıdan izole kalmaları

yerine yapıya aktif katılımları aracılığıyla küresel karar alma mekanizmalarına dahil olmaları sağlanabilir.

Temel sağlık ve sosyal koruma fonuna yönelik DB'ye yönlendirilen ulusal sağlık sistemlerine müdahale edildiği ve ülkelerin finansman doğrultusunda yönlendirildiği şeklinde eleştirilerle karşılaşılması olası görünmektedir. Bu noktada fonun ve önerilen yapının işlev ve amacının temelde belirlenmesi gerekmektedir. Böylelikle yapının sınırı belirli olacaktır. Bu kapsamda, dünya üzerinde yaşayan herkesin temel sağlık hizmetine erişimini sağlayacak politika uygulamalarının ve evrensel sosyal koruma kapsamının tesis edilmesi temel amaç olarak yer almaktadır. Dolayısıyla ülkelerin ulusal sağlık sistemlerine müdahale edilmesi veya farklı program ve projelerin ülkelere finansman karşılığında yaptırılması söz konusu olmayacaktır. Bu nedenle de mevcut kaynakların temel sağlık hizmeti ve sosyal koruma tabanının genişletilmesi doğrultusunda kullanılması öngörülmektedir.

Sonuç olarak; önerilen küresel kurum yapısı, temel sağlık ve sosyal koruma alanlarında küresel politika tasarımı ve uygulaması açısından kapsayıcı ve sürdürülebilir bir çerçeve sunmayı hedeflemektedir. Bu kapsamda mali alan oluşturularak, küresel sağlık vergisi ve istikrarlı bir küresel fon aracılığıyla sürdürülebilir finansmanın altyapısının oluşturulması amaçlanmaktadır. Ancak yapının başarısının yalnızca mali kaynakların çeşitlendirilmesine değil; aynı zamanda kurumsal esnekliğe, yönetim sürecinin kapsayıcılığına ve gelişen küresel ihtiyaçlara uyum sağlayabilme kapasitesine bağlı olacağının belirtilmesi yerinde olacaktır. Bu nedenle dinamik ve çok paydaşlı bir yapı üzerinden, herkes için temel sağlık ve sosyal koruma hedefine ulaşılması temel politika olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca bu yapının değişen küresel ekonomik ve sosyal yapı, bölgesel eşitsizlikler ve yeni oluşabilecek sorunlar karşısında yenilikçi çözümler üretebilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda yapının; finansman ve yönetim açısından şeffaflık, hesap verebilirlik ve katılımcılık ilkelerini temel alması gerekmektedir. Bu gelişime açık yaklaşım hem yapının meşruiyetini artıracak hem de temel sağlık ve sosyal korumanın küresel bir kamusal mal olarak daha etkili bir şekilde sunulmasına olanak sağlayabilecektir. Bu doğrultuda önerilen yapının; paydaşların geri bildirimlerine açık olabilmesi, küresel değişimlere ayak uydurulabilmesi ve bölgesel farklılıklara yönelik çözümler geliştirebilmesi açılarından gelişime açık bir çerçevede kurgulanması önem arz etmektedir. Dolayısıyla küresel sağlık tehditleri ve sosyal riskler zamanla değişim gösterebilmekte, yeni aktörler ve ihtiyaçlar ortaya çıkabilmektedir.

## 5. SONUÇ

Bu tez çalışması temel sağlık ve sosyal koruma politikalarının küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Günümüzde küreselleşmenin derinleşmesiyle beraber, yaşanan çoklu krizlerin ulusal sınırları aşan etkileri, bu hizmetlerin artık sadece ulusal politikaların konusu olmaktan çıktığını açıkça göstermektedir. Bu durum ile bağlantılı olarak temel sağlık ve sosyal koruma politikalarının küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesi gerekliliği hem kamusal mallar teorisi çerçevesinde hem de bu hizmetlerin küresel olarak adaletsiz dağılımı ve insan hakkı olmaları bağlamı üzerinden açıklanmaktadır.

Tezin ilk bölümünde, sağlık politikalarının kamusal mal teorisi bağlamında değerlendirilmektedir. Dışlanamazlık ve faydanın bölünmezliği gibi temel özellikler, bu hizmetlerin bireysel tercihlerden öte, kolektif sorumluluk kapsamında ele alınmasını gerektirmektedir. Bu teorik çerçeve, temel sağlık hizmetlerine yönelik politikaların neden piyasa mekanizmasına bırakılamayacağını ve neden devletler arası iş birliğiyle küresel ölçekte ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle sağlık alanında karşılaşılan dışsallıkların ve küresel olarak adaletsiz dağılımının söz konusu olması sağlık politikalarının küresel kamusal mal olarak ele alınmasının temel gerekçelerinden olmaktadır.

İkinci bölümde, sağlık ve gelir arasındaki çift yönlü ilişki temelinde sosyal korumanın sağlık politikaları ile nasıl iç içe geçtiği tartışılmaktadır. Bu kapsamda bir sosyal politika aracı olarak evrensel temel gelir uygulamasının sağlık üzerindeki etkilerinin ele alınması, sağlıktan sosyal korumaya geçişte önemli bir noktada yer almaktadır. Temel sağlık hizmetlerine yönelik politikaların küresel kamusal mal olarak değerlendirildiği gibi, sosyal koruma da piyasa başarısızlıkları, insan hakkı olarak sosyal koruma ve sosyal korumanın adaletsiz dağılımı gerekçeleri ile küresel kamusal mal olarak değerlendirilmektedir. Bölümün akabinde küresel bir sorun olarak giderek artan göç sorunu karşısında sağlık ve sosyal koruma hizmetleri ele alınmaktadır. Bu kapsamda artan uluslararası göç karşısında temel sağlık hizmetine erişim ve sosyal koruma kapsamı altında yer almanın önemi dikkat çekmektedir. Dolayısıyla sağlık ve sosyal koruma bu alanda da önem arz etmektedir.

Ayrıca mevcut küresel yapı içerisinde sağlık ve sosyal koruma alanında faaliyet gösteren başlıca uluslararası kuruluşların politika ve programları analiz edilmektedir. Bu analizler sonucunda, küresel sistemin çok aktörlü ve parçalı yapısının, etkin ve kapsayıcı bir yönetim üretmekte yetersiz kaldığı görülmektedir. Ayrıca bu kuruluşların faaliyetlerinin genellikle

tematik odaklı olduğu ve sürdürülebilir bir küresel sistem önerisi sunmakta zorlandıkları ortaya konulmaktadır. İdeolojik farklılıklar, temsil eşitsizliği ve yaptırım gücünün zayıflığı gibi nedenlere ve sağlık ve sosyal korumanın ayrı ayrı ele alınışına bağlı olarak, bu kuruluşların sağlık ve sosyal koruma alanında bütüncül ve kapsayıcı bir çerçeve oluşturamadıkları tespit edilmektedir.

Bu çıkarım ve sınırlılıklardan hareketle tezin son bölümünde, temel sağlık ve sosyal korumayı aynı çatı altında toplayarak, küresel düzeyde politika geliştirme ve uygulama amacıyla, uluslararası bir kuruluş önerisi geliştirilmektedir. Önerilen bu yapının, eşit temsil, şeffaflık ve kapsayıcılık ilkelerine dayalı yönetim mekanizmaları ile şekillendirilmesi öngörülmekte ve sürdürülebilir finansman kaynaklarıyla desteklenen bir yapı olarak kurgulanmaktadır. Bu bağlamda mali alan oluşturma seçeneklerinin değerlendirilmesi, küresel sağlık vergisi, temel sağlık ve sosyal koruma fonu ve ülkelerin ulusal katkılarına dayalı mali öneriler yapı önerilmektedir. Kuruluşun temel hedefi ise, ülkeler arasında ve ulusal düzeyde mevcut eşitsizlikleri azaltabilmek ve dünya üzerindeki herkesin temel sağlık hizmetleri ile sosyal korumaya erişimini güvence altına almaktır.

Küreselleşmenin, iklim krizi, pandemi riskleri, bölgesel savaşlar ve göç hareketlerinin sonucunda, bu hizmetlerin küresel politika kapsamında değerlendirilmesi ve bu doğrultuda aksiyon alınması gerekliliği çalışmada vurgulanmaktadır. Bu doğrultuda küreselleşmeyle birlikte bir taraftan salgın hastalıkların yayılması hız kazandığı için sağlık, diğer taraftan da emek ve sermayenin hareketliliğinde artış nedeniyle sosyal koruma hizmetinin sunumu önem arz etmektedir. Ayrıca başta savaş olmak üzere çeşitli nedenlerle göç etmek durumunda kalan göçmen ve mültecilerin, sosyal koruma kapsamı dışında kalması ve temel sağlık hizmetlerine erişimlerinin kısıtlı olması, yalnızca bu grupları etkilemekle kalmayıp; aynı zamanda hem göç edilen ülkelerde hem de göç güzergâhı üzerindeki ülkelerde yaşayan nüfusu dışsalıklar yoluyla olumsuz etkileyebilmektedir. Bütün bu gerekçeler, temel sağlık ve sosyal korumanın ulusal boyutun ötesine geçerek ulusötesi bakış açısıyla ele alınmasının temelini oluşturmaktadır. Bu bağlamda, tez çalışması, temel olarak sağlık ve sosyal korumanın bireylerin yaşam hakkına doğrudan dokunan yapısı itibarıyla ve tüm insanlık için ortak fayda yaratan hizmet alanları olmaları nedeniyle, küresel kamusal mal niteliği taşıdığını savunmaktadır.

Temel sağlık ve sosyal korumanın küresel kamusal mal olarak kabul edilmesine ek olarak, bu iki hizmetin birbiri ile çift yönlü ilişkili olduğu çalışma kapsamında savunulmaktadır. Bu

durumla bağlantılı olarak sosyal koruma sağlığı etkileyen durumlarla birlikte risk azaltıcı bir yapı olarak yer almaktadır. Dolayısıyla, etkin biçimde işleyen sosyal koruma sistemleri ile sağlık arasında önemli bir ilişki söz konusudur. Bu ilişki, sadece bireysel düzeyde değil, küresel düzeyde de refah üretimi açısından stratejik bir öneme sahiptir. Bu çerçevede, sağlık ve sosyal koruma, bireylerin toplumsal varlıklarının sürdürülebilirliğini güvence altına almak amacıyla bütüncül bir yaklaşımla ele alınması ve birlikte planlanması gereken iki temel kavramsal alan olarak değerlendirilmektedir.

Bu noktadan hareketle tez çalışmasında yapılan kavramsal analizler ve uluslararası kuruluşların politika önerileri ve uygulamalarına yönelik değerlendirilmeler mevcut küresel sistemin anlaşılmasını sağlamaktadır. Bu doğrultuda yapılan değerlendirmeler, parçalı ve çok aktörlü mevcut sistemin temel sağlık ve sosyal koruma hizmetlerine eşit ve adil erişimi tam olarak sağlayamadığını göstermektedir. Bu kapsamda sistem içerisinde yer alan uluslararası kuruluşların genellikle program, proje veya hastalık bazlı faaliyet yürüttüğü görülmektedir. Ayrıca sosyal korumaya yönelik olarak, sosyal güvenlik sistemleri için politika önerisi ve standartlar oluşturulmaktadır. Dolayısıyla, sağlık ve sosyal korumanın uluslararası organizasyonlar kapsamında genellikle ayrı ayrı değerlendirildiği görülmektedir.

Ayrıca aynı veya benzer alanlarda faaliyet yürüten uluslararası organizasyonların arasında rekabete yönelik söylemler, ideolojik farklılıklar ve yaptırım güçlerinin kısıtlı olması gibi hususlar dikkat çekmektedir. Bunun yanında bazı gelişmiş ülkeler tarafından uluslararası kuruluşlara yönelik yaptırım niteliğindeki kuruluştan ayrılma ve kendi politikalarını belirleme gibi gösterdikleri tavır ve açıklamalar söz konusu kuruluşların etki alanını ve politika oluşturabilme özgürlüğünü kısıtlayabilmektedir. Bu nedenle lider pozisyonunda olan bir kuruluşun olmayışı eksiklik olarak nitelendirilebilmektedir. Bununla birlikte, sağlık ve sosyal koruma alanında üzerinde mutabık kalınmış sınırlı sayıda uluslararası yasal çerçeve ve taahhüt olması da mevcut sistemin eksikliğine işaret etmektedir. Bu noktadan hareketle temel sağlık ve sosyal korumanın, küresel düzeyde ve bütüncül bakış açısıyla ele alınması gerektiği savunulmaktadır.

Bu çerçevede, uluslararası bir yapının kurulması yönünde öneri çalışma kapsamında sunulmaktadır. Bu doğrultuda önerilen kuruluş sağlık ve sosyal korumaya küresel düzlemde eşit ve adil erişimin sağlanabilmesi için, finansman ve yönetim sorunlarına çözüm üretebilecek bütüncül bir yaklaşımı temsil etmektedir. Bu kapsamda küresel temel sağlık ve

sosyal koruma için ortak bir çatı kuruluş önerisi aracılığıyla, alternatif finansman kaynaklarının sistematik olarak değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda söz konusu kuruluş, kurumsal tasarımı aşamasında, yönetim sürecinde ve sürdürülebilir finansman mekanizmalarıyla mevcut küresel sistemde yer alan kurumsal boşluklara yanıt verebilmek amacıyla kurgulanmıştır.

Çalışma kapsamında önerilen kuruluşun teşkilat yapısı temel olarak idari yapı, bölge temsilcilikleri ve ana hizmet birimleri olmak üzere şekillenmiştir. Bu yapı oluşumunda temel husus eşit temsil ve adil oy hakkının sağlanabilmesi olarak göz önünde bulundurulmuştur.

Temel sağlık ve sosyal korumanın eşit ve adil erişiminin sağlanabilmesi için söz konusu kuruluşun finansman yapısı kritik öneme sahip olmaktadır. Bu kapsamda ilave mali alan oluşturulması, küresel sağlık vergisi ve temel sağlık ve sosyal koruma fonu önerilen yapının finansal sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi açısından temel araçlar olarak değerlendirilmektedir. Bu araçların, küresel dayanışmanın mali boyutunu temsil ettiği vurgulanmaktadır. Bu doğrultuda kuruluş bünyesindeki mali alan ile ilgili birim üzerinden ülkelerin ekonomik ve mali projeksiyonları değerlendirilerek yol haritası oluşturulabileceği öngörülmektedir. Bu kapsamda öncelikli olarak ulusal kaynaklarla temel sağlık ve sosyal korumaya yönelik mali alan oluşturulması tercih edilebilecektir. Akabinde ulusal düzeyde toplanan ve ülkelerin mali egemenlik endişelerini gözetken küresel sağlık vergisinin, ülkelere belirli oranlarda elde edilen payların ve bağış ve yardımların temel sağlık ve sosyal koruma fonuna aktarılması ile bütçelemeye birlik ilkesi gerçekleştirilmektedir. Ayrıca donör ülkelerin doğrudan bir ülkeye bağış veya yardım yapması yerine bu kaynakları fona yönlendirerek fon aracılığıyla küresel refahın desteklenmesi, ülkeler arasındaki ekonomik ve siyasi ilişkilerin yürütülmesi açısından önem arz etmektedir.

Bu noktada söz konusu fonda toplanan kaynakların değerlendirilerek kendi kendini besleyen bir sürecin kurgulanmasının amaçlandığı belirtilmektedir. Ayrıca fondan elde edilen gelirler ile temel sağlık ve sosyal korumaya yönelik finansman kaynağı oluşturma sıkıntısı çeken ülkelere finansman kaynağı sağlanabilecektir. Böylelikle fonun istikrar mekanizması olarak yer aldığı vurgulanmaktadır. Ayrıca bu durumun bir göstergesi olarak fon sayesinde ekonomik ve mali krizlerin domino etkisi ile yayıldığı küresel sistemde riskli ülkelere yönelik koruma sağlanabilecektir.

Çalışma kapsamında önerilen kuruluşun işleyişine yönelik uygulanması gerekli görülen temel hususlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

-Sivil toplum kuruluşları, özel sektör temsilcileri ve sağlık ve sosyal koruma alanında paydaş olarak nitelendirilebilecek her kesim ile iş birliği ve fikir alışverişine açık bir yapı tesis edilmesi önem arz etmektedir.

-Bu kuruluşun, diğer uluslararası organizasyonlarla rekabet etmekten ziyade; onların faaliyetlerini tamamlayan, birleştiren ve küresel yönetişimi koordine eden bir bakış açısıyla hareket etmesi beklenmektedir.

-Küresel yönetişimin bu kuruluş liderliğinde sağlanarak dünya üzerindeki her bireyin temel sağlık ve evrensel sosyal koruma kapsamına erişebilmesi temel hedeflerin başında gelmektedir.

-Finansman yapısının sürdürülebilir olması için düzenli gelir kaynaklarına erişim öncelik olarak değerlendirilmektedir. Kurumsal ve mali sürdürülebilirliğin şeffaf yönetim, açık iletişim ve kapsayıcılık ile sağlanması öngörülmektedir.

-Önerilen fon aracılığıyla sağlanan kaynakların ülkelerin sağlık veya sosyal koruma sistemlerini dönüştürmek için değil mevcut mekanizmaları desteklemek ve iyileştirmek için kullanılması kritik öneme sahiptir.

-Finansman sağlanmasında temel amaçlardan biri stratejik katkı mekanizması aracılığıyla, fona aktarılan tutarların etkin bir şekilde değerlendirilerek; geri aktarım mekanizması yoluyla ülkelere destek oluşturulabilmektir.

Önerilen küresel kuruluşa yönelik idari ve mali süreç yürütülürken yönetişimin ve çeşitli ilkelerin sağlanması temel nitelikler olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda adalet, eşitlik, finansal ve mali sürdürülebilirlik, kapsayıcılık, temsiliyet ilkelerinin benimsenerek süreçlerin işletilmesi gerektiği çalışma kapsamında vurgulanmaktadır. Bu noktada şeffaf ve etkili yönetime dayalı olarak uluslararası iş birliğinin teşvik edilmesi sağlanabilecektir. Bütün bunlar sağlandığı takdirde esnek ve değişen koşullara uyum sağlayabilecek yönetim mekanizmasının da tesis edilebileceği belirtilmektedir.

Ayrıca bu model önerisinin, yalnızca finansal ve idari bir mekanizma sunmakla kalmayıp; aynı zamanda sosyal ve insan hakları temelli bir küresel dayanışma vizyonunu da temsil etmesi hedeflenmektedir. Önerilen yapının işleyişinde sivil toplum kuruluşları, özel sektör, akademi

ve bölgesel yapıların etkin katılımının sağlanması aracılığıyla politika uygulamalarında esnekliğin güçlendirilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca, fon mekanizmasının sadece sisteme destek sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda ülkelerin mevcut sistemlerini dönüştürmeden herkesin temel sağlık ve sosyal korumaya erişimini destekleyici nitelikte olmasının, küresel yönetişimin kabul edilebilirliğini artırması düşünülmektedir.

Tez çalışmasının sınırlılıklarının ele alınması bu noktada önem arz etmektedir. Bu kapsamda çalışmada nitel veriye dayalı analiz yerine nitel veri ve kuramsal temelde analiz yapılmıştır. Bölgesel veya ülke bazlı bir analiz yerine küresel düzeyde bir model benimsenmiştir. Ayrıca önerilen kuruluş uluslararası ilişkilerdeki güç dengesinden ve siyasi iklimden bağımsız olamayacağı için, bütün tarafların ortak paydada birleştirilmesi bu yapının etkin işleyişi için önem taşımaktadır. Bu nedenle uluslararası hukuk kapsamına giren konu başlıkları tez çalışması kapsamında yer almamaktadır. Ayrıca tez çalışması kapsamında önerilen yapı sabit değil; esnek bir model olarak düşünülmüştür. Böylelikle küresel sisteme entegrasyonun daha kolay ve aşamalı bir şekilde gerçekleştirilebileceği öngörülmektedir.

Sonuç olarak, temel sağlık ve sosyal korumanın ayrı ayrı değil birbirini tamamlayan bütüncül yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Diğer bir ifadeyle, bu tez çalışması temel sağlık hizmetleri ve sosyal korumanın yalnızca bireysel hak değil, küresel sorumluluk alanları olduğunu savunmakta ve bu alanlara ilişkin küresel ölçekli bir yapının tesis edilmesinin stratejik bir gereklilik olduğunu ileri sürmektedir. Ayrıca temel sağlık ve sosyal koruma hizmetlerine yönelik politika tasarımının küresel kamusal mal olarak yeniden tanımlanarak, bu anlayışla temellendirilmiş yeni bir yönetim mimarisinin inşa edilmesi önem taşımaktadır. Ortaya konulan bu bütüncül bakış açısı, adil ve kapsayıcı bir dünya düzenini destekleyebilmek için yol gösterici olmayı amaçlamaktadır. Bu durum, sadece mevcut eşitsizliklerin giderilebilmesi için değil, aynı zamanda gelecekte karşılaşılabilecek krizlere yönelik daha dayanıklı bir küresel toplumun inşası açısından da bir zorunluluk olarak değerlendirilmektedir. Bu bakış açısıyla yapılandırılmış uluslarüstü bir kuruluş ve finansman mekanizması mevcut küresel sistemi destekleyerek ve uluslararası hedeflere ulaşılabilmesi açısından stratejik bir gereklilik olarak değerlendirilecektir. Bu doğrultuda önerilen ulusüstü yapı ve finansman mekanizması ile mevcut sistemin eksiklerinin tamamlanabilmesi, sosyal adalet ve küresel refah hedeflerine ulaşabilmek açısından kritik bir adım niteliği taşıyacağı düşünülmektedir.

## **EXTENDED ABSTRACT**

### **Evaluation of Health Policies as Global Public Goods Based on Social Security Systems and Policy Recommendations**

In the globalising world, discussions on providing public healthcare services and formulating policies have started to be carried out beyond national borders. Particularly with the COVID-19 pandemic, the importance of equal and sustainable access to primary healthcare services and how vital it is for all humanity has once more been recognised. Problems such as regional conflicts, global migration movements and refugee crisis have also shown that healthcare needs to be evaluated not only at the national level but also in terms of the global community. Therefore, ensuring access to primary healthcare services has become a significant issue that needs to be addressed regarding global policy design in a global arena where multiple crises are experienced. For this reason, the main starting point of this thesis is the definition of these services as global public goods to present health policies effectively at the global level. In this framework, constructing a global policy and financing architecture is necessary. In this context, within the scope of this thesis, the reasons for considering health policies as global public goods are handled. Firstly, within the framework of the theory of public goods, the requirement to consider health policies as a global public good is discussed, especially the non-excludability, indivisibility of benefit and collective consumption characteristics of public goods. In addition, deficiencies in public health service provision, globally inequitable distribution and the externalities associated with health are among the other headlines that support this approach. Furthermore, the bidirectional interaction between health and income makes it essential to include social protection policies in the framework of this analysis. In this respect, considering the distinction between the concepts of social security and social protection, social protection is preferred in this study and is in line with the current approach. Therefore, social protection is considered an inclusive system supporting individuals' lifelong welfare and well-being. Thus, establishing a universal social protection floor can positively affect individual and public health. In this framework, it is strategically important for the global society to consider access to primary healthcare services and the institution of a social protection floor as global public goods. From this point of view, in the second chapter of the thesis, the concepts of social protection and health are evaluated together based on the global reflection of the income-health relationship. Within the scope of this discussion, the health outcomes obtained from the pilot universal basic income programmes and the impact of social protection on health are evaluated. Based on this point, social protection should be addressed globally, as in health policies, and it may have the characteristics of a global public good. In this direction, due to asymmetric information, the problem of adverse selection, moral hazard and market failures show that social protection is an area that requires intervention rather than being left to the market. At the same time, the fact that social protection is considered a human right and the unequal distribution of this right at the global level are among the other fundamental reasons supporting the evaluation of social protection as a global public good. In this framework, as a result of the increasing phenomenon of migration on a global scale, the thesis highlights the necessity of ensuring access to social protection and basic health services from a global perspective. Consequently, when primary healthcare services, income level and social protection axes are evaluated from an integrated perspective, the need to develop common and inclusive policies becomes more evident. Access to primary healthcare services and adequate social protection coverage can lead to social and economic impact at the individual or national level and on a global scale. On the other hand, the interrelatedness of health and social protection is an

important stage in the development of policy implementations. In the following section of the study, the activities and policies of international institutions and organisations operating in the health and social protection field are reviewed to comprehend the situation in the global system better. In this context, the activities carried out by the World Health Organization, the International Labour Organization, the United Nations, and the World Bank in health and social protection are evaluated. Hence, the strengths and weaknesses of the current system can be revealed through the programmes, projects and policy proposals developed by these institutions and organisations. In this way, the steps taken towards health and social protection in the global arena, which has a multi-actor structure, can be addressed. In addition, this perspective also enables inferences to be made about global governance. Thus, it is aimed to create a basis for more effective and inclusive global policies in these areas. Subsequently, the study evaluates the design and financing structure of basic health and social protection policies on a global scale. In this context, it is stated that there is a need for a supranational organisation that can evaluate health and social protection under the same umbrella and develop and implement policies. Therefore, the thesis proposes an organisation that can meet this need. From this point of view, the central proposed organisation's administrative structure and management units are explained. In addition, how the organisation can be shaped within the global system, its financing structure and options regarding financing sources are presented. Finally, it aims to ensure the functionality of the organisation in question within the framework of the principles of governance, transparency, sustainability, and participation. At this point, it is stated that a self-feeding process will be established by utilising the resources collected in the fund in question. In addition, with the income generated from the fund, financial resources will be provided to countries with difficulty generating financial resources for basic health and social protection. Thus, it is emphasised that the fund acts as a stabilisation mechanism. The fund will protect risky countries in the global system where economic and financial crises spread with a domino effect. The limitations of the thesis study and the consideration of future research are important at this point. In this context, one of the aspects of the study that can be improved is that the proposed organisation could not be analysed based on quantitative data. In addition, since the proposed organisation cannot be independent of the power relations and political climate in international relations, sufficient efforts are required to bring all actors to a common ground. In this direction, the aspects that can be improved for future studies can be expressed as follows: Pilot applications based on regions or countries can be evaluated by creating simulations. In this context, regional analyses can be made. In addition, the organisation's structure is based on international law, and the functioning of global participation processes can be investigated in detail. As a result, primary healthcare and social protection require to be addressed with a holistic approach that complements each other rather than separately. It is also important to redefine the policy design for primary health and social protection services as global public goods and to build a new governance architecture based on this understanding. In this respect, it is considered a necessity not only for eliminating current inequalities but also for constructing a more resilient global society against future crises. A supranational organisation and financing mechanism structured from this perspective is considered a strategic necessity to support the existing global system and to achieve international goals.

## KAYNAKÇA

- Acheampong, A. O., ve Opoku, E. E. O. (2024). Analyzing the health implications of rising income inequality: What does the data say? *Economics of Transition and Institutional Change*, 32(4), 1003-1035. <https://doi.org/10.1111/ecot.12410>
- Agénor, P. R. (2023). *Global health challenges and the world economy: Assessing the benefits of fiscal policy cooperation* (No. B253). FERDI Policy Brief. <https://hdl.handle.net/10419/277003>
- Aiyar, S., ve Ebeke, C. (2020). Inequality of opportunity, inequality of income and economic growth. *World Development*, 136, 105115, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105115>
- Akdemir, A., ve Şahin, M. (2006). Küresel kamusal malların üretim ve yönetim dinamikleri bağlamında sınıflandırılması. *Maliye Dergisi*, 150(2), 1-24.
- Akdoğan Gedik, M. (2020). Küresel kamusal mallar: Sağlık ve salgın hastalıklar örneği. In G.Gürçay ve K. Manafidizaji (Eds.) *Selçuk Zirvesi 2. Uluslararası Sosyal Bilimler Kongresi* (pp. 146-157). Ubak Yayınevi.
- Akdoğan, A. (2019), *Kamu Maliyesi*, Gazi Kitabevi.
- Aktan, C.C. (2018). *Vergileme vergi teorisi ve vergi politikası* (2. baskı). Seçkin Yayıncılık.
- Albin, C. (2003). Negotiating international cooperation: global public goods and fairness. *Review of International Studies*, 29(3), 365-385. <https://doi.org/10.1017/S0260210503003656>
- Anderberg, D. (1999) Determining the mix of public and private provision of insurance by majority rule, *European Journal of Political Economy*, 15(3), 417-440. [https://doi.org/10.1016/S0176-2680\(99\)00020-8](https://doi.org/10.1016/S0176-2680(99)00020-8)
- Andersson, H. E., ve Nilsson, S. (2009). Asylum seekers and undocumented migrants' increased social rights in Sweden. *International Migration*, 49(4), 167-188. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2009.00586.x>
- Anomaly, J. (2011). Public health and public goods. *Public Health Ethics*, 4(3), 251-259. <https://doi.org/10.1093/phe/phr027>
- Arsan, H. Ü. (1992), "Kamu Maliyesi Alanında Yeni Bir İnceleme Konusu: Uluslararası Kamusal Mallar", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 47(01), 403-426, [https://doi.org/10.1501/SBFder\\_0000001538](https://doi.org/10.1501/SBFder_0000001538)
- Babones, S. J. (2008). Income inequality and population health: correlation and causality. *Social Science & Medicine*, 66(7), 1614-1626. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.12.012>
- Bania, N., ve Leete, L. (2022). Monthly income volatility and health outcomes. *Contemporary Economic Policy*, 40(4), 636-658. <https://doi.org/10.1111/coep.12580>
- Barış, A., ve Barlas, E. (2017). Kamu maliyesi teorisinde küresel kamusal mallar. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 12(1), 129-152. <https://doi.org/10.19129/sbad.3160>
- Barr, N. (2020). *Economics of the welfare state*. Oxford University Press.
- Barreto, M. L. (2017). Health inequalities: A global perspective. *Ciencia & Saude Coletiva*, 22, 2097-2108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>

- Barrett, S. (2002). Supplying international public goods: How nations can cooperate. İçinde M. Ferroni ve A. Mody. (Ed.) *International public goods: Incentives, measurement, and financing* (ss. 47-79). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0979-0\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0979-0_3)
- Barroy, H., Kutzin, J., Tandon, A., Kurowski, C., Lie, G., Borowitz, M., ... ve Dale, E. (2018). Assessing fiscal space for health in the SDG era: a different story. *Health Systems & Reform*, 4(1), 4-7. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1395503>
- Barroy, H., Sparkes, S., & Dale, E. (2016). *Assessing fiscal space for health in low and middle income countries: A review of the evidence* (Health Financing Working Paper No. 3; WHO/HIS/HGF/HF Working Paper/16.3). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-16.3>
- Basic Income Earth Network (BIEN). (2024). *About basic income*. <https://basicincome.org/about-basic-income/> (Erişim tarihi: 10 Kasım 2024).
- Bayarsaikhan, D., Tessier, L., ve Ron, A. (2022). Universal Health Coverage and social health protection: Policy relevance to health system financing reforms. *International Social Security Review*, 75(2), 75-95. <https://doi.org/10.1111/issr.12295>
- Baykal, İ. (2020). Küresel kamusal malların vergilendirilmesinde karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri. *International Journal of Disciplines Economics & Administrative Sciences Studies*, 6(16), 177–180. <http://dx.doi.org/10.26728/ideas.234>
- Benzeval, M., ve Judge, K. (2001). Income and health: the time dimension. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1371-1390. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00244-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00244-6)
- Berman, J. (2020). Can income buy health? Evidence from social security benefit discontinuities and Medicare claims. *University of California Working paper*.
- Beşer, B. H., ve Dönmez, S. (2024). Asimetrik bilgi teorisinin sağlık sektörü üzerindeki etkilerinin analizi: Kütahya ili örneği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(90), 729-753. <https://doi.org/10.17755/esosder.1386505>
- Bierbaum, M., ve Schmitt, V. (2022). *Investing more in universal social protection: Filling the financing gap through domestic resource mobilization and international support and coordination* (ILO Working Paper No. 44).
- Biermann, F., ve Pattberg, P. (2008). Global environmental governance: Taking stock, moving forward. *Annual Review of Environment and Resources*, 33(1), 277-294. <https://doi.org/10.1146/annurev.enviro.33.050707.085733>
- Biggs, B., King, L., Basu, S., ve Stuckler, D. (2010). Is wealthier always healthier? The impact of national income level, inequality, and poverty on public health in Latin America. *Social Science & Medicine*, 71(2), 266-273. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.002>
- Bird, R. M. (2015). *Global taxes and international taxation: Mirage and reality*. The International Centre for Tax and Development Working Paper No: 28.
- Bird, R. M. (2018). "Are global taxes feasible?". *International Tax and Public Finance*, 25(5), 1–46. <https://doi.org/10.1007/s10797-018-9487-2>
- Birdsall, N., ve Diofasi, A. (2015). Global public goods for development: How much and what for. *Washington DC: Center for Global Development*.

- Birleşmiş Milletler (BM). (2024), *The Sustainable Development Goals Report 2024*, United Nations Publications. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2024/>
- Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. (1948) İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Birn, A. E., ve Dmitrienko, K. (2005). The World Bank: global health or global harm?. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1091-1092.
- Bonilla Garcia, A., ve Gruat, J. V. (2003). *Social protection: A life cycle continuum investment for social justice, poverty reduction and sustainable development* (Version 1.0). International Labour Organization.
- Bonoli, G. (2006). New social risks and the politics of post-industrial social policies. İçinde K. Armingeon ve G. Bonoli (Ed.), *The politics of post-industrial welfare states* (ss. 3–26). Routledge.
- Bridger, E. K., ve Nettle, D. (2022). Perceptions of universal basic income as a population mental health intervention. *Journal of Public Mental Health*, 21, 208-217.
- Broad, R. (2007). Knowledge management: A case study of the World Bank's research department. *Development in Practice*, 17(4-5), 700–708. <https://doi.org/10.1080/09614520701470094>
- Brown, T. M., Cueto, M., ve Fee, E. (2006). The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 62-72.
- Brugha, R., Starling, M., ve Walt, G. (2002). GAVI, the first steps: lessons for the Global Fund. *The Lancet*, 359, 435-438.
- Bulutoğlu, K. (2004). Kamu ekonomisine giriş: demokraside devletin ekonomik bir kuramı. Batı Türkeli Yayıncılık.
- Buse, K., ve Gwin, C. (1998). The World Bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh. *The Lancet*, 351(9103), 665-669.
- Buzgan, T., ve Güner, Ö. (2020). Dünya Sağlık Örgütü'nün pandemilerdeki etkinliği ve post-pandemik dönemdeki geleceği. İçinde M. Şeker, A. Özer ve C. Korkut (Ed.), *Küresel salgının anatomisi: İnsan ve toplumun geleceği* (ss. 131–148). Türkiye Bilimler Akademisi.
- Carande-Kulis, V. G., Getzen, T. E., ve Thacker, S. B. (2007). Public goods and externalities: a research agenda for public health economics. *Journal of Public Health Management and Practice*, 13(2), 227-232.
- Carballo, M., ve Mboup, M. (2005). *International Migration and Health*. the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration.
- Castro, A., Marmot, M., Garay, J., de Negri, A., ve Buss, P. (2022). Achieving sustainable health equity. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(1), 81.
- Cattaneo, U., Schwarzer, H., Razavi, S., ve Visentin, A. (2024). *Financing gap for universal social protection: Global, regional and national estimates and strategies for creating fiscal space*, ILO Working Paper 113 (Geneva, International Labour Organization). <https://doi.org/10.54394/FGPM3913>

- Chancel, L., ve Piketty, T. (2021). Global income inequality, 1820–2020: The persistence and mutation of extreme inequality. *Journal of the European Economic Association*, 19(6), 3025-3062. <https://doi.org/10.1093/jeea/jvab047>
- Chen, L. C., Evans, T. G., ve Cash, R. A. (1999). Health as a global public good. İçinde I. Kaul, I. Grunberg, ve M. Stern (Ed.), *Global public goods: International cooperation in the 21st century* (ss. 284–304). Oxford University Press.
- Chiang, T. L. (1999). Economic transition and changing relation between income inequality and mortality in Taiwan: regression analysis. *Bmj*, 319(7218), 1162-1165. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7218.1162>
- Chrisendo, D., Niva, V., Hoffmann, R., Sayyar, S. M., Rocha, J., Sandström, V., ... ve Kummu, M. (2024). Income inequality has increased for over two-thirds of the global population. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-5548291/v1>
- Cichon, M. (1999). *Modelling in health care finance: A compendium of quantitative techniques for health care financing*. International Labour Organization.
- Cichon, M., ve H. Lanz. (2022). Creating fiscal and policy space. *A Pragmatic Two-pronged Global Implementation Strategy for Universal Social Protection*. Friedrich-Ebert-Stiftung (FES). <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/genf/18914.pdf>
- Cichon, M., ve Hagemeyer, K. (2007). Changing the development policy paradigm: Investing in social security floor for all. *International Social Security Review*, 60(2-3), 169-196. <https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.2007.00275.x>
- Cornes, R., ve Sandler, T. (1994). Are public goods myths? *Journal of Theoretical Politics*, 6(3), 369–385. <https://doi.org/10.1177/0951692894006003006>
- Craig, P., ve Katikireddi, S. V. (2020). Early impacts of Universal Credit: the tip of the iceberg?. *The Lancet Public Health*, 5(3), e131-e132.
- Crocker-Buque, T., ve Mounier-Jack, S. (2016). The international finance Facility for Immunisation: stakeholders' perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(9), 687. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.166553>
- Cueto, M., Brown, T. M., ve Fee, E. (2019). *The world health organization: A history*. Cambridge University Press.
- Curran, M., ve Mahutga, M. C. (2018). Income inequality and population health: a global gradient?. *Journal of health and social behavior*, 59(4), 536-553. <https://doi.org/10.1177/0022146518808028>
- Çalışır, Y. C. (2022). Gelişmekte olan ülkelerde sosyal koruma. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 215-225.
- Çalışır, Y. C., ve Gökbayrak, Ş. (2024). Gelir eşitsizliğinin azaltılmasında sosyal koruma harcamalarının rolü: Avrupa ülkelerinden kanıtlar. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 63, 331-350. <https://doi.org/10.30794/pausbed.1462787>
- Çukur, A. ve Bekmez, S. (2011). Türkiye'de gelir, gelir eşitsizliği ve sağlık ilişkisi: Panel veri analizi bulguları. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 10(1), 21-40.
- Daly, M. C., Duncan, G. J., Kaplan, G. A., ve Lynch, J. W. (1998). Macro-to-micro links in the relation between income inequality and mortality. *The Milbank Quarterly*, 76(3), 315-339.

- Darrudi, A., Khoonsari, M. H. K., ve Tajvar, M. (2022). Challenges to achieving universal health coverage throughout the world: A systematic review. *Journal of preventive medicine and public health*, 55(2), 125-133. <https://doi.org/10.3961/jpmph.21.542>
- Davies, A. A., Basten, A., ve Frattini, C. (2009). Migration: a social determinant of the health of migrants. *Eurohealth*, 16(1), 10-12.
- Davies, M., ve McGregor, J. A. (2009). Social protection: responding to a global crisis. *IDS bulletin*, 40(5), 68-77. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2009.00075.x>
- De Jongh, M. (2023). *Public goods: Why government should provide them* (Utrecht University Ethical Annotation Series, 8, 1–25). Utrecht University. <https://www.uu.nl/sites/default/files/Ethical-Annotation-8-Public-goods.pdf>
- De Schutter, O. (2021). *Global fund for social protection: international solidarity in the service of poverty eradication: report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights*. United Nations. Geneva. <https://coilink.org/20.500.12592/vx0k7w5>
- Deacon, B. (2013). *Global Social Policy in the Making: The Foundations of the Social Protection Floor*. Policy Press University of Bristol.
- Deaton, A. (2006). *Global patterns of income and health: Facts, interpretations, and policies* (NBER Working Paper No. 12735). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w12735>
- Dees, R. H. (2018). Public health and normative public goods. *Public health ethics*, 11(1), 20-26. <https://doi.org/10.1093/phe/phx020>
- Devereux, S., & Sabates-Wheeler, R. (2004). *Transformative social protection* (IDS Working Paper No. 232). Institute of Development Studies. <https://www.ids.ac.uk/publications/transformative-social-protection/>
- Diamond, P. A. (1977) A framework for social security analysis, *Journal of Public Economics*, 8(3), 275–298.
- Dollar D. (2001). Is globalization good for your health? *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9): 827–833.
- Donaldson, L., ve Banatvala, N. (2007). Health is global: proposals for a UK Government-wide strategy. *The Lancet*, 369(9564), 857-861. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60327-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60327-4)
- Dorjsuren B., Tessier, L., ve Ron, A. (2022). Universal Health Coverage and Social Health Protection: Policy relevance to health system financing reforms. *International Social Security Review*, 75(2), 75-95. <https://doi.org/10.1111/issr.12295>
- Dorling, D., Mitchell, R., ve Pearce, J. (2007). An observational study: the global impact of income inequality on health by age. *British Medical Journal (BMJ)*, 335, 873-875. <https://doi.org/10.1136/bmj.39349.507315.DE>
- Downie, C. (2022). Competition, cooperation, and adaptation: The organizational ecology of international organizations in global energy governance. *Review of International Studies*, 48(2), 364–384. <https://doi.org/10.1017/S0260210521000267>
- Duman, G., ve Yılmaz, S. (2022). Bir İnsani Güvenlik Ögesi Olarak Ekonomik Güvenliğin Temel Gelir Perspektifinde İncelenmesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 21(4), 2341-2353. <https://doi.org/10.21547/jss.1087845>

- Dünya Bankası (DB). (2024). *Health Strategy*, <https://www.worldbank.org/en/topic/health/overview#2>
- Dünya Bankası (DB). (2024a). *Harnessing Opportunities ve Managing Risks, Social Protection Fact Sheet*. <http://documents.worldbank.org/curated/en/099445312032430797>
- Dünya Bankası (DB). (2024b). *Health Focus Areas*, <https://www.worldbank.org/en/topic/health/overview#3>
- Dünya Bankası (DB). (2024c). *Social Protection, Labor and Employment*. <https://www.worldbank.org/en/topic/socialprotection/overview#2>
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2012). *Draft Guidelines for the Implementation of Article 6 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*, Report of the Working Group, FCTC/COP/5/8, World Health Organization.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2024a). *World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2025a). *Universal health coverage*. [https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1) (Erişim Tarihi: 04 Mart 2025).
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (1946). *Dünya Sağlık Örgütü Anayasası*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2009). *Raising and channeling funds: Taskforce on Innovative Financing for Health Systems, Working Group 2 report, June 2009*. World Health Organization.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2016). *International Health Regulations (IHR) Third Edition*. WHO Press Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2023a). “Poliomyelitis”, Web adresi: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/poliomyelitis> (Erişim tarihi: 29 Ağustos 2024).
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2023b). *World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2024). *Aligning for country impact: 2024 progress report on the Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All*. Geneva: World Health Organization.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2025). *Who we are?*. <https://www.who.int/about/who-we-are> (Erişim Tarihi: 04 Mart 2025).
- Eaneff, S., Boyce, M. R., Graeden, E., Lowrance, D., Moore, M. ve Katz, R. (2023). Financing global health security: estimating the costs of pandemic preparedness in Global Fund eligible countries. *BMJ Global Health*, 8(1), e008960. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008960>
- Eckstem, Z., M. Eichenbaum, ve D. Peled. (1985). Uncertain lifetimes and the welfare enhancing properties of annuity markets and social security, *Journal of Public Economics* 26(3), 303–326.

- Ener, M., ve Demircan, E. (2008). Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(1), 57-82.
- Ercan, H., ve Kıratoğlu, E. (2023). Sağlık hizmetlerinin kamu malları açısından değerlendirmesi. İçinde H. Yazıt ve N. Köktürk (Ed.), Sosyal bilimler üzerine araştırmalar-VIII (ss. 75–94). Özgür Yayınları.
- Ertürk Atabey, S. (2012). *Ulusal sağlık sistemleri ve 1980 sonrasında Türkiye’de sağlıkta dönüşüm politikalarının incelenmesi ve değerlendirilmesi*. (Doktora tezi). Gazi Üniversitesi.
- Erumut, M.C. (2015). Türkiye için alternatif sağlık finansman önerisi: İki sütunlu sistem. *Sosyal Güvençe*, 5, 93-126.
- Eser, L. Y., ve Birinci, N. (2013). Global vergi önerileri ve uygulanabilirlikleri. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 27(1), 177–195.
- ESK. (2023) *From commitment to action Action agenda on universal health coverage from the UHC movement*. <https://www.uhc2030.org/what-we-do/voices/action-agenda-from-the-uhc-movement/> (Erişim Tarihi: 05 Mart 2025).
- ESK2030. (n.d.). *UHC2030 – Taking action for universal health coverage*. <https://www.uhc2030.org/> (Erişim tarihi: 03 Mart 2025).
- Fassin, D. (2012). *Humanitarian reason: A moral history of the present*. University of California Press.
- Ferraro, A., Cerciello, M., Agovino, M., ve Garofalo, A. (2021). Do public policies reduce social exclusion? The role of national and supranational economic tools. *Structural Change and Economic Dynamics*, 57, 165-181. <https://doi.org/10.1016/j.strueco.2021.03.001>
- Fidler, D. P., ve Gostin, L. O. (2006). The new International Health Regulations: an historic development for international law and public health. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 34(1), 85-94. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2006.00011.x>
- Fiscella, K., ve Franks, P. (1997). Poverty or income inequality as predictor of mortality: longitudinal cohort study. *Bmj*, 314(7096), 1724-1727. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7096.1724>
- Fooks, G. J., ve Gilmore, A. B. (2013). Corporate philanthropy, political influence, and health policy. *PloS one*, 8(11), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080864>
- Forget, E. L. (2011). The town with no poverty: The health effects of a Canadian guaranteed annual income field experiment. *Canadian Public Policy*, 37(3), 283-305. <https://doi.org/10.3138/cpp.37.3.283>
- Forss, M., Kalimo, E., & Purola, T. (2000, 25–27 Eylül). Globalisation and the concept of insurance. *The Year 2000 International Research Conference on Social Security*, Helsinki.
- Frenk, J. ve S. Moon (2013), Governance challenges in global health, *New England Journal of Medicine*, 368(10), 936–942.

- Frenk, J., Gómez-Dantés, O., ve Moon, S. (2014). From sovereignty to solidarity: A renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *The Lancet*, 383(9911), 94–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62561-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62561-1)
- Gartner, D. (2012). Global public goods and global health. *Duke Journal of Comparative & International Law*, 22(3), 303-318.
- Gatti, F. (2024). Contesting focality in global health governance: The World Health Organization-World Bank relationship in historical perspective. *The British Journal of Politics and International Relations*, 0(0), 1-24. <https://doi.org/10.1177/13691481241293063>
- Gediz Oral, B. (2014). Sağlık hizmetlerinin küresel kamusal mal olarak değerlendirilmesi: Uluslararası örgütler. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 51(588), 79-95.
- Gediz Oral, B. (2016). Sağlık hizmetleri arzında bir alternatif: kamu özel sektör işbirlikleri, *Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kongresi*, ISBN 978-975-8628-48-3, 631-639.
- Gediz Oral, B. ve Arpazlı Fazlılar, T. (2019). Küresel sağlık politikasının aktörleri. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(4), 249-267.
- Gentilini, U., ve Omamo, S. W. (2009). *Unveiling social safety nets* (Occasional Paper No. 20). World Food Programme. [https://socialprotection.gov.bd/wp-content/uploads/2017/06/WFP-Unveiling\\_Social\\_Safety\\_Nets.pdf](https://socialprotection.gov.bd/wp-content/uploads/2017/06/WFP-Unveiling_Social_Safety_Nets.pdf)
- Gentilini, U., ve Omamo, S. W. (2011). Social protection 2.0: Exploring issues, evidence and debates in a globalizing world. *Food policy*, 36(3), 329-340. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2011.03.007>
- Ghebreyesus, T. A., ve Clark, H. (2023). Health taxes for healthier lives: an opportunity for all governments. *BMJ Global Health*, 8, e013761. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013761>
- Gibson, M., Hearty, W., ve Craig, P. (2018). Potential effects of universal basic income: a scoping review of evidence on impacts and study characteristics. *The Lancet*, 392(Suppl 1), S36.
- Gibson, M., Hearty, W., ve Craig, P. (2020). The public health effects of interventions similar to basic income: a scoping review. *The Lancet Public Health*, 5(3), e165-e176.
- Glennster, H. (2010). The sustainability of welfare states. İçinde F. G. Castles, S. Leibfried, J. Lewis, H. Obinger, ve C. Pierson (Ed.), *The Oxford handbook of the welfare state* (ss. 689-702). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199579396.003.0047>
- Goldin, I. (2013). *Divided Nations: Why global governance is failing, and what we can do about it*. Oxford University Press.
- Gomboc, S., Zagoranski, M., Kos, A., Bolta, T., Kitanovska, T., Rupena, G., ... ve Jug, V. (2024). Systematic review on the impact of various types of universal basic income on mental health in low-and middle-income countries. *Behavioral Sciences*, 14(8), 726. <https://doi.org/10.3390/bs14080726>
- Gómez, E. J., Singh, P., Shiffman, J., ve Barberia, L. (2022). Political science and global health policy. *The Lancet*, 399(10341), 2080-2082.

- Gostin, L. O., Friedman, E. A., ve Finch, A. (2023). The global health architecture: governance and international institutions to advance population health worldwide. *The Milbank Quarterly*, 101(1), 734-769. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12627>
- Gökbunar, R., Özdemir, H., ve Uğur, A. (2008). Küreselleşme kısıcındaki refah devletinde sosyal refah harcamaları. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 9(2), 158–173.
- Gümüş, İ. (2012). *Devlet müdahalesi ve piyasalaşma kısıcında refah devleti: Türkiye’de sosyal güvenlik reformu* (Yayımlanmamış doktora tezi). Marmara Üniversitesi.
- Haagh, L. (2019). *The case for universal basic income*. Cambridge: Polity Press.
- Haagh, L., ve Rohregger, B. (2019). *Universal basic income policies and their potential for addressing health inequities: Transformative approaches to a healthy, prosperous life for all* (No. WHO/EURO: 2019-3533-43292-60676). World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Hagemejer, K., ve McKinnon, R. (2013). The role of national social protection floors in extending social security to all. *International Social Security Review*, 66(3-4), 3-19. <https://doi.org/10.1111/issr.12016>
- Haile, A. J. (2009). Sin taxes: When the state becomes the sinner. *Temple Law Review*. 82(4), 1041–1070.
- Harper, S. (2010). The capacity of social security and health care institutions to adapt to an ageing world. *International Social Security Review*, 63(3-4), 177-196. <https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.2010.01374.x>
- Hasdell, R. (2020) *What we know about Universal Basic Income: A cross-synthesis of reviews*. Stanford, CA: Basic Income Lab. [https://basicincome.stanford.edu/uploads/Umbrella%20Review%20BI\\_final.pdf](https://basicincome.stanford.edu/uploads/Umbrella%20Review%20BI_final.pdf)
- Haushofer, J., ve Shapiro, J. (2018). *The long-term impact of unconditional cash transfers: experimental evidence from Kenya*. Busara Center for Behavioral Economics, Nairobi, Kenya.
- Heller, P. (2005). Understanding Fiscal Space. *IMF Policy Discussion Paper* PDP/05/4.
- Holcombe, R. G. (1997), “A Theory of the Theory of Public Goods” *Review of Austrian Economics*, 10(1), 1-22.
- Holzmann, R., ve Jørgensen, S. (2001). Social risk management: A new conceptual framework for social protection, and beyond. *International Tax and Public Finance*, 8, 529-556. <https://doi.org/10.1023/A:1011247814590>
- Horne, L. C. (2019). Public health, public goods, and market failure. *Public Health Ethics*, 12(3), 287-292.
- Howard, N., Gregory, G., Johnson, E. A., Goodman, C., Coates, J., Pickett, K. E., ve Johnson, M. T. (2024). Prospective health impacts of a Universal Basic Income: Evidence from community engagement in South Tyneside, United Kingdom. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 54(4), 396-404. <https://doi.org/10.1177/27551938241265928>
- Howse, K. (2010, 5–7 Ekim). What kinds of policy challenge does population ageing generate for health systems? *International Alliance of Research Universities Congress “Aging, Longevity and Health”*, University of Copenhagen - Faculty of Health Sciences.

- Hume, D. (1978). *Treatise of human nature*. Oxford University Press.
- Hunter, D. J., Abdool Karim, S. S., Baden, L. R., Farrar, J. J., Hamel, M. B., Longo, D. L., ... ve Rubin, E. J. (2022). Addressing vaccine inequity—Covid-19 vaccines as a global public good. *New England Journal of Medicine*, 386(12), 1176-1179. <https://doi.org/10.1056/NEJMe2202547>
- International Organisation Of Employers (IOE). (2011). *The Concept Of The Social Protection Floor Explanatory Note For Employers*, Geneva.
- International Finance Facility for Immunisation. (n.d.). Vaccine bonds. IFFIm. <https://iffim.org/investor-centre/vaccine-bonds>
- International Labour Organization (ILO) ve Birleşmiş Milletler (BM). (2025). *Right to social security* (Fact Sheet No. 39). Geneva and New York.
- International Labour Organization (ILO). (2011). *Resolutions adopted by the International Labour Conference at its 100th Session* (Geneva, June 2011).
- International Labour Organization (ILO). (2017). *World social protection report 2017–19: Universal social protection to achieve the sustainable development goals*. <https://www.ilo.org/publications/world-social-protection-report-2017-19-universal-social-protection-achieve>
- International Labour Organization (ILO). (2023, 31 May). *ILO Monitor on the world of work: Eleventh edition – A global employment divide: Low-income countries will be left further behind without action on jobs and social protection*. <https://www.ilo.org/resource/brief/ilo-monitor-world-work-11th-edition>
- International Labour Organization (ILO). (2024a). *Extending social health protection: Accelerating progress towards universal health coverage in Central and Western Asia*. <https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=58650>
- International Labour Organization (ILO). (2025). *Universal social protection: A precondition for accelerating social development* (Policy Brief prepared for the Second World Summit for Social Development, WSSD2 Brief, pp. 1–8). <https://doi.org/10.54394/HANM3784>
- International Labour Organization ILO. (2020). *Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles. Social Protection Spotlight*. January 2020. <https://www.ilo.org/publications/towards-universal-health-coverage-social-health-protection-principles>
- International Labour Organization ILO. (2021). *Extending social protection to migrant workers, refugees and their families: A guide for policymakers and practitioners*. <https://www.ilo.org/publications/extending-social-protection-migrant-workers-refugees-and-their-families>
- International Labour Organization ILO. (2024). *World Social Protection Report 2024-2026: Universal Social Protection for Climate Action and a Just Transition*. <https://www.ilo.org/publications/flagship-reports/world-social-protection-report-2024-26-universal-social-protection-climate>
- İleri, H., Seçer, B., ve Ertaş, H. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 12, 176-186.

- Jauch, H. (2015). The rise and fall of the basic income grant campaign: Lessons from Namibia. *Global Labour Journal*, 6(3), 336-350. <https://doi.org/10.15173/glj.v6i3.2367>
- Johnson, E. A., Johnson, M. T., ve Webber, L. (2022). Measuring the health impact of Universal Basic Income as an upstream intervention: holistic trial design that captures stress reduction is essential. *Evidence ve Policy*, 18(3), 583-594.
- Johnson, M. T., Johnson, E. A., Nettle, D., ve Pickett, K. E. (2022). Designing trials of Universal Basic Income for health impact: identifying interdisciplinary questions to address. *Journal of Public Health*, 44(2), 408-416. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa255>
- Johnson, M. T., Johnson, E. A., Webber, L., Friebel, R., Reed, H. R., Lansley, S., ve Wildman, J. (2021). Modelling the size, cost and health impacts of universal basic income: What can be done in advance of a trial?. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 21(4), 459-476. <https://doi.org/10.1007/s10742-021-00246-8>
- Judge, K., Mulligan, J. A., ve Benzeval, M. (1998). Income inequality and population health. *Social Science ve Medicine*, 46(4-5), 567-579.
- Jumaniyazov, I. T., ve Xaydarov, A. (2023). The importance of social insurance in social protection. *Science and Education*, 4(1), 1033-1043.
- Kaasch, A. (2021). Characterizing global health governance by international organizations: Is there an ante- and post-COVID-19 architecture? İçinde K. Martens, D. Niemann, ve A. Kaasch (Ed.), *International organizations in global social governance* (ss. 195–211). Palgrave Macmillan. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-65439-9\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-030-65439-9_10)
- Kaltenborn, M. (2015). Global social protection. New impetus from the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Global Governance Spotlight*, 7, 1-4.
- Kanbur, R. (2016). What is the World Bank good for? Global public goods and global institutions. *Revue d'économie du développement*, 24(3), 9-24.
- Kanbur, R., Ortiz-Juarez, E., ve Sumner, A. (2024). Is the era of declining global income inequality over?. *Structural Change and Economic Dynamics*, 70, 45-55. <https://doi.org/10.1016/j.strueco.2024.01.002>
- Kangas, O., Jauhiainen, S., Simanainen, M., ve Ylikännö, M. (2019). *The basic income experiment 2017–2018 in Finland: Preliminary results*. Ministry of Social Affairs and Health. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161361>
- Kapur, D., ve Nangia, P. (2015). Social protection in India: A welfare state sans public goods? *India Review*, 14(1), 73–90. <https://doi.org/10.1080/14736489.2015.1001275>
- Kaufmann, F.-X., Veit-Wilson, J., ve Skelton-Robinson, T. (2012). Welfare Internationalism before the Welfare State: The Emergence of Human Social Rights. İçinde *European Foundations of the Welfare State* (1st ed., ss. 94–130). Berghahn Books. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt9qdf0s.11>
- Kaul, I. (2001). Global public goods and the poor. *Development*, 44, 77-84. <https://doi.org/10.1057/palgrave.development.1110218>
- Kaul, I. (2019). Global public goods and governance for addressing sustainability. İçinde M. Nissanke ve J. A. Ocampo (Ed.), *The Palgrave handbook of development economics* (Bölüm 24). Palgrave Macmillan. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-14000-7\\_24](https://doi.org/10.1007/978-3-030-14000-7_24)

- Kaul, I., Grunberg, I., ve Stern, M. A. (1999). Global public goods: Concepts, policies and strategies. İçinde I. Kaul, I. Grunberg, ve M. A. Stern (Ed.), *Global public goods: International cooperation in the 21st century* (ss. 450–507). Oxford University Press.
- Kaul, I., ve Faust, M. (2001). Global public goods and health: taking the agenda forward. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 869-874.
- Kaul, I., ve Mendoza, R. U. (2003). Advancing the concept of public goods. İçinde I. Kaul, P. Conceição, K. L. Goulven, ve R. U. Mendoza (Ed.), *Providing global public goods: Managing globalization* (ss. 78–112). Oxford University Press.
- Kawachi, I., S. Levine, S. M. Miller, K. Lasch, ve B. C. Amick III. (1994). Income inequality and life expectancy: Theory, research, and policy. *Boston: The Health Institute, New England Medical Center*.
- Kawachi, I., ve Kennedy, B. P. (1999). Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health Services Research*, 34(1 Partt 2), 215-227.
- Kejžar, K. Z., ve Ponikvar, N. (2023). Global Public Goods in Light of the New Paradigm of Sustainable Development under the Challenges Facing Today's World. İçinde E. Latoszek ve A. Kłos. (Ed.). *Global Public Goods and Sustainable Development in the Practice of International Organizations*, (ss. 21-41). Brill.
- Kete, H. (2022). Covid-19 pandemisi ile mücadelede aşılarda küresel kamusal mal çözümü olarak değerlendirilmesi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 23(Covid-19 Özel Sayısı), 99-120. <https://doi.org/10.31671/doujournal.945035>
- Kilburn, K., Thirumurthy, H., Halpern, C. T., Pettifor, A., ve Handa, S. (2016). Effects of a large-scale unconditional cash transfer program on mental health outcomes of young people in Kenya. *Journal of Adolescent Health*, 58(2), 223-229. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.023>
- Kirmanoglu, H., Yilmaz, B. E., ve Susam, N. (2006). Maliye teorisi'nin çıkmazı: küresel kamusal mallar (Kalkınma yardımları içinde küresel kamusal malların finansmanı). *Maliye Dergisi*, 150, 25-52.
- Klemperer, K., ve Baker, P. (2024). *Health taxes in the polycrisis era* (No. 331). Center for Global Development Background Paper for the Task Force on Fiscal Policy for Health.
- Koivusalo, M. (2010). The shaping of global health policy. *Socialist Register*, 46, 279-294.
- Koivusalo, M., ve Ollila, E. (2022). Global health policy. İçinde N. Yeates, ve C. Holden (Ed.). *Understanding Global Social Policy* (ss. 275-295), Bristol University Press.
- Koon, A. D., ve Marten, R. (2023). Framing health taxes: a scoping review. *BMJ global health*, 8, e012055. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012055>
- Kosycarz, E. (2023). Governing Global Health by International Organizations amid the Global Challenges of Today, and Its Impact on Sustainable Development. İçinde E. Latoszek ve A. Kłos. (Ed.). *Global Public Goods and Sustainable Development in the Practice of International Organizations*, (ss. 274-300). Brill.
- Kuhnle, S. (2012). Globalization of the welfare state. In C. Anckar ve D. Anckar (Ed.), *Comparisons, regimes, elections: Festschrift for Lauri Karvonen* (ss. 31-42). Åbo Akademi University Press.
- Kuhnle, S. (2017). Globalizing Welfare. *Journal of Policy Science*, 11, 47-60.

- Kutlusehim, İ. (2022). Sosyal güvenlik sistemleri ve Türkiye'de sistemin sürdürülebilirliği. *Düşünce Dünyasında Türkiz*, 7(37), 83–98.
- Kwan, C., ve Drolet, J. (2016). “*Recovery for all*” and *reducing inequality: austerity and poverty elimination*. İçinde Social Development and Social Work Perspectives on Social Protection (ss. 55-71). Routledge.
- Leisering, L. (2021). One Hundred Years of Social Protection: The Rise of the Social Question in Brazil, India, China, and South Africa, 1920–2020. İçinde Leisering, L. (Ed.) *One Hundred Years of Social Protection. Global Dynamics of Social Policy*. Palgrave Macmillan, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-54959-6\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-030-54959-6_11)
- Leisering, L. (2022). Global social security policy. İçinde N. Yeates & C. Holden (Ed.), *Understanding global social policy* (ss. 319–344). Bristol University Press.
- Lele, U., ve Gerrard, C. (2003). Global public goods, global programs, and global policies: Some initial findings from a World Bank evaluation. *American Journal of Agricultural Economics*, 85(3), 686-691.
- Levaggi, R. (2010). From local to global public goods: How should externalities be represented?. *Economic Modelling*, 27(5), 1040-1042.
- Levitt, P., Dobbs, E., Sun, K. C. Y., ve Paul, R. (2023). *Transnational social protection: Social welfare across national borders*. Oxford University Press.
- Levy, H., ve Meltzer, D. (2008). The impact of health insurance on health. *Annu. Rev. Public Health*, 29, 399-409. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144042>
- Li, H., ve Zhu, Y. (2006). Income, income inequality, and health: Evidence from China. *Journal of Comparative Economics*, 34(4), 668-693. <https://doi.org/10.1016/j.jce.2006.08.005>
- Linden, M., ve Ray, D. (2017). Aggregation bias-correcting approach to the health–income relationship: life expectancy and GDP per capita in 148 countries, 1970–2010. *Economic Modelling*, 61, 126-136. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2016.12.001>
- Liu, S., Veugelers, P. J., Liu, C., ve Ohinmaa, A. (2022). The cost effectiveness of taxation of sugary foods and beverages: a systematic review of economic evaluations. *Applied Health Economics and Health Policy*, 20, 185-198, <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00685-x>
- Lopert, R., Malpani, R., Haywood, P., Winickoff, D. E., ve Garden, H. (2023). Incentivising the Development of Global Public Goods for Health. Ready For The Next Crisis? Investing In Health System Resilience, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>
- Lorgelly, P. K., ve Lindley, J. (2008). What is the relationship between income inequality and health? Evidence from the BHPS. *Health economics*, 17(2), 249-265. <https://doi.org/10.1002/hec.1254>
- Lutz, P., ve Caballero-Vélez, D. (2024). Refugee protection as a public good: What benefits do states derive? *Perspectives on Politics*, 1–16. <https://doi.org/10.1017/S1537592724001014>
- Lynch, J. W. (2000). Income inequality and health: expanding the debate. *Social Science and Medicine*, 51(7), 1001-1006.
- Lynch, J. W., ve Kaplan, G. A. (1997). Understanding how inequality in the distribution of income affects health. *Journal of health psychology*, 2(3), 297-314.

- Mann, J. M. (1997). Medicine and public health, ethics and human rights. *Hastings Center Report*, 27(3), 6-13.
- Marshall, T. H. (1950). Citizenship and social class. İçinde *Citizenship and social class and other essays* (ss. 1–85). Cambridge University Press.
- Mascarenhas, R., ve Sandler, T. (2005). Donors' Mechanisms for Financing International and National Public Goods: Loans or Grants?. *World Economy*, 28(8), 1095-1117.
- Mays, J. (2019). Social effects of basic income. In M. Torry (Ed.), *The Palgrave international handbook of basic income: Exploring the basic income guarantee* (pp. 73–90). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-23614-4\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-030-23614-4_5)
- McCarthy, M. (2002). A brief history of the World Health Organization. *The Lancet*, 360(9340), 1111-1112.
- McKee, M., Wenham, C. ve Forman, R. (2021). Promote global public goods for sustainable improvements in health. İçinde M. McKee. (Ed.) *Drawing Light From The Pandemic: A New Strategy For Health And Sustainable Development A Review Of The Evidence* (ss. 117 -130). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- McKinnon, R. (2007). Dynamic social security: A framework for directing change and extending coverage. *International Social Security Review*, 60(2-3), 149-168. <https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.2007.00274.x>
- Meheus, F., ve McIntyre, D. (2017). Fiscal space for domestic funding of health and other social services. *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), 159-177. <https://doi.org/10.1017/S1744133116000438>
- Milanovic, B. (2024). The three eras of global inequality, 1820–2020 with the focus on the past thirty years. *World Development*, 177, 106516, 1-24. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2023.106516>
- Missoni, E. (2008). Who governs world health?. *Proceedings of Agora Switzerland*. [http://web.mclink.it/MD4536/CV/mieiscritt.pdf/080926%20%20Who\\_Governs\\_World\\_Health\\_Martigny.pdf](http://web.mclink.it/MD4536/CV/mieiscritt.pdf/080926%20%20Who_Governs_World_Health_Martigny.pdf) (Erişim Tarihi: 15 Eylül 2024).
- Missoni, E., Pacileo, G., ve Tediosi, F. (2019). *Global health governance and policy: An introduction*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351188999>
- Moon, S., Røttingen, J. A., ve Frenk, J. (2017). Global public goods for health: weaknesses and opportunities in the global health system. *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), 195-205.
- Moore, S., 2006. Peripherality, income inequality, and life expectancy: revisiting the income inequality hypothesis. *International Journal of Epidemiology*, 35(3), 623–632. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl026>
- Morrissey, O., Willem te Velde, D., ve Hewitt, A. (2002). Defining international public goods: conceptual issues. İçinde M. Ferroni, ve M. Mody (Ed.). *International Public Goods: incentives, measurement, and financing*, (ss. 1-25). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0979-0\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0979-0_2)
- Munro, L. T. (2007). *Risks, rights, and needs: compatible or contradictory bases for social protection?*, International Development Research Centre Brooks World Poverty Institute Working Paper No: 7, 1-17.

- Mutlu, A. (2006). Küresel kamusal mallar bağlamında sağlık hizmetleri ve çevre kirlenmesi: Üretim, finansman ve yönetim sorunları. *Maliye Dergisi*, 150, 53-78.
- Natali, L., Handa, S., Peterman, A., Seidenfeld, D., Tembo, G., ve Zambia Cash Transfer Evaluation Team. (2018). Does money buy happiness? Evidence from an unconditional cash transfer in Zambia. *SSM-population health*, 4, 225-235.
- Okonjo-Iweala, N. (2020). "Finding a Vaccine Is Only the First Step. No One Will Be Safe Until the Whole World Is Safe." *Foreign Affairs*. [https://cpb-us-e1.wpmucdn.com/sites.suffolk.edu/dist/9/1764/files/2020/06/Finding-a-Vaccine-Is-Only-the-First-Step\\_-Foreign-Affairs.pdf](https://cpb-us-e1.wpmucdn.com/sites.suffolk.edu/dist/9/1764/files/2020/06/Finding-a-Vaccine-Is-Only-the-First-Step_-Foreign-Affairs.pdf)
- Ollila, E. (2005). Global health priorities—priorities of the wealthy?. *Globalization and health*, 1, 1-5. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-1-6>
- Olufadewa, I. I., Adesina, M. A., Oladele, R. I., Oladoye, M. J. ve Eke, N. F. A. (2021). Global fund: analyzing 10 years of bridging health inequalities. *The International journal of health planning and management*, 36(2), 282-287. <https://doi.org/10.1002/hpm.3096>
- Ooms, G., ve Hammonds, R. (2014). *Financing global health through a Global Fund for Health?*. Chantam House Centre on Global Health Security Working Group Papers No 4.
- Ortaç, F. R. (2004). *Global kamu malları ve finansmanı*. Gazi Kitabevi.
- Ortiz, I., Behrendt, C., Acuña-Ulate, A., & Anh, N. Q. (2018, July 29). *Universal basic income proposals in light of ILO standards: Key issues and global costing*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3208737>
- Ortiz, I., Chowdhury, A., Durán-Valverde, F., Muzaffar, T., ve Urban, S. (2019). *Fiscal space for social protection*. A Handbook for Assessing Financing Options. Geneva: International Labour Office.
- Ortiz, I., Cummins, M. ve Karunanethy, K. (2017). *Fiscal space for social protection and the SDGs: Options to expand social investments in 187 countries*. (Extension of Social Security Series No. 48). International Labour Office.
- Özsuca, Ş. (2003). Küreselleşme ve sosyal güvenlik krizi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 58(02), 133-152.
- Padovese, V., Egidi, A. M., Melillo Fenech, T., Podda Connor, M., Didero, D., Costanzo, G., ve Mirisola, C. (2014). Migration and determinants of health: clinical epidemiological characteristics of migrants in Malta (2010–11). *Journal of Public Health*, 36(3), 368-374. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt111>
- Palier, B., & Sykes, R. (2001). Challenges and change: Issues and perspectives in the analysis of globalization and the European welfare states. İçinde R. Sykes, B. Palier, P. M. Prior, ve J. Campling (Ed.), *Globalization and European welfare states* (ss. 1–16). Palgrave Macmillan. [https://doi.org/10.1007/978-1-137-09783-5\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-137-09783-5_1)
- Pan, J., Lei, X., ve Liu, G. G. (2016). Health insurance and health status: exploring the causal effect from a policy intervention. *Health Economics*, 25(11), 1389-1402. <https://doi.org/10.1002/hec.3225>
- Pandey, K. R. ve Adhikari, B. (2023). Why we need a global fund for health research. *The Lancet Global Health*, 11(7), e1003-e1004.

- Paraje, G. R., Jha, P., Savedoff, W., ve Fuchs, A. (2023). Taxation of tobacco, alcohol, and sugar-sweetened beverages: reviewing the evidence and dispelling the myths. *BMJ Global Health*, 8, e011866. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-011866>
- Patel, S. B., ve Kariel, J. (2021). Universal basic income and covid-19 pandemic evidence backs up health benefits and may show the way forward. *BMJ*, 372, 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.n193>
- Peacock, S. J. (2022). Vaccine nationalism will persist: global public goods need effective engagement of global citizens. *Globalization and Health*, 18(1), 1-11.
- Pedraza, C. C., Matus-López, M., ve Báscolo, E. (2019). Fiscal space for Health in the Americas: is economic growth sufficient?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e321. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.321>
- Pertekli, M. M. (2023). Uluslararası örgütlerin küresel sağlık güvenliğinde belirsiz etkisi: D-8 (Developing Eight) örneği. *Journal of Academic Value Studies*, 9(2), 152-161. <http://dx.doi.org/10.29228/javs.69823>
- Pınarbaşı, Ş., ve Piyal, B. (2022). Sürdürülebilir kalkınma hedefi üç'ün sağlık kapsayıcılığı işlevi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 7(2), 379-391.
- Pickett, K. E., ve Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social science & medicine*, 128, 316-326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>
- Platoni, S. (2010). Asymmetric information and annuities. *Journal of Public Economic Theory*, 12(3), 501-532. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9779.2010.01462.x>
- Plotkin, S. A. (2017). Vaccines for epidemic infections and the role of CEPI. *Human vaccines & Immunotherapeutics*, 13(12), 2755-2762. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1306615>
- Ratel, M. H., Williams, G., ve Williams, K. (2013). *Inserting migrants into the global social protection floor*. CIGI Junior Fellows Policy Brief No.11.
- Rebouças, P., Falcão, I. R., ve Barreto, M. L. (2022). Social inequalities and their impact on children's health: a current and global perspective. *Jornal de pediatria*, 98, 55-65. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.11.004>
- Reubi, D. (2016). Of neoliberalism and global health: Human capital, market failure and sin/social taxes. *Critical public health*, 26(5), 481-486, <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1196288>
- Rieder, S. (2016). Interrogating the global health and development nexus: Critical viewpoints of neoliberalization and health in transnational spaces. *World Development Perspectives*, 2, 55-61.
- Rodgers, G. B. (1979). Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. *Population studies*, 33(2), 343-351. <https://doi.org/10.1080/00324728.1979.10410449>
- Rodgers, G., Swepston, L., Lee, E., ve van Daele, J. (2009). *The International Labour Organization and the quest for social justice, 1919–2009*. International Labour Organization.

- Roy, R., Heuty, A. ve Letouze, E. (2007). *Fiscal space for what? Analytical issues from a human development perspective*. Paper for the G-20 workshop on fiscal policy (New York, United Nation Development Programme).
- Ruckert, A., Huynh, C., ve Labonté, R. (2017). Reducing health inequities: is universal basic income the way forward?. *Journal of Public Health*, 40(1), 3-7. <https://doi.org/10.1093/pubmed/idx006>
- Ruger, J. P. (2005). The changing role of the World Bank in global health. *American journal of public health*, 95(1), 60-70.
- Sabates-Wheeler, R., & Devereux, S. (2008). Transformative social protection: The currency of social justice. İçinde A. Barrientos ve D. Hulme (Ed.), *Social protection for the poor and poorest: Concepts, policies and politics* (ss. 64–84). Palgrave Macmillan. [https://doi.org/10.1057/978-0-230-58309-2\\_4](https://doi.org/10.1057/978-0-230-58309-2_4)
- Salgado Hernández, J. C., Basto-Abreu, A., Junquera-Badilla, I., Moreno-Aguilar, L. A., Barrientos-Gutiérrez, T., ve Colchero, M. A. (2023). Building upon the sugar beverage tax in Mexico: a modelling study of tax alternatives to increase benefits. *BMJ global health*, 8, e012227. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012227>
- Salgado Hernández, J. C., ve Ng, S. W. (2021). Simulating international tax designs on sugar-sweetened beverages in Mexico. *PLoS One*, 16(8), e0253748, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253748>
- Samancı, U. (2016). Dünya Sağlık Örgütü ve normatif işlevi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(1), 55-89.
- Samarasekera, U. (2021). CEPI prepares for future pandemics and epidemics. *The Lancet. Infectious Diseases*, 21(5), 608, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00216-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00216-4)
- Samuelson, P. A. (1954). The pure theory of public expenditure. *The Review of Economics and Statistics*, 36(4), 387–389.
- Sandler, T. (2001). *On financing global and international public goods* (Policy Research Working Paper No. 2638). The World Bank Economic Policy and Prospects Group.
- Sandler, T. (2006). Regional public goods and international organizations. *The Review of International Organizations*, 1, 5-25. <https://doi.org/10.1007/s11558-006-6604-2>
- Schieber, G., Fleisher, L., ve Gottret, P. (2006). Getting Real on Health Financing. *Finance & Development*, 47, 46-50.
- Schomaker, R. M. (2017). Public-Private Governance Regimes in the Global Sphere, *Public Organization Review*, 17(1), 121-138. <https://doi.org/10.1007/s11115-015-0333-z>
- Sircar, N. R., ve Friedman, E. A. (2018). Financial security and public health: how basic income ve cash transfers can promote health. *Global Public Health*, 13(12), 1878-1888. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1460383>
- Smith, R. D. (2003). Global public goods and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 475.
- Standing, G. (2004). About time: Basic income security as a right. İçinde G. Standing (Ed.), *Promoting income security as a right: Europe and North America* (ss. 1-39). Anthem Press.

- Stein, F., ve McNeill, D. (2025). Blended finance to the rescue? Subsidies, vaccine bonds and matching funds in global health. *Global Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1080/17441692.2025.2468338>
- Stiglitz, J. E. (1988). *Economics of the Public Sector*. WW Norton and Company.
- Subramanian, S. V., ve Kawachi, I. (2004). Income inequality and health: what have we learned so far?. *Epidemiologic reviews*, 26(1), 78-91. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxh003>
- Suhrke, A. (1998). Burden-sharing during refugee emergencies: the logic of collective versus national action. *Journal of Refugee Studies*, 11(4), 396-415. <https://doi.org/10.1093/jrs/11.4.396>
- Summan, A., Stacey, N., Birckmayer, J., Blecher, E., Chaloupka, F. J., ve Laxminarayan, R. (2020). The potential global gains in health and revenue from increased taxation of tobacco, alcohol and sugar-sweetened beverages: a modelling analysis. *BMJ global health*, 5(3), e002143. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002143>
- Susam, N. (2008). Kamu Maliyesinde Sınır Ötesi Bir Kavram: Küresel Kamusal Mallar. *Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 12(1-2), 277-303.
- Susam, N. (2020). *Kamu Maliyesi: Temel Kavramlar ve Esaslar*. Beta Basım Yayın.
- Suthar, A. B., Allen, L. G., Cifuentes, S., Dye, C., ve Nagata, J. M. (2017). Lessons learnt from implementation of the International Health Regulations: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(2), 110. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.189100>
- Tandon, A., ve Cashin, C. (2010). *Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective*. World Bank.
- Tanzi, V. (2002). Globalization and the future of social protection. *Scottish Journal of Political Economy*, 49(1), 116-127. <https://doi.org/10.1111/1467-9485.00224>
- Tasioulas, J., ve Vayena, E. (2016). The place of human rights and the common good in global health policy. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 37, 365-382.
- Tekin, A. ve Vural, İ. Y. (2004). Global kamusal malların finansman aracı olarak global vergi önerileri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12, 323-337.
- Thomas, D., ve Frankenberg, E. (2002). Health, nutrition and prosperity: a microeconomic perspective. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 106-113.
- Tichenor, M., Winters, J., Storeng, K. T., Bump, J., Gaudillière, J. P., Gorsky, M., ... ve Sridhar, D. (2021). Interrogating the World Bank's role in global health knowledge production, governance, and finance. *Globalization and health*, 17, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00761-w>
- Traore, T., Shanks, S., Haider, N., Ahmed, K., Jain, V., Rüegg, S. R., ... ve Dar, O. (2023). How prepared is the world? Identifying weaknesses in existing assessment frameworks for global health security through a One Health approach. *The Lancet*, 401(10377), 673-687
- Turan, D. (2008). *Küresel kamusal mallar ve finansmanı*. (Doktora Tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2025). *İl düzeyinde insani gelişme endeksi, 2018-2022*. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İl-Seviyesinde-Beseri-Kalkınma-Endeksi-2018-2022-57936>

- Uemura, T. (2007). Exploring potential of global tax: As a cutting edge-measure for democratizing global governance. *International Journal of Public Affairs*, 3, 112–129.
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2021). *Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2021 edition of the joint child malnutrition estimates*. United Nations Children’s Fund.
- United Nations Development Programme (UNDP). (2024, Mart 13). *UNDP'nin yeni raporuna göre Türkiye, insani gelişmede 193 ülke arasında 45'inci sırada*. <https://www.undp.org/tr/turkiye/press-releases/undpnin-yeni-raporuna-gore-turkiye-insani-gelismede-193-ulke-arasinda-45inci-sirada>
- United Nations Development Programme (UNDP). (2024a). *Human development report 2023/2024: Breaking the gridlock—Reimagining cooperation in a polarized world*. UNDP. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2023-24>
- Van den Berg, R. D. (2021). A global public goods perspective on environment and poverty. İçinde J. I. Uitto (Ed.), *Evaluating environment in international development* (ss. 25–45). Routledge.
- Vujicic, M., Weber, S. E., Nikolic, I. A., Atun, R., ve Kumar, R. (2012). An analysis of GAVI, the Global Fund and World Bank support for human resources for health in developing countries. *Health policy and planning*, 27(8), 649-657. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs012>
- Wagstaff, A., ve Van Doorslaer, E. (2000). Income inequality and health: what does the literature tell us?. *Annual Review of Public Health*, 21(1), 543-567.
- Walt, G. (1998). Globalisation of international health. *The Lancet*, 351(9100), 434-437.
- Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A. B., Robinson, C., ve Knipper, M. (2018). Migration and health: a global public health research priority. *BMC public health*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>
- Wilkinson, R. G. (2002). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203421680>
- Wilkinson, R. G., ve Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1768-1784. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.036>
- Wilper, A. P., Woolhandler, S., Lasser, K. E., McCormick, D., Bor, D. H., ve Himmelstein, D. U. (2009). Health insurance and mortality in US adults. *American journal of public health*, 99(12), 2289-2295.
- Wilson, N., ve McDaid, S. (2021). The mental health effects of a Universal Basic Income: A synthesis of the evidence from previous pilots. *Social science & medicine*, 287, 114374, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114374>
- Yaman Kennedy, E., Çelik, A., ve Kayagil, M. E. (2022). Uluslararası standartlar ışığında göçmen işçilerin sosyal güvenlik hakkı ve sosyal koruma politikaları. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 21(4), 2426-2445. <https://doi.org/10.21547/jss.1183612>

- Yamey, G., Ogbuonji, O., ve McDade, K. K. (2018). We need a consensus on the definition of 'global public goods for health'. *Brookings Institution*. United States of America. <https://coilink.org/20.500.12592/26rt3k> (Erişim Tarihi: 10 Eylöl 2024).
- Yavuz, E., ve Susam, N. (2024). Public policies on the socioeconomic effects of migration. *İstanbul İktisat Dergisi*, 74(1), 193-223. <https://doi.org/10.26650/ISTJECON2023-1321940>
- Yeates, N., Holden, C., Lambin, R., Snell, C., Idris, N., ve Mackinder, S. (2023). *A global fund for social protection: Lessons from the diverse experiences of global health, agriculture and climate funds* (ILO Working Paper No. 97). International Labour Organization. <https://doi.org/10.54394/IBBI1570>
- Yeates, N., ve Pillinger, J. (2019). *International health worker migration and recruitment: Global governance, politics and policy*. Routledge.
- Yıldız, M., & Eser, L. Y. (2023). Küresel kamusal malların finansmanı için küresel vergi önerileri gerçekçi mi? *Paradigma: İktisadi ve İdari Araştırmalar Dergisi*, 12(2), 38–55.
- Yokobori, Y., Kiyohara, H., Mulati, N., Lwin, K. S., Bao, T. Q. Q., Aung, M. N., ... ve Fujita, M. (2023). Roles of social protection to promote health service coverage among vulnerable people toward achieving universal health coverage: a literature review of international organizations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5754, <https://doi.org/10.3390/ijerph20095754>
- Zheng, X. Ve Jin, J. (2024) Cooperators or competitors? The interactions between WHO and the World Bank in global health governance, *Global Public Health*, 19(1), 2408608, <https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2408608>

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

**Soyad, ad** : Eroğlu Erman

### Eğitim

| Derece        | Eğitim Birimi                                  | Mezuniyet     |
|---------------|------------------------------------------------|---------------|
| Yüksek Lisans | Erciyes Üniversitesi/Maliye                    | 2019          |
| Lisans        | Erciyes Üniversitesi/İngiliz Dili ve Edebiyatı | Devam ediyor. |
| Lisans        | Gazi Üniversitesi/Maliye                       | 2014          |
| Lise          | Nuh Mehmet Baldöktü Anadolu Lisesi             | 2010          |

### İş deneyimi

| Yıl               | Yer                                                                       | Görev               |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 2018-Devam Ediyor | Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü   | Araştırma Görevlisi |
| 2015-2018         | Balıkesir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü | Araştırma Görevlisi |

### Yayınlar

#### Tez

Eroğlu, E. (2019). *Mali Alan: Gelişmekte Olan Ülkelerde Mali Sürdürülebilirlik Üzerine Bir Değerlendirme*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.

#### Makale

Çobanoğulları, G., ve Eroğlu, E. (2017). Orta gelir tuzağından çıkış: Türkiye örneği. *Maliye Araştırmaları Dergisi*, 3(3), 257-268.

Eroğlu, E., ve Maraş, G. (2019). Mali Alan Kavramına Teorik Bir Bakış ve Gelişmekte Olan Ülkelerin Mali Alanlarının Hesaplanması. *Maliye Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 175-191.

Eroğlu, E., ve Maraş, G. (2019). Mali alan ve mali sürdürülebilirlik ilişkisinin düşük ve yüksek gelirli gelişmekte olan ülkeler açısından değerlendirilmesi. *Maliye Dergisi*, 176, 172-200.

Eroğlu, E., ve Maraş, G. (2019). Mali Sürdürülebilirlik Yaklaşımları ve Mali Sürdürülebilirliğe İlişkin Literatür Değerlendirmesi. *Turkish Studies-Economics, Finance, Politics*, 14(3), 803-829.

Caskurlu, E., ve Eroğlu, E. (2020). Yeni kamu işletmeciliği bağlamında kalkınma planlarının değerlendirilmesi: ARDL sınır testi yaklaşımı. *Business and Economics Research Journal*, 11(3), 647-669.

- Eroğlu, E. (2020). Onuncu ve On Birinci Kalkınma Planlarında Vergi Politikalarının İncelenmesi. *Vergi Raporu*, (247), 150-166.
- Eroğlu, E., ve Durmuş, M. (2020). Koronavirüs Pandemisi Sonrasında İşsizliği Azaltmaya Dönük Bir Politika Önerisi: Garantili İstihdam Programları. *Memleket Siyaset Yönetim*, 15(34), 403-444.
- Atabey, S. E., ve Eroğlu, E. (2021). Kentsel negatif dışsallık olarak trafiğe bağlı hava kirliliği: kentsel kamu maliyesi bağlamında çözüm önerisi. *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 30(1), 71-98.

## **Bildiri**

- Çobanoğulları, G., ve Eroğlu, E., (2018). *Maliye Politikası Çerçevesinde Türkiye'de Bölgesel Gelir Dağılımının Vergi Tahsilatı Açısında Değerlendirilmesi*. 2. International Economics Research and Financial Markets Congress (ss.43-58). Nevşehir, Türkiye.
- Eroğlu, E., ve Maraş, G., (2019). *Mali Alan Oluşturma Yöntemleri ve Gelişmekte Olan Ülkelere Yönelik Reformlar*. 3. International Economics Research and Financial Markets Congress (ss.281-309). Gaziantep, Türkiye.

## **Kitap Bölümü**

- Eroğlu, E., (2017). Çevresel Dışsallıklarda Kamu Ekonomisi Çözümleri. İçinde F. Saraçoğlu ve M. Çakır (Ed.). *Yrd. Doç. Dr. Yaşar METHİBAY'a Armağan* (ss.207-218), Gazi Kitabevi.
- Çaşkurlu, E., ve Eroğlu, E., (2020). Piyasa Başarısızlığı ve Devlet Başarısızlığı Karşısında Bir Alternatif: Paylaşılan Hizmetler. İçinde D. Bülbül ve S. E. Gümüş Özüyar (Ed.). *Türkiye'nin Güncel Mali Yapısı ve Yönetimi* (ss.239-264), Umuttepe Yayınları.

