

Covid-19 Pandemisinde Neoliberal Politikalar: Sosyal Devletin Sağlıkta Eşitlik ve Hakkaniyeti Sağlamadaki Rolü***Neoliberal Policies During The Covid-19 Pandemic: The Role of the Social State in Ensuring Equality and Equity in Health***

Dr. Öğr. Üyesi Kazım BAŞ

Munzur Üniversitesi Tunceli MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Tunceli, Türkiye

Munzur University Tunceli Vocational School of Higher Education, Department of Medical Services and Techniques, Tunceli, Türkiye

ORCID: 0000-0002-5061-4006 | E-mail: kbas@munzur.edu.tr

Makale Bilgisi / Article Information

Cite as/Atıf: Baş, K. (2025). Covid-19 pandemisinde neoliberal politikalar: sosyal devletin sağlıkta eşitlik ve hakkaniyeti sağlamadaki rolü. *Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13(2), 151-167. DOI: 10.53586/susbid.1643994

Makale Türü / Article Types: Derleme Makale / Review Article

Geliş Tarihi / Received: 20/02/2025 **Kabul Tarihi / Accepted:** 20/12/2025

Yayın Tarihi / Published: 30/12/2025

Yayın Sezonu / Pub Date Season: Aralık/December

Cilt/ Volume: 13 Sayı/ Issue: 2

Sayfa / Pages: 151-167

İntihal / Plagiarism: Bu makale, en az iki hakem tarafından incelenmiş ve intihal içermediği tespit edilmiştir. / This article was reviewed by at least two referees and found to be plagiarism free.

Yayıncı / Published by: Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü / Siirt University Institute of Social Sciences

Etik Beyan / Ethical Statement: Bu çalışmanın hazırlanma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyulduğu ve yararlanılan tüm çalışmaların kaynakçada belirtildiği beyan olunur (Kazım BAŞ). It is declared that scientific and ethical principles have been followed while carrying out and writing this study and that all the sources used have been properly cited.

* Bu çalışma, etik kurul izni gerektirmeyen nitelikte olup kullanılan veriler literatür taraması/yayınlanmış kaynaklar üzerinden elde edilmiştir. / This study did not require ethics committee approval, as the data were derived from literature review and publicly available published sources.

Öz

Sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin azaltılması ve hakkaniyetin sağlanması, devletler için her zaman zorlu bir mücadele süreci olmuştur. Neoliberal ekonomik politikaların etkisiyle bu durum daha da karmaşık hale gelmiştir. Bu çalışmada, Covid-19 pandemi sürecinde, dünya genelinde etkili olan neoliberal politikaların etkisinde sosyal devletin sağlıkta eşitlik ve hakkaniyeti sağlamadaki rolü literatür kapsamında değerlendirilmiştir. Ülkeler arası ve ülkeler içinde sağlıkta eşitsizliklerin oluşumunda; sağlığın sosyal belirleyicileri olarak bilinen bireysel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerin yer aldığı bildirilmiştir. Sağlıklı bir topluma ulaşmada eşitlik ve hakkaniyet, temel unsurlar arasında yer almakta olup, devletin, sağlık hizmetlerinde, sosyal politikalar aracılığıyla hakkaniyeti sağlama ve sağlık eşitsizliklerini azaltmada rolü önemlidir. Ancak neoliberal politikalar sosyal devletin sağlık hizmetlerindeki rolünü olumsuz etkileyerek sınırlandırdığından, sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin daha da arttığı görülmektedir. Neoliberal politikaların devletin sağlık alanındaki düzenleyici ve sosyal refahı gözetken rolünü zayıflatması, çoğu ülkede, Covid-19 salgın yönetiminde ciddi yetersizliklere yol açmıştır. Covid-19 sağlık krizinin aşılmasında, devletin yeniden sosyal rolü üstlenerek salgın yönetimi ve kontrolünde etkin baş aktör olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, sağlıkta eşitlik ve hakkaniyet, neoliberal politikalar, sosyal devlet, sağlık politikası.

Abstract

Reducing inequalities and ensuring equity in healthcare services have always been challenging processes for states. This struggle has become even more complex under the influence of neoliberal economic policies. In this study, the role of the welfare state in promoting equity and reducing inequalities in healthcare during the Covid-19 pandemic, amid the global influence of neoliberal policies, is evaluated in the context of the literature. It has been reported that individual, social, economic, and environmental factors known as the social determinants of health play a significant role in the emergence of health inequalities both between and within countries. Achieving a healthy society fundamentally depends on equity and fairness, and the state's role in ensuring equity in healthcare through social policies is of great importance. However, neoliberal policies have undermined and restricted the role of the welfare state in healthcare services, leading to a deepening of health inequalities. The weakening of the state's regulatory and social welfare functions in the health sector, driven by neoliberal policies, has led to significant shortcomings in pandemic management in many countries. In overcoming the Covid-19 health crisis, the state has re-emerged as a central actor by reclaiming its social role and becoming more effective in pandemic governance and control.

Keywords: Covid-19, equality and equity in health, neoliberal policies, welfare state, health policy.

Extended Abstract

Inequalities experienced in healthcare across multiple dimensions adversely affect individuals' living conditions, access to health services, and health outcomes. It has been reported that an individual's health status is influenced not only by healthcare systems but also by economic, social, environmental, and behavioral factors (Baretto, 2017; Ferreira et al., 2022). The primary rationale for the state (or states) to prioritize equality and equity as fundamental concepts lies in their critical importance for achieving a healthy society (Willen et al., 2021).

This literature-based study evaluated the role of the social state, under the influence of neoliberalism, in ensuring equality and equity in healthcare during the Covid-19 pandemic. Accordingly, it is anticipated that this study will contribute to the development of more just and inclusive policies for Covid-19 and similar health crises in the future.

With the onset of the pandemic, concerns regarding the control of the disease intensified, particularly in countries with inadequate health systems. This situation necessitated the development and implementation of public health interventions that prioritize equity and social justice at both global and national levels, thereby once again testing the importance of the social state. In particular, quarantine and hygiene measures implemented in Sub-Saharan Africa proved ineffective due to disadvantaged populations' lack of access to clean water, soap, and handwashing facilities, clearly highlighting these countries' dependence on external aid (Okoi & Bwawa, 2020).

In many countries, hospitals were insufficient to treat patients at the beginning of the Covid-19 outbreak, and serious problems were experienced in the procurement of medical supplies. In response, many governments introduced welfare-oriented programs alongside strong centralized decisions to control the pandemic, strengthen health systems, and meet the health, economic, and social needs of society (Lal et al., 2021; Coria et al., 2022; Baş & Sur, 2023). During the pandemic, healthcare institutions and healthcare workers were also adversely affected. In Spain, approximately 14% of healthcare workers were infected with Covid-19 while treating patients. Due to the high number of severe cases, the demand for intensive care units and medical supplies increased substantially (Ferrer, 2020).

It has been argued that during the Covid-19 pandemic, the policies of neoliberalism that paved the way for the erosion of the public sector became more visible (Orr, 2023). The pandemic caused major disruptions to the global economy through border closures, supply chain interruptions, and lockdown measures, evolving into a severe global crisis (Chakrabarti, 2024). In managing and controlling the pandemic crisis, the state's reassumption of its social role became increasingly important. Moreover, due to the failure of global actors' policies during the pandemic, it became evident that countries need to strengthen their national capacities to address potential health crises. To explain this transformation, the concepts of the "pre- Covid-19" and "post-COVID-19" periods have begun to be widely used (Duman, 2022; Orr, 2023; Chakrabarti, 2024).

During the Covid-19 pandemic worldwide, the inadequacy and inefficiency of global capitalism and right-wing governments, which have played a dominant role in the implementation of neoliberal policies over the past five decades, became more apparent in the face of the health crisis (Orr, 2023). It has been suggested that, under the guidance of global institutions that have led the implementation of neoliberal policies in the health sector (such as the International Monetary Fund and the World Bank), dependency-oriented policies were fostered, thereby weakening states' regulatory and supervisory roles in healthcare (Gönç, 2017). In overcoming the health crisis and its associated challenges during the pandemic, the need to expand the state's role in economic, social, and political domains became evident; in particular, the importance of its role in areas such as healthcare, education, and social security was reaffirmed. Furthermore, the indispensable role of the state in mitigating the magnitude of the health crisis during the pandemic was clearly demonstrated (Duman, 2022; Burlina & Rodríguez-Pose, 2024).

Consequently, during the Covid-19 pandemic crisis, there emerged a widespread need across countries to strengthen the public role of the state in economic, social, and political spheres. It has been noted that, across countries, the adverse effects of neoliberal policies on ensuring equality and equity in healthcare became more pronounced during the Covid-19 crisis. In managing the challenges observed both in past experiences and throughout the Covid-19 pandemic, the state emerged as the principal actor in promoting equity and reducing inequalities through public policies.

Giriş

Sağlık, ülkelerin ekonomik, sosyal ve siyasi gelişimlerini olumlu etkileyip, genel refah düzeyini artıran önemli unsurlardan biridir. Sağlık kavramı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO-1948) tarafından 1948 yılında kapsamlı bir şekilde ele alınarak; "bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmıştır. Tanımda yer alan "sosyal yönden iyilik hali" vurgusu, sağlığın yalnızca bireysel bir durumdan ibaret olmadığını ekonomik, sosyal ve çevresel koşullardan etkilendiği göstermiştir (Whitehead ve Dahlgren, 2006; Aydın, 2022). Devletin (ya da hükümetin), birey ve toplumun refahını artırma, sağlık hizmetlerine eşitlik ve hakkaniyet çerçevesinde eşit erişimi sağlamada önemli sorumluluğu olmuştur. Sağlık, kavramı, uluslararası sözleşmelerde de bir insan hakkı olarak kabul görmüş ve devletin vatandaşlarının yüksek sağlık düzeyine ulaşmasını temin etme yükümlülüğü birçok kez teyit edilmiştir (Aksungur, 2020; Aydın, 2022).

Sağlıkta farklı boyutlarıyla yaşanan eşitsizlikler, insanların yaşam koşullarını, sağlık hizmetlerine erişimini ve sağlık sonuçlarını olumsuz etkilemektedir. Bireyin sağlıklı olmasında yalnızca sağlık sistemlerinin etkisi olmayıp sağlık üzerinde, ekonomik, sosyal, çevresel ve davranışsal faktörlerin de yer aldığı görülmektedir (Baretto, 2017; Ferreira vd., 2022). Devletin, eşitlik ve hakkaniyeti öncelikli kavram olarak ele almasının gerekçesi; bu kavramların sağlıklı bir topluma ulaşmadaki kritik önemi olmuştur. Eşitsizlik, birey ya da gruplar arasında fırsatlara, haklara, hizmetlere ya da kaynaklara erişimdeki farklar olarak açıklanmıştır. Eşitlik ise bireylerin haklar, fırsatlar ve statü açısından aynı durumda olmasını ifade eden kavramdır (Hamzaoğlu, 2014). Eşitlik, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde aynı fırsatlara sahip olması anlayışını desteklemektedir. Hakkaniyet, ekonomik, siyasi ve sosyal alanlarda adil ve adaletli olmayı içeren kavram olarak tanımlanmıştır (Gallifant vd., 2023). Hakkaniyet, bireylerin farklı ihtiyaçları gözetilerek kaynakların adil bir şekilde ihtiyaçlara göre dağıtılmasını sağlayıp, sağlık eşitsizliklerini azaltılmasında önemli rol oynamaktadır (Çelik, 2016; Willen vd., 2021; Gallifant vd., 2023).

COVID-19 pandemisi, ülkelerin genelini; sosyal, ekonomik ve siyasi olarak derinden etkilemiştir. Yine ülkelerin sağlık sistemlerinin, salgını kontrol etme ve cevap vermede, hazırlıksız olduğu görülmüştür (Haynes, 2020). Neoliberal politikaların, devletin kamu sektöründeki rolünü sınırlandırması, COVID-19 pandemi sürecinde sağlık krizlerine karşı yetersiz kalmasına neden olmuştur. Bu durumun sağlıkta eşitsizlikleri daha da artırdığı bildirilmiştir (Orr, 2023; Chakrabarti, 2024). COVID-19 salgın sürecinde, çoğu ülkede uygulanan kısıtlamalar sonrasında, geniş toplum kesimlerinin sosyal yardım taleplerinin karşılanmasında yaşanan zorlukların, neoliberal ekonomik politikaların refah programlarına yönelik olumsuz yaklaşımları nedeniyle, bu süreci daha da derinleştirdiği belirtilmiştir (Chang vd., 2025). Whitehead (1992), sağlık eşitsizliklerini; gruplar arasındaki gereksiz, önlenemez, adil olmayan ve haksız sağlık farkları olarak tanımlamıştır. Sağlık eşitsizlikleri açısından bu gruplar; coğrafi bölge, sosyo-ekonomik durum ya da etnik köken, yaş, cinsiyet gibi demografik özellikler olarak açıklanmıştır (Aurelio vd., 2024). COVI-19 sürecinde sağlıkta eşitsizliklerin artarak devam ettiği ve dezavantajlı gruplarda daha yüksek oranda hastalık görüldüğü, hastalığa bağlı bu gruplarda ölüm oranlarında artış olduğu bildirilmiştir (Haynes, 2020). Bu süreçte toplumun sağlık, ekonomik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasında sosyal devlete daha fazla ihtiyaç duyulmuştur (Haynes, 2020; Cheshmehzangi, 2022; Chakrabarti, 2024). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), COVID-19'un toplumsal etkilerini değerlendirerek, özellikle kırılgan (yaşlılar, kronik hastalığı olanlar vb.) ve toplumsal olarak dışlanmış (yoksullar, göçmenler, etnik azınlıklar vb.) dezavantajlı grupların pandemiye diğer gruplara göre orantısız etkilendiğini vurgulamıştır. Bu doğrultuda pandemiyle mücadelede yalnızca biyomedikal müdahalelere odaklanmanın yetersiz kalacağını belirtip; bireylerin sağlığını şekillendiren sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel koşulları dikkate alan "sosyal belirleyiciler yaklaşımının" pandemiyle ilgili önleme, hazırlık, müdahale ve iyileşme stratejilerine entegre edilmesi gerektiğini ifade etmiştir (WHO, 2021). Yine salgın krizinin kırılgan grupların koşullarını daha da ağırlaştırdığı ve mevcut eşitsizlikleri daha da derinleştirdiği vurgulanmıştır (ILO, 2020).

Dünyada, sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerinin azaltılmasına yönelik mücadelenin her zaman zorlu bir süreç olduğu ve bu durumun özellikle neoliberal ekonomik politikalarla daha da karmaşık hale geldiği ifade edilmiştir. Neoliberalizm ve buna kaynaklık eden liberalizmde sosyal devletin sınırlandırılması savunulmuştur. Liberalizm, bireysel özgürlük, hukukun üstünlüğü, özel mülkiyet ve serbest piyasa ekonomisini temel alan bir siyasi ve ekonomik düşünce sistemidir. Bu anlayışa dayanan

neoliberalizm ise, devletin ekonomideki rolünü sınırlandırarak serbest ticareti, piyasa rekabetini ve kamuda özelleştirmeyi savunarak, kamu harcamalarının ve sosyal devlet uygulamalarının azaltılmasını öngörmektedir (Burlina ve Rodríguez-Pose, 2024; Sinno vd., 2024; Chang vd., 2025). Oysa sosyal devlet eşitlik ve hakkaniyeti sağlayarak, geçmişten günümüze, ulusal ve uluslararası politikalarda sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında temel rol almıştır (Gönç, 2017; Burlina ve Rodríguez-Pose, 2024). Bu bağlamda sosyal devlet, vatandaşlarının temel sosyal ihtiyaçlarını karşılayarak toplumsal eşitlik ve adaleti sağlamayı amaçlamıştır. Bu anlayış doğrultusunda yalnızca güvenlik ve adalet gibi temel devlet işlevleri yerine getirmekle kalmayıp; sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, barınma ve gelir dağılımında da adalet sağlanarak eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir rol üstlenmiştir (Candan ve Erol, 2017; Altındal, 2024; Kabaş, 2025). Dolayısıyla, devletin, sağlık eşitsizliklerini azaltmak için Michael Marmot'un ifadesiyle; "nedenlerin nedenleri" olarak bilinen sağlığın sosyal belirleyicilerini ele alan politikalar geliştirip, bu doğrultuda gerekli önlemleri hayata geçirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu yaklaşım, halk sağlığı biliminin hastalıkların kökenine odaklanan perspektifiyle de uyum göstermiştir (Fosse, 2022). Literatürde, çevresel ve yaşam tarzı faktörlerinin sağlık üzerindeki etkisine sıklıkla dikkat çekilmekle birlikte, günümüzde halk sağlığında önemli dönüşümlerin yaşandığı ve sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması için yapısal ve sistemsal düzeydeki etmenlere odaklanan daha bütüncül yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır (Venkatapuram ve Marmot, 2009; Baretto, 2017; Ferreira vd., 2022). Bu çalışma, COVID-19 pandemi sürecinde, neoliberalizmin dünya genelinde etkili olduğu dönemde sosyal devletin, sağlıkta eşitlik ve hakkaniyeti sağlamadaki rolünü literatür kapsamında değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür. Bu çalışmada mevcut sağlık politikalarının değerlendirilmesinin, gelecekte COVID-19 ve benzeri sağlık krizlerine yönelik daha adil ve kapsayıcı politikaların geliştirilmesine katkı sunacağı öngörülmektedir.

Literatüre dayalı yürütülen bu çalışmanın giriş bölümünde, araştırma konusuna ilişkin genel bilgiler verilmiş ve çalışmanın amacı ortaya konulmuştur. Materyal ve metot bölümünde, literatür taramasında kullanılan anahtar kelimelerin Türkçe ve İngilizce karşılıklarına yer verilmiştir. Sağlık eşitliği ve hakkaniyet" ana başlığı altında; sağlıkta eşitsizliğin başlıca nedenleri, COVID-19 krizinde neoliberalizm çıkmazı ve sosyal devletin rolü alt başlıklarıyla, eşitlik ve hakkaniyetin sağlık hizmetlerindeki önemi ve bu kapsamında sosyal devletin işlevi ve neoliberal politikaların olumsuz etkileri değerlendirilmiştir. Neoliberal politikalar ve sağlık hizmetlerinde piyasalaştırma başlığında ise, neoliberal yaklaşımların etkisiyle sağlık hizmetlerinin ticarileşme süreci ve etkileri açıklanmıştır. Son bölümde, devletin sağlık hizmetlerinde eşitlik ve hakkaniyeti sağlamadaki rolü, COVID-19 salgın süreci bağlamında tartışılmıştır. Çalışmanın sonuç bölümünde, literatürden elde edilen bulgular doğrultusunda ulaşılan sonuçlar sunulmuş ve bu doğrultuda önerilere yer verilmiştir.

1. Materyal ve Metot

Bu araştırma, literatüre dayalı olarak yürütülen, klasik bir derleme çalışmasıdır. Çalışma kapsamında; "Web of Science, Google Scholar, Google Akademik ve Sobiad" veri tabanlarında, Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler kullanılarak tarama yapılmıştır. Çalışma için kullanılan Türkçe anahtar kelimeler: "Sağlıkta eşitlik ve hakkaniyet, sağlıkta neoliberal politikalar, sağlık hizmetlerinde devletin rolü, sağlıkta devlet ve sosyal politikalar, sağlık hizmetlerinde piyasalaştırma, COVID-19 eşitsizlikler, sağlık sistemleri ve sağlık politikası" iken, İngilizce anahtar kelimelerde ise "Equality and equity in health, neoliberal policies in health, the role of the state in healthcare services, the state and social policies in health, marketization in healthcare services, inequalities in the context of COVID-19, health systems and health policy"dir. Tarama sonucu erişilen seksen çalışma arasından konuyla ilişkili olan altmışaltı eserle bu çalışma yürütülmüştür. Anahtar kelimelere karşılık gelen eserlerin dağılımı aşağıda verilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1.

Literatürde Taranan Anahtar Kelimeler ve Eser Sayılarının Dağılımı (N=66)

Anahtar kelimeler	n	%
COVID-19 ve eşitsizlikler	16	24,2
COVID-19 and inequalities		
Sağlık sistemleri ve sağlık politikası	15	22,7
Health systems and health policy		
Sağlık hizmetlerinde devletin rolü ve sosyal politikalar	12	18,2
The role of the state in health services and social policies		
Sağlıkta eşitlik ve hakkaniyet	11	16,7
Equality and equity in health		
Sağlıkta neoliberal politikalar	7	10,6
neoliberal policies in health		
Sağlık hizmetlerinde piyasalaştırma	5	7,6
Marketization in healthcare services		

2. Sağlık, Eşitlik ve Hakkaniyet Kavramları

Sağlık, ülkelerin sosyal, ekonomik ve siyasi gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Devletin, toplumun tüm kesimlerine sağlıkta eşitlik ve hakkaniyeti sağlamadaki kamusal rolüne sürekli ihtiyaç duyulmuştur (Meri ve Sıdal, 2023; Orr, 2023). DSÖ Anayasası ve diğer uluslararası sözleşmelerde sağlık, temel bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir. Bireylerin en yüksek sağlık düzeyine ulaşabilmesi için devletlerin, sağlık hizmetlerinde kamusal sorumluluğu üstlenmeleri ve refah odaklı politikaları hayata geçirmeleri gerektiği vurgulanmış; bu doğrultuda hükümetlerin sorumlu davranmaları gerekmiştir (Aksungur, 2020; Aydın, 2022; Farnsworth ve Irving, 2024).

Eşitlik (Equality) kavramı; bireylerin haklar, fırsatlar ve statü açısından aynı durumda olmasını ifade etmektedir. Eşitlik; hiçbir bireyin farklılıkları veya statüsü nedeniyle daha kötü yaşam koşullarına maruz bırakılmamasıdır (Hamzaoglu, 2014). Eşitlik kavramı, her ülkenin siyasi, ekonomik ve sosyal yapısı ile tarihi ve değerlerine göre farklılık göstermektedir. Ayrıca, eşitlik olgusu belirli bir ülke, bölge veya ülkeler arasındaki bağlamda incelenmektedir. Refah yönelimli ülkelere örnek verilen Danimarka, Finlandiya, Norveç ve İsveç gibi ülkelerde yapılan bir çalışmada, sosyal eşitsizlikleri azaltmaya odaklanan politikaların benzer olduğu ifade edilmiştir (Eklund, 2020). Çelik (2016), eşitliği; "eşit ihtiyaçlar için sağlık hizmetlerine eşit erişim, eşit ihtiyaçlar için eşit hizmet kullanımı ve tüm bireyler için eşit kaliteli hizmet sunumu" olarak ifade etmiştir. Sağlık eşitliğinin, sosyal adaletle yakından ilişkili olduğu ve halk sağlığı uygulamalarının temel taahhütleriyle örtüştüğü görülmüştür. Bu kapsamda, sağlık eşitliği, herkesin "mümkün olan en sağlıklı olma fırsatına adil bir şekilde sahip olma" hakkı olduğu belirtilmiştir (Willen vd., 2021).

Hakkaniyet (Equity); siyasi, ekonomik ve sosyal bağlamda adil ve adaletli olmayı ifade eden bir kavramdır. Hakkaniyet, eşitlikten farklı olarak, herkes için eşit muamele yerine bireylerin ihtiyaçlarına veya koşullarına uygun olacak şekilde kaynakların, fırsatların adil dağılımını sağlayarak, eşit bir sonuca ulaşmayı amaçlamasıdır (Gallifant vd., 2023). Eşitlik, kaynakların bireyler arasında eşit dağıtımına odaklanırken, hakkaniyet, bireylerin farklı ihtiyaçlarını gözetererek kaynakların adil bir şekilde paylaşılmasına odaklanmaktadır. Bu yaklaşımla, dezavantajlı gruplara daha fazla kaynak aktarılıp, bu grupların sağlık hizmetlerine erişimi amaçlanmaktadır. Sağlıkta eşitlik ve hakkaniyet toplumda, refah düzeyini artırma, sosyal adaleti sağlama ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğine olumlu katkı sağlamaktadır (Hamzaoglu, 2014; Çelik, 2016; Aksungur, 2020; Burlina ve Rodríguez-Pose, 2024).

2.1. Sağlıkta Eşitsizliklerin Başlıca Nedenleri

Ülkeler arasında ve ülkelerin içinde sosyal ve ekonomik koşulların, eşitsizliklerin en önemli nedeni olduğu görülmüştür (Barreto, 2017). Sağlıkta yaşanan eşitsizlikler hem düşük gelirli hem de yüksek gelirli ülkelerde toplumu olumsuz etkileyerek, dünya genelinde ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır (Barreto, 2017; Eklund, 2020). COVID-19 salgın sürecinde düşük gelirli ülkelerin, sosyal ve ekonomik koşullarının yetersiz olduğu ve temel sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi ve acil sağlık sorunlarının çözümünde, yüksek gelirli ülkelerin desteğine ihtiyaç duyulduğu görülmüştür (Baş, 2022; Cheshmehzangi, 2022).

Alma-Ata'da (1978) düzenlenen Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı Bildirgesi'nde; ülkeler arasındaki ve ülkeler içindeki siyasal, sosyal ve ekonomik farklılıklara bağlı sosyal gruplar arasında, sağlıkta büyük eşitsizliklerin bulunduğu vurgulanmıştır. Konferans bildirgesinde, dünya genelinde sağlık eşitsizliklerinin azaltılabilmesi için kaynakların adil bir şekilde dağıtılması ve gelişmiş ülkelerin, gelişmekte olan ülkelere ekonomik yardımda bulunması gerektiği önerilmiştir (Aksungur, 2020). Lalonde'un sağlık eşitsizlikleri yaklaşımı; yalnızca bireysel ya da biyomedikal bir perspektiften değil, daha geniş bir toplumsal bağlamda ele almanın önemini vurgulamaktadır (Ferreira vd., 2022). Sağlık alanındaki eşitsizlikler, sosyal adaletin eksikliği ve adil olmayan sağlık farklılıklarının varlığı olarak görülüp, sağlıkta sosyal gradyan olarak tanımlanmıştır. Bu kavram, bireylerin veya grupların toplumsal hiyerarşideki konumlarının sağlık düzeylerini etkilediğini ortaya koymuştur. Bu kavramda, sosyal ve ekonomik statü azaldıkça sağlık durumunun kötüleştiği, statü yükseldikçe sağlık durumunun iyileştiği belirtilmiştir. Toplumdaki her bir üst sosyal seviyenin, bir alt seviyeye göre daha iyi sağlık göstergelerine sahip olmayı sağladığı, bu durumun toplumsal düzeyde bir "gradyan" oluşturduğu savunulmuştur (Whitehead ve Dahlgren, 2006; Eklund vd., 2020). Seddighi, (2020), sağlık alanındaki eşitsizliklerin oluşumunda; gelir düzeyi, bireylerin statüleri, yaşı, eğitimi, etnik kökeni, dini, ırkı, sınıfsal konumu, mesleği, kast sistemindeki yeri ve kabile gibi faktörlerin etkili olduğunu vurgulamıştır. Amartya Sen, sağlık ve eşitsizliği "sağlık yetkinlikleri, eşitsizlik ve fırsat eşitliği, sosyal belirleyiciler, sağlık ve yoksulluk" kapsamında ele alıp, değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Venkatapuram ve Marmot, 2009). Dolayısıyla, ülkelerin sağlık eşitsizlikleriyle mücadele etmelerinin başlıca nedenlerinin, toplumsal adalet ve eşitliği sağlamak, ekonomik kalkınmayı desteklemek, sosyal ve politik istikrarı güçlendirmek, küresel sağlık sorunlarını önlemek ve sürdürülebilir kalkınmayı teşvik etmek olduğu görülmüştür.

2.2. COVID-19 Krizinde Neoliberalizm Çıkması ve Sosyal Devletin Rolü

Çin'de 2019 yılı Aralık ayında görülen COVID-19 salgını, DSÖ tarafından 30 Ocak 2020'de Uluslararası Kamu Sağlığı Acil Durumu ve 11 Mart 2020 tarihinde pandemi krizi olarak ilan edilmiştir. Pandemi sürecinde ülkelerin sağlık sistemlerinin bu salgını önleme ve kontrol etmede hazırlıksız olduğu görülmüştür (Zhang vd., 2020; Tekerek vd., 2024). Salgının, tüm ülkeleri sosyal, ekonomik ve siyasi olarak olumsuz etkilediği ve ilk dönemlerinde, sağlık sistemlerindeki başarısızlık ve eşitsizliklerin daha belirgin olduğu bildirilmiştir. Dünya genelinde, salgının toplumlar üzerindeki olumsuz etkilerinin kontrol edilmesi ve dezavantajlı gruplar üzerindeki orantısız etkilerini azaltabilmesinde, insan haklarına dayalı yaklaşımları ile halk sağlığı ilke ve uygulamalarının benimsenmesi gerektiği ifade edilmiştir (Anderson vd., 2020; Zhang vd., 2020; Baş ve Sur, 2023). Birleşmiş Milletler (BM), COVID-19 pandemi sürecinde, dünyanın Büyük Buhrandan (1929 ekonomik krizi) bu yana en derin küresel durgunluğa sürüklendiğini belirtmiştir. Yine yakın zamanda yaşanan, Batı Afrika'daki Ebola salgın deneyimine (2014-2016) eşitsizlik boyutuna atf yapılarak; Ebola salgınında virüsün doğrudan etkisinden ziyade neden olduğu hizmet kesintileri ve ekonomik çöküşün daha fazla ölüme yol açtığını hatırlatmıştır. Benzer olumsuzlukların COVID-19 salgın sürecinde yaşanmaması için, ülkelerin (hükümetlerin) sağlık ihtiyaçlarını; sosyal, ekonomik ve çevresel refahı kapsayan bütüncül bir yaklaşımla ele almaları gerektiğini önermiştir (UN, 2020).

Hastalık, tüm bireyler için risk teşkil etmekle birlikte, eşitsizlik içinde yaşayan bireylerin hastalanması ve ölüm riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Haynes, 2020). COVID-19, tüm toplumları olumsuz etkilemekle birlikte dezavantajlı grupları daha orantısız etkilediğinden, dünya genelinde eşitlik, adalet, insan haklarına dayalı yaklaşım ve kaynakların adil dağılımı sağlayacak sistemlere daha çok ihtiyaç duyulmuştur (Haynes, 2020; Cheshmehzangi, 2022; Baş ve Sur, 2023). COVID-19'un düşük sosyo-ekonomik grupları, savunmasız toplulukları ve etnik azınlıkları olumsuz etkilediği ve hastalığa bağlı ölümler ile gelir düzeyi arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür (Sepulveda ve Brooker, 2021). İngiltere'de yapılan bir çalışmada, düşük sosyo-ekonomik bölgelerde COVID-19'a yakalanan bireylerde, ölüm oranının iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Haynes, 2020). Yine salgın sürecinde gelir eşitsizliğinin daha da derinleştiği vurgulanmıştır (Ahmad vd., 2023; Wan vd., 2023).

Uluslararası taahhütlere rağmen, salgın sürecinde birçok ülkenin ihtiyaç duyduğu kaynaklara adil bir şekilde erişemediği görülmüştür. Üretilen aşıların, salgını kontrol etmede en önemli gelişme olmasına rağmen, çoğu ülkenin (özellikle düşük gelirli ülkeler) aşı üretimin ilk dönemlerinde, aşılarla erişemediği ve bu durumun ülkeler arasındaki eşitsizlikleri derinleştirdiği ve küresel sağlık güvenliğini

tehdit ettiği ifade edilmiştir (Su vd., 2021). Dünyada, pandeminin kontrol altına alınabilmesi için aşılara adil ve eşit erişimin acilen sağlanması gerektiği vurgulanmıştır (Amimo ve Magit, 2023; Zbiri ve Boukhalfa, 2023). Ancak küresel gücü elinde bulunduran ülkelerin, COVID-19 aşılara erişimde halk sağlığı ilkeleri ve insan hakları yaklaşımları ihlal ettiği, aşılara erişimdeki yaşanan bu olumsuzlukların, aşı milliyetçiliği tartışmalarına da yol açtığı görülmüştür (Su vd., 2021; Amimo ve Magit, 2023). Ülkeler arasında, salgında yaşanan eşitsizliklerin başlıca nedenlerinin: sağlık erişiminde yaşanan zorluklar ve sağlık altyapı farklılıkları, aşıya erişim sorunları, ekonomik farklılıkları, kadınlar ve azınlıklar üzerindeki olumsuz etkiler, dijital erişim farklılıkları ve bazı ülkelerin olumsuz tutumları olduğu görülmüştür (Zbiri ve Boukhalfa, 2023; Amimo ve Magit, 2023; Burlina ve Rodríguez-Pose, 2024).

Dünya genelinde, 1980'li yıllardan sonra başlayan kamu sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi salgın ve benzeri sağlık krizlerinde, devletlerin (sosyal devlet) yetersiz kalmasının en önemli nedeni olarak ifade edilmiştir (Chakrabarti, 2024). Neoliberal politikalar çerçevesinde, sağlık sektörü kâr amacı güden bir yapıya dönüştürüldüğünden, kamusal devletin sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi ve eşitsizliklerin azaltılması politikalarını olumsuz etkilemiştir. Olası sağlık krizleri ve pandemi gibi riskler için sağlık hizmetlerine, yüksek gelirli bazı ülkelerin, neoliberal ekonomik politikalar nedeniyle, yeterli kamusal yatırım yapmamasının salgın yönetim sürecini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Duman, 2022; Chakrabarti, 2024). Salgın sürecinin toplum, ülke ve küresel düzeydeki olumsuz etkilerinin azaltılması, devletin yeniden sosyal ve düzenleyici rolünün güçlendirilmesiyle mümkün olmuştur. Bu kapsamda bazı ülke örnekleri literatür kapsamında değerlendirilerek aşağıda verilmiştir.

Pandeminin başlamasıyla, sağlık sistemleri yetersiz olan ülkelerde, hastalığın kontrol altına alınmasına yönelik endişeleri daha da artırmıştır. Bu durum küresel ve ulusal düzeyde, eşitlik ve sosyal adaleti gözetken halk sağlığı müdahalelerinin geliştirilmesini ve uygulanmasını zorunlu kıldığından sosyal devlete olan önemi bir kez daha test etmiştir. Özellikle Sahra Altı Afrika'da uygulanan karantina ve hijyen önlemleri, dezavantajlı nüfusun temiz su, sabun ve el yıkama olanaklarına erişimi olmadığı için etkisiz kaldığı ve bu ülkelerin dış yardıma olan ihtiyaçlarını belirgin hale getirmiştir (Okoi ve Bwawa, 2020). Yine COVID-19'un Afrika ülkelerinin genelinde sağlık tedarik zincirleri üzerinde ciddi ve olumsuz etkiler yarattığı, ilaç firmalarının düzenleyici engelleri nedeniyle ilaçlara erişimin önemli ölçüde kısıtlandığı bildirilmiştir (Klibi vd., 2025).

COVID-19 hastalarını tedavi etmek için hastaneler yetersiz kalmış ve tıbbi malzemelerin tedarikinde ciddi sorunlar yaşanmıştır. Birçok hükümet (devlet) salgının kontrol edilmesi ve sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi için güçlü merkezi kararlarla birlikte toplumun sağlık, ekonomik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için refah yönelimli programları devreye koymuştur (Lal vd., 2021; Coria vd., 2022, Baş ve Sur, 2023). Salgın sürecinde, sağlık hizmeti sunan kurumlar ve sağlık personeli de salgından olumsuz etkilenmiştir. İspanya'da sağlık çalışanlarının yaklaşık %14'ü hastaları tedavi ederken COVID-19'a yakalanmıştır. Ağır seyreden yüksek vaka sayıları nedeniyle yoğun bakım ünitelerine ve tıbbi malzemeye olan ihtiyaç artmıştır. Pek çok ülkede olduğu gibi İspanya'da da maske, solunum cihazı ve diğer tıbbi ekipmanların temininde ciddi sıkıntılar yaşanmıştır. Bu nedenle eski cihazlar, ameliyathane solunum cihazları, hasta transfer ventilatörleri, noninvaziv cihazların modifiye edilmiş halleri ve nadiren de olsa makineleştirilmiş ambu torbalarının dahi kullanıldığı ifade edilmiştir (Ferrer, 2020). Salgın sürecinde ülkelerin genelinde tıbbi tedarik zincirlerinde önemli kırılmalıkların olduğu ve tıbbi tedarik zincirinin sürdürülmesinin önemli unsurlarından olan; normal ve olağandışı koşullarda ürün akışının kesintisiz sürdürülebilmesi, kesintileri öngörme, önleme ve toparlanma kapasitesi, "gerekli durumda kullanılacak" yedek kapasite ve hazırlık düzeyinin, pandemi sürecinde yetersiz olduğu görülmüştür. Bu durum ülkelerin olası kriz ve pandemilerde benzer olumsuzluklarla karşılaşmamları için ülke politikalarının gözden geçirilmesini zorunlu kılmıştır (Tosh vd., 2023). Pandeminin ilk döneminde bazı ülke örnekleri incelendiğinde; Güney Kore, Tayland, Tayvan, Vietnam ve Hong Kong gibi ülkelerin uyguladıkları sıkı koruma tedbirlerinin ve halk sağlığı politikasının, pandemi hızını kontrol edebildikleri görülmüştür. İngiltere'de salgın başlangıcında liderlikte (hükümet) yaşanan koordinasyon eksikliği halk sağlığı politikalarını olumsuz etkileyerek salgın kontrolünü zorlaştırmıştır. Benzer şekilde Amerika Birleşik Devletleri'nde salgının ilk döneminde bazı eyaletlerle merkezi hükümet arasında yaşanan sorunların salgın sürecini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Coria vd., 2022, Baş ve Sur, 2023). Çin'de salgınla mücadelenin etkili yürütülmesinin, merkezi hükümet düzeyinde hastanelerin tıbbi kaynaklarının entegre edilmesi ve tüm

bölgesel sağlık sistemlerinin kaynakları birleştirilerek ortak bir pandemi kontrolü politikasıyla sağlandığı belirtilmiştir (Xie vd., 2021).

Türkiye'nin, güçlü sağlık altyapısına sahip olması ve aldığı proaktif önlemlerle COVID-19 pandemi yönetiminde başarılı mücadele yürüttüğü bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın merkezi düzeyde bütüncül kriz yönetimimin önemli aktörü olması ve bu sayede; sağlık bilgi sistemlerinin etkin kullanılıp, insan gücünün planlaması yapıp, yoğun bakım kapasitesinin hızla artırılması ile salgın yönetimine katkı sağlamıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde vaka kontrolü için filyasyon ve sürveyans çalışmalarına ağırlık verilmesinin, yine bu süreçte yerli solunum cihazı üretimi, aşı temini ve ücretsiz sağlık hizmeti sunumunun, toplumun pandemiye karşı dayanıklılığını artırdığı vurgulanmıştır (İşlek vd., 2021; Demirhan ve Korkutan, 2022).

Dünya genelinde, COVID-19 pandemi sürecinde neoliberal politikaların, sağlık hizmetleri üzerinde başlıca olumsuz etkileri aşağıdaki literatür kapsamında sunulmuştur.

Sağlık sistemlerinin zayıflatılması: Neoliberal politikalar, devletin sağlık sektöründeki rolünü azaltarak sağlık hizmetlerini özelleştirmeye ve piyasa mekanizmaya odaklandığından salgın sürecinde; Kamu hastanelerinin ve sağlık altyapısının yetersizliği, yoğun bakım üniteleri, solunum cihazları ve sağlık personeli eksikliğinin yaşanmasına neden olduğu görülmüştür. Bazı ülkelerde, özel sağlık sektörüne bağımlılık arttığından ve özel hastanelere erişimin bireylerin ekonomik duruma bağlı olması nedeniyle dezavantajlı grupların özel sağlık hizmetlerine erişimde zorluklara neden olduğu vurgulanmıştır (Cheshmehzangi, 2022; Orr, 2023).

Eşitsizliklerin derinleşmesi: Neoliberal politikaların etkisiyle sağlık hizmetlerinde artan piyasacı sistemlerin, düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde eşitsizliklere yol açtığı ifade edilmiştir. Hastalıklara karşı risk taşıyan gruplar ve toplumun dezavantajlı kesimlerinin, salgının oluşturduğu olumsuz sağlık sonuçlarından orantısız biçimde etkilendiği görülmüştür. Yine COVID-19 sürecinde aşı dağıtımı ve testlere erişimde eşitsizliklerin arttığı görülmüştür. Bu durumun özellikle yoksullar, göçmenler, yaşlılar ve güvencesiz çalışanları daha fazla etkilediği belirtilmiştir (Haynes, 2020; Williams, 2020; Jones ve Hameiri, 2022).

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarına aşırı yüklenilmesi; Neoliberal sağlık politikaları, sağlık sektöründeki esnek çalışma modellerini ve özelleştirme uygulamalarını artırdığından, özel sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanlarının kamuya göre ücret ve özlük haklarını zayıflattığı belirtilmiştir. Pandemi sürecinde, sağlık çalışanlarının iş yükünün aşırı arttığı, koruyucu ekipman eksiklikleri yaşandığı ve sağlık çalışanlarının güvenliğinin riske atıldığı ifade edilmiştir (Arsenault vd., 2022; Orr, 2023).

Kar odaklı yaklaşımın benimsenmesi: Pandemi sürecinde, ilaç ve aşı geliştirme süreçlerinin büyük ölçüde şirketlerin kâr odaklı politikalarına bağlı yürütüldüğü belirtilmiştir. İlaç ve tıbbi malzeme üretiminde küresel tedarik zincirinde piyasaya aşırı bağımlılık ve sınırlamalar (patent vb.) nedeniyle bazı ülkelerde salgın krizlerinin derinleştiği ifade edilmiştir. Ayrıca piyasacı sistemlerin, kamu yararı ile halk sağlığı önceliklerini gözetemeyen politikaları güçlendirmedikleri, şirketlerin ve sigorta sistemlerinin çıkarlarının gözetildiği bildirilmiştir (Haynes, 2020; Arsenault vd., 2022).

Devletin rolünün zayıflatılması: Neoliberal politikalar, devletin sağlık alanındaki düzenleyici rolünü sınırlandırarak, pandemi yönetiminde, merkezi ve güçlü kamu politikalarının uygulanmasını güçleştirmiştir. Bazı ülkelerde kamusal sağlık önlemleri yerine bireysel sorumluluğa vurgu yapılmış, hatta Brezilya ve ABD gibi ülkelerde liderlerin salgın önlemlerine karşı olumsuz tutum sergilediği görülmüştür. Piyasa bağımlılığı yüksek olan ülkelerde etkili bir halk sağlığı müdahalesinde zorluklar yaşandığı görülmüştür (Arsenault vd., 2022; Jones and Hameiri, 2022; Cheshmehzangi, 2022; Orr, 2023).

3. Neoliberal Politikalar ve Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaştırma

Sağlık eşitsizlikleriyle mücadelenin her zaman ciddi zorlukları aşmayı gerektirdiği belirtilmiştir. Günümüzde önemli zorluklardan biri, neoliberal politikaların etkisiyle devletin kamusal alandaki rolünün giderek zayıflamasıdır. Bu durum, sağlık hizmet sunumunda özel sektörü güçlendirip, eşitsizliklerle mücadeleyi olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Burlina ve Rodríguez-Pose, 2024).

Liberal görüşün düşünsel temeli "Birey" olduğundan, devletin piyasa üzerindeki müdahalesinin sınırlanması savunulmuştur (Candan ve Erol, 2017). Klasik liberalizmin öncülerinden olan Adam Smith ve David Ricardo, piyasa mekanizmasının işleyişinde devletin ve diğer aktörlerin müdahalesinin olmaması gerektiğini savunmuşlardır. Devletin (kamunun) baş aktör haline gelmesi 1929 Dünya Ekonomik Krizi'nden (Büyük Buhran) çıkış sürecinde, Keynesçi yaklaşımlardan ilham alınarak mümkün olmuştur. Böylece devletin kamudaki rolü uzun yıllar devam etmiştir. Devletin bu rolü rolü, 1970 yılında dünyada yaşanan petrol kriziyle birlikte neoliberal politikalarla tartışmaya açılmış ve sınırlandırılması önerilmiştir. 1980'li yıllardan sonra uygulamaya konan neoliberal ekonomik politikalar, klasik liberalizmin temel ilkelerine dayandırılıp ve daha da geliştirilmiştir. Bu politikaların kuramsal temelleri, Friedrich Hayek ve Milton Friedman tarafından atılmış olup, uygulamada İngiltere'deki Thatcherizm ve Amerika'daki Reaganizm gibi örneklerle hayata geçirilmiştir (Duman, 2022; Orr, 2023).

Avrupa'da on dokuzuncu yüzyılın ilk yarısında hızlanan sanayileşme, şehir nüfuslarının artmasına ve yeni mesleklerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Ancak sanayi bölgelerine göç eden insanlar, barınma, temiz içme suyuna erişim ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi ciddi sorunlarla karşılaşmıştır. Devletin, liberal politikalar nedeniyle sınırlı bir rol üstlenmesi, bu süreçte ortaya çıkan halk sağlığı sorunlarına etkili çözüm getirememiştir. Yine uygulanan liberal politikalarla, bazı kesimlerin gelirlerinde önemli artış olurken, geniş toplum kesimlerinin yoksullaşmasını ve sosyal sorunlarının daha da derinleşmesine yol açmıştır (Candan ve Erol, 2017). İşçilerin, uzun çalışma saatleri ve olumsuz koşullarda çalışmasına rağmen, gelirlerinde önemli artışlar da sağlanmamıştır. İşçi haklarındaki bu olumsuzluklar işçi örgütlenmelerini güçlendirip, Avrupa ülkelerinde sınıf hareketlerinin temellerinin atılmasına zemin hazırlamıştır. 1929'daki Büyük Buhran'ın ardından, liberal politikaların krizi çözmede yetersiz kalması üzerine Keynesçi devlet müdahalesi bir çözüm yolu olarak benimsenmiştir. Bu süreçle birlikte, devletin müdahale ve düzenleme yetkisinin artarak ve eşitsizliklerin azaltılması, dezavantajlı grupların desteklenmesi ve sosyal sorunların çözülmesindeki başat rolü güçlenmiştir. Bu süreç, 1970 yılına kadar devam etmiş ve bu dönem, refah devletinin altın çağı olarak tanımlanmıştır (Candan ve Erol, 2017; Altındal, 2024). 1970'lerde yaşanan küresel ekonomik kriz sonrasında, çözüm olarak devletin kamusal alandaki rolünün azaltılması savunulmuştur. Bu doğrultuda, 1980'li yıllardan itibaren birçok ülkede neoliberal ekonomik politikalar benimsenmiş ve uygulanmaya başlanmıştır. Neoliberalizm; kamu hizmetlerinin özelleştirilmesini, sosyal devletin küçülmesini, sermaye üzerindeki düzenlemelerin kaldırılmasını ve siyasi kurumların rolünün zayıflatılmasını teşvik eden yaklaşımları öne çıkarmıştır (Fourton, 2024; Kabaş, 2025). 1980'li yıllardan itibaren Latin Amerika ülkelerinde başlatılan özelleştirme uygulamaları, sosyal devlet yapısını zayıflatarak toplum üzerinde olumsuz etkiler yaratmış; bu durum toplumsal tepkilere yol açınca, liberalizmin sosyal yönü yeniden gündeme gelmiştir (Filgueira, 2005). Dolayısıyla, piyasa radikalizminin aksine, sosyal neoliberalizmin piyasa temelli reformları sosyal adalet ve refah politikalarıyla dengelediği vurgulanmıştır. COVID-19 sürecinde başlangıçta ülkeler tarafından farklı politikalar izlense de salgının çok boyutlu olumsuz etkilerinin azaltılmasında, sosyal devlet anlayışı benimsenerek, sorunların çözümünde sosyal devlet anlayışı temel aktör haline geldiği bildirilmiştir (Hemerijck vd., 2022; Sinno vd., 2024; Chang vd., 2025).

Neoliberalizmde, devletin refah odaklı politikalara yönelik sınırlayıcı yaklaşımı, ülke uygulamalarında farklı biçimlerde karşılık bulmuştur. Avrupa Birliği ülkelerinde; "Refah devletinin, piyasa ve ekonomik politikaları, etkin ve adil sonuçlar üretmezse, düzeltilmesi ve değiştirilmesi gerektiğine dair ortak bir anlayış olup, refah hizmetlerinin insanların işgücü piyasasına katılmalarını güçlendirmesi ve etkinleştirmesi gerektiğine dair öncelikli bir uzlaşma" olduğu vurgulanmıştır (Hemerijck vd., 2022). Dünyada, son on yılda ideolojik yapıdaki kronik gerilimler; sosyal politikaların finansmanı, güç mücadeleleri ve çevresel istikrarsızlık gibi yapısal sorunların yanında finansal krizler, kemer sıkma politikaları, milliyetçiliğin yükselişi, küresel pandemi ve Rusya-Ukrayna savaşı ve bölgesel gerilimler, savaşlar gibi sarsıcı gelişmelerin derinleştiği görülmüştür. Tüm bu süreçler, kapitalizm ile İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde dönüştürücü bir proje olarak ortaya çıkan refah devleti arasındaki ideolojik erozyonu, mali baskıyı ve sosyo-politik işlev kaybını daha görünür kılarak, yapısal çelişkileri keskinleştirmiştir (Farnsworth ve Irving, 2024).

Tarihte yaşanan bazı salgınların yıkıcı etkileri, siyasi, ekonomik ve sosyal düzeni olumsuz yönde etkileyerek toplumsal ve ekonomik değişimleri gerekli kılmıştır. Orta Çağ'da ortaya çıkan Veba salgını (13-14. yy.) sonrasında Avrupa'da merkantilizmin etkili olduğu ekonomide, korumacılık

politikalarından vazgeçilip, liberal ekonomik anlayışın temelini oluşturan “bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler” politikası benimsendiği aktarılmıştır. 1929 dünya ekonomik krizine kadar sağlık alanındaki görülen önemli salgınlar (Kolera, Çiçek, 1918 İspanya Gribi vb.) insanların yaşamı ve ülkelerin siyasi, sosyal yapılarının değişiminde etkili olmuştur (Parıldar ve Dikici, 2020; Duman, 2022). COVID-19 salgın süreci dünya genelinde, tüm ülkeleri çok boyutlu etkilemiş ve özellikle sağlık sistemlerinin dayanıklılığını ciddi biçimde sınamıştır. Salgının ilk dönemlerinde birçok ülke, hızla artan vaka ve ölüm sayıları karşısında sağlık hizmeti sunumunda yetersiz kalmıştır. Bu durum kamuoyunda ve akademik çevrelerde sağlık alanına yeterli yatırım yapılmamasından dolayı neoliberal politikaların etkilerinin sorgulanmasına yol açmıştır. Dolayısıyla, neoliberal refah devleti modelinin sonunun geldiğine dair tartışmalar artmıştır. Ancak, ülkeler salgın sürecinden çeşitli dersler çıkarmış olsalar da sağlık sistemlerinde piyasacı yaklaşımlara dayanan neoliberal politikaların temel yapısının büyük ölçüde korunmaya devam ettiği görülmüştür (Fourton, 2024; Chang vd., 2025).

Uzun yıllar boyunca sağlık hizmetleri, dünya genelinde devletler tarafından kamu yararı gözetilerek sunulmuştur. Ancak 1980’li yıllardan itibaren, sağlık hizmetlerinde kamu/özel karmasına ilişkin tartışmaların yoğunlaşmasıyla birlikte, sağlıkta gerçekleştirilen reformla sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması sağlanmıştır. Sağlıkta piyasalaştırma için çeşitli gerekçeler öne sürülse de temel olarak hizmetlerin kamuya kıyasla daha etkin, verimli ve rekabetçi bir anlayışla sunulması, böylece hizmet kalitesinin artırılması ve devletin mali yükünün azaltılması amaçlanmıştır (Alayed vd., 2024). Literatürde, çoğu gelişmiş ülkelerde, sağlık sektörünün özelleştirilmesine karşı olumsuz görüşler olduğu ifade edilmiştir (Alayed vd., 2024). Yapılan bir çalışmada, neoliberal yönetim ve politikalarının, kârı önceleyen finansman yapıları kurmasından dolayı hastaların ve sağlık hizmeti sunucularının bireysel girişimciler gibi hareket etmeye zorlandığı ifade edilmiştir. Bu durumun, mevcut sağlık sisteminde yeterli kaynaklara ve kapasiteye sahip olmayan dezavantajlı bireylerin sağlık hizmeti erişiminde eşitsizlikleri daha da artırdığı vurgulanmıştır (Sinno vd., 2024). Sağlıkta özelleştirmenin sağlık hizmetlerinde, sigortasız hastalar ve düşük gelirli grupları daha olumsuz etkilediği görülmüştür (Ovretveit, 2003) Yine orta ve düşük gelirli ülkelerde yapılan çalışmalar analiz edilerek, özel sektörün sağlık hizmeti sunucularının tıbbi uygulama standartlarını, kamu sektörüne kıyasla daha sık ihlal ettiği ve hasta sonuçlarının daha olumsuz olduğu, verimlilik açısından ise özel sektörün kamu sektörüne göre daha düşük performans sergilediği bildirilmiştir. Bunun da kısmen gereksiz test ve tedavileri teşvik eden ters yönlü motivasyonlardan kaynaklandığı belirtilmiştir (Basu vd., 2012). Özelleştirmenin olumlu yanları, bekleme sürelerinin kısa olması, hastanede yatış sürelerinin daha az olması ve ameliyatlara daha hızlı erişim imkanı ile verimliliği artırması olduğu ifade edilmiştir (Al-Jazaeri vd., 2017). Amerika Birleşik Devletleri, sağlıkta piyasalaştırma risklerine örnek verilen ülkelerden biri olmuştur. Dünyada kişi başına en yüksek sağlık harcaması yapmasına rağmen, yoksul Amerikalıların zengin Amerikalılara göre daha kötü sağlık hizmetleri erişimine sahip olduğu bildirilmiştir (Dickman vd., 2017). Türkiye’de, Cumhuriyetin kuruluşundan sonra sağlık hizmetleri uzun yıllar ağırlıklı olarak devlet (kamu) tarafından yürütülmüştür. 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde gerçekleştirilen reformlarla, sağlık hizmetlerinin piyasaya açılması sağlanarak, özel sektörün sağlık hizmetleri sunumundaki payı artarak devam etmiştir (Müftüoğlu, 2023).

COVID-19 salgınında, neoliberalizmin kamu sektöründeki çöküşüne zemin hazırlayan politikalarının daha görünür hale geldiği ifade edilmiştir (Orr, 2023). Pandemi, küresel ekonomi üzerinde büyük aksamalara yol açarak sınır kapanmaları, tedarik zinciri kesintileri ve karantinalara yol açarak küresel düzeyde ciddi krize dönüşmüştür (Chakrabarti, 2024). Salgın krizinin yönetimi ve kontrolünde, devletin yeniden sosyal rolünü üstlenmesi önemli hale gelmiştir. Ayrıca küresel aktörlerin salgın sürecindeki başarısız politikaları nedeniyle, ülkelerin olası sağlık krizlerini çözebilmek için ulusal kapasitelerini geliştirmeleri gerektiği anlaşılmıştır. Bu değişimi açıklamak için “COVID-19 öncesi” ve “COVID-19 sonrası” kavramları kullanılmaya başlanmıştır (Duman, 2022; Orr, 2023; Chakrabarti, 2024).

4. Devletin Sağlık Hizmetlerinde Eşitlik ve Hakkaniyeti Sağlamadaki Rolü

Sağlık hizmetlerinde yaşanan eşitsizliklerin, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı zorluklar, hizmetlerin kalitesi, sağlık sonuçları, sosyo-ekonomik durum, coğrafi konum, cinsiyet, yaş, etnik köken, çevresel faktörler gibi birçok farklılıklar olduğu ifade edilmiştir (Evans, vd., 2023). Bu eşitsizlikler, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini engellediğinden, toplumun genel sağlık düzeyini

olumsuz etkilemiştir. Bu nedenle, devletin sağlıkta eşitliği ve hakkaniyeti sağlamada kritik rolü olduğu vurgulanmıştır (Evans, vd., 2023; Meri ve Sıdal, 2023). Devletin, kamu politikaları aracılığıyla sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkarmayı ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltmayı hedefleyerek, tüm aktörlerle işbirliğini teşvik eden bir yaklaşımı benimsemesi gerektiği önerilmiştir (Aydın, 2022). Devletin eşitlik ve hakkaniyeti sağlamadaki rolüne ilişkin önemli belge 1978'deki Alma-Ata Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi'dir. Bildirgede, sağlığın geliştirilmesi ve eşitsizliklerin azaltılmasında, sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelenin önemine değinilmiştir. Bildirgede, tüm politikalarda sağlığın hayati rolünün, eşitlik ve hakkaniyeti destekleyecek yapısal değişiklikleri içermesi gerektiği ifade edilmiştir (Aydın, 2022; Evans vd., 2023).

Dünyada yaşanan COVID-19 pandemi sürecinde, son elli yıldır neoliberal politikaların uygulanmasında etkili olan küresel kapitalizm ve sağ hükümetlerin, sağlık krizi karşısında sergilediği etkisizlik ve yetersizliklerin daha belirgin hale geldiği vurgulanmıştır (Orr, 2023). Neoliberal politikaların sağlık alanında uygulanmasına öncülük eden küresel kuruluşların (Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası vb.) yönlendirmeleriyle, kendine bağımlı politikaların gelişmesine zemin hazırladığı ve bu durumun devletlerin sağlık alanında düzenleyici ve kontrol edici rolünü zayıflattığı ifade edilmiştir (Gönç, 2017). Pandemi sürecindeki sağlık krizi ve buna bağlı sorunların aşılmasında, devletin ekonomik, sosyal ve siyasal alanlardaki rolünün artırılmasına olan ihtiyaç ortaya çıkmış; özellikle sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi alanlardaki rolünün önemi yeniden teyit edilmiştir. Ayrıca devletin, salgın sürecinde sağlık krizin boyutlarını azaltmadaki rolünün vazgeçilmez olduğu görülmüştür (Duman, 2022; Burlina ve Rodríguez-Pose, 2024).

Devletin kamudaki müdahale ve düzenleyici rolüne yönelik süreç, 1980'li yıllardan sonra hızlanarak, devletin kamu hizmetlerindeki rolünün sınırlandırılıp, neoliberal politikalarla piyasalaştırılması süreci günümüze kadar devam etmiştir. Bu dönemde, uluslararası küresel aktörler tarafından sağlık hizmetleri reform çabalarıyla piyasaya dönüştürülmüştür. Çözüm olarak sunulan neoliberal ekonomik politikaların sağlıkta çözüm olmadığı ve sağlık hizmetlerinde adaletsizlik, eşitsizlik ve hakkaniyetsizliğin artarak devam ettiği ve özel sektörün, toplumun sağlık sorunlarına çözüm getiremediği bildirilmiştir (Akyürek, 2018). Özel sektörün kar elde etme güdüsünün, sağlığın sosyal ve toplumsal boyutlarıyla uyumlu olmadığı ifade edilmiştir. Özel sektörün koruyucu sağlık hizmetlerinde rol almada isteksiz davranırken, kâr amaçlı, yoğun teknoloji gerektiren, pahalı sağlık hizmetlerine yatırım yapmada daha istekli olduğu vurgulanmıştır (Akyürek, 2018; Jones ve Hameiri, 2022). Devletin, tüm toplumdaki bireylerin aynı yaşam beklentisine ulaşmalarını sağlamada ve dezavantajlı grupların yaşam koşullarına müdahaleyle iyileştirip ve düzenlemelerle eşitliği sağlayarak hakkaniyetsizliği önleyebileceği bildirilmiştir. Eşitsizliğin azaltılmasında devletin sosyal politikalarla ana aktör olduğu belirtilmiş ve sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele ederek bu eşitsizlikleri azaltabileceği görülmüştür (Jones ve Hameiri, 2022; Altındal, 2025).

Neoliberal politikalarla devletin kamudaki rolünün sınırlandırılması düşüncesinin aksine, COVID-19 sağlık krizinde, devletin kamudaki rolüne her zamankinden daha fazla ihtiyaç duyulduğu görülmüştür. Pandemi sürecinde, ülkeler arasındaki eşitsizliklerin daha da belirginleşmesi, salgının etkili yönetimi ve ulusal sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi gerektiği ön plana çıkarmıştır. Salgında ihtiyaç duyulan kaynakların temini ve bazı ülkelerde özel hastanelerin kamuya devredilmesi gibi adımlar, güçlü merkezi kararlarla devletin salgına etkili müdahale etme ve düzenleme yetkisini yeniden sağladığı belirtilmiştir (Baş ve Sur, 2023; Chang vd., 2025). Devletin sağlık hizmetlerinde eşitsizliğin giderilmesi ve azaltılmasındaki önemli rolünün ise herkes için erişilebilir sağlık hizmetleri sağlamak, adil finansman politikaları uygulamak, sağlık altyapısını güçlendirmek, sağlığı etkileyen sosyal belirleyicilerle mücadele etmek, sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli dağılımını sağlamak, halk sağlığı programlarını geliştirmek, yasal düzenlemeler yapmak, veri toplama ve izleme sistemleri oluşturmak ve toplumun sağlık hizmetlerine katılımını güçlendirmek olduğu bildirilmiştir (Meri ve Sıdal, 2023; Evans vd., 2023; Simon vd., 2024).

Dünyanın çoğu ülkesinde sağlıkta da uzun yıllardır uygulamaya konulan neoliberal politikalar, COVID-19 pandemisinin etkilerini derinleştirerek sağlık hizmetlerindeki yapısal eşitsizlikleri daha da belirginleştirmiştir. Neoliberal politikaların etkisiyle devletin sağlık alanındaki düzenleyici ve sosyal refahı gözetken rolünün zayıfladığı görülmüştür. Pandemiyle mücadelede kaynak ve koordinasyon eksikliği yaşanması, hizmet sunumunda ciddi yetersizlikler yaşanmasına yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına bırakılmasının etkileri, salgın sürecinde yaşanan olumsuzlukların halk

sağlığı açısından risklerinin net anlaşılmasını sağlayarak, güçlü ve kamusal bir sağlık sistemine duyulan ihtiyacı bir kez daha ortaya koymuştur (Eklund, 2020; Aurelio, vd., 2024; Chang vd., 2025).

Sonuç ve Öneriler

Literatüre dayalı olarak yürütülen bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre, sosyal devletin sağlık hizmetlerinde dünya genelinde hakkaniyeti, eşitliği sağlamada önemli rolü olduğu görülmüştür. Bu kapsamda Dünyada, COVID-19 pandemi krizinde, yaşanan sorunların aşılmasında, ülkelerin genelinde devletin ekonomik, sosyal ve siyasal alandaki kamusal rolünün artırılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Ülkelerin genelinde, uygulanan neoliberal politikaların, sağlıkta eşitlik ve hakkaniyeti sağlamada olumsuz etkisinin, COVID-19 krizinde daha da belirginleştiği belirtilmiştir. Geçmiş deneyimler ve COVID-19 pandemisi sürecinde yaşanan olumsuzlukların yönetilmesinde devlet, kamusal politikalarla hakkaniyeti sağlayıp, eşitsizliğin azaltılmasında temel aktör olmuştur. Dolayısıyla, sağlıkta uzun yıllardır uygulanan neoliberal politikaların olumsuz etkilerinin azaltılabilmesi için;

- Sosyal devletin rolünün yeniden tanımlanarak sağlık alanındaki neoliberal ekonomik politikaların kamudaki etkisinin azaltılması,
- COVID-19 pandemi sürecindeki benzer olumsuzlukların yaşanmaması için ülkelerin, (hükümetlerin) sağlık ihtiyaçlarını; sosyal, ekonomik ve çevresel refahı kapsayan bütüncül bir yaklaşımla ele alıp, halk sağlığı ilke ve uygulamalarını benimsemesi,
- COVID-19 ve benzeri olası krizlerin olumsuz etkilerinin etkili yönetilmesinde devletin sosyal ve düzenleyici rolü güçlendirmesi,
- Küresel aktörlerin salgın krizindeki başarısız politikaları gözetilerek, benzer krizlerde, ülkelerin sağlık sorunlarını ve krizlerini çözebilmek için ulusal kapasitelerini geliştirmeleri,
- Devletin, kamu politikaları aracılığıyla toplumun sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkarabilmesi ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltmayı hedefleyen çalışmalarında, tüm aktörlerle işbirliğini teşvik eden bir yaklaşımı benimsemesi,
- Dünya genelinde eşitlik, adalet, insan haklarına dayalı yaklaşımlar gözetilerek, küresel sağlık sisteminin ihtiyaçlara göre yeniden yapılandırılıp, güçlendirilmesi,
- Olası krizlerde ülkelerin genelinde tıbbi tedarik zincirlerinin olumsuz etkilenmemesi için tıbbi tedarik zincirinin sürdürülmesinin önemli unsurlarından olan; normal ve olağandışı koşullarda ürün akışının kesintisiz sürdürülebilmesi için politikaların güçlendirilip ve hayata geçirilmesi önerilmektedir.

Kaynakça

- Ahmad, N., Rehman, F.U., & Sarwar, N. (2023). COVID-19 induced national lockdown and income inequality: evidence from Pakistan. *Oxford Development Studies*, 51(1), 66-81.
- Aksungur, A. (2020). Sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet: Türkiye sağlık sisteminin Değerlendirilmesi (Tez No. 610803) [Doktora tezi, Ankara Hacettepe Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Akyürek, Ç. E. (2018). Sağlık Politikası. *Sağlık politikalarının piyasalaştırılması* (s.235-246) içinde. Nobel Yayınları.
- Alayed, T. M., Alrumeh, A. S., Alkanhal, I. A., & Alhuthil, R. T. (2024). Impact of privatization on healthcare system: A systematic review. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*, 12(2), 125133.
- Altındal, Y. (2024). Sosyal boyutlarıyla yaşlılık ve dezavantajlılık. *Sosyal Refah ve Yaşlılık* (s.25-41) içinde. Astana Yayınları.
- Jazaeri, A., Ghomraoui, F., Al-Muhanna, W., Saleem, A., Jokhadar, H., & Aljurf, T. (2017). The impact of healthcare privatization on access to surgical care: cholecystectomy as a model. *World journal of surgery*, 41, 394-401.
- Amimo, F., & Magit, A. (2023). Measuring income-associated inequalities in COVID-19 vaccination on a global scale: a modeling study. *Journal of Public Health Policy*, 44(3), 449-463.
- Anderson, R.M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., and Hollingsworth, T. D. (2020). "How will Country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 Epidemic?" *Lancet*, 395, 931-934.
- Arsenault, C., Gage, A., Kim, M. K., Kapoor, N. R., Akweongo, P., Amponsah, F., ... & Kruk, M. E. (2022). COVID-19 and resilience of healthcare systems in ten countries. *Nature medicine*, 28(6), 1314-1324.
- Aydın, J. C. (2022). Tüm politikalarda sağlık: kuram ve uygulama. *Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi*, 3(3), 119-136.
- Aurelio, M., Brittin, K., Darknell, L., Chitewe, A., & Shah, A. (2024). Using quality improvement to pursue equity: lessons from healthcare. *British Journal of Healthcare Management*, 30(4), 1-15.
- Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D. (2012). Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and middle-income countries: a systematic review. *PLoS medicine*, 9(6), e1001244.
- Baş, K. (2022). Reflections of health inequalities on the COVID-19 vaccination process and the views of healthcare professionals. *International Journal of Health Management and Tourism*, 7(2), 231-244.
- Baş, K. ve Sur, H. (2023). COVID-19 Sağlık krizinin ülkelerin sağlık sistemleri üzerine etkisi; küresel sağlık sistemleri boyutuyla bir değerlendirme. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 8(1), 105-113.
- Barreto, M. L. (2017). Health inequalities: a global perspective. *Ciencia & saude coletiva*, 22, 2097-2108.
- Burlina, C. & Rodríguez-Pose. (2024). AInequality, poverty, deprivation and the uneven spread of COVID-19 in Europe. *Regional Studies*, 58(2), 263-284.
- Candan, H. ve Erol, A.M. (2017). Türkiye’de sosyal adaletin temininde sosyal devletin rolü. *Sayıştay Dergisi*, 106, 87-119.
- Chang, Y. L., Keh, M., & Salazar, K. (2025). Rethinking welfare-to-work programmes in the wake of the COVID-19 pandemic: Lessons from CalWORKs in the United States. *The British Journal of Social Work*, bcdf027.

- Chakrabarti, S. (2024). *'The Overheated World': Crisis Politics and Neoliberal Inertia* (Doctoral dissertation, Doctor of Philosophy School of Interdisciplinary Global Studies College of Arts & Sciences University of South Florida).
- Cheshmehzangi, A. (2022). Vulnerability of the UK's BAME communities during COVID- 19: The review of public health and socio-economic inequalities. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 32(2), 172-188.
- Coria, A. L., Rabin, T. L., Rule, A. R., Haq, H., Hudspeth, J. C., Ratner, L., & Walker-Descartes, I. (2022). Global health crisis, global health response: how global health experiences prepared North American physicians for the COVID-19 pandemic. *Journal of General Internal Medicine*, 1-5.
- Çelik Y. (2016). *Sağlık ekonomisi* (3.Baskı). Siyasal Kitabevi.
- Demirhan, Y. & Korkutan, M. (2022). Türkiye'nin covid-19 pandemi kriziyle mücadele performansı üzerine bir inceleme. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 13(2), 639-667.
- Dickman, S. L., Himmelstein, D. U., & Woolhandler, S. (2017). Inequality and the health-care system in the USA. *The Lancet*, 389(10077), 1431-1441.
- Duman, M.Z. (2022). COVID-19 salgını, neoliberalizm ve devletin değişen rolü. *Paradoks Ekonomi Sosyoloji ve Politika Dergisi*, 18(1), 1-31.
- Eklund-Karlsson, L., Ikonen, A.L., Alqahtani, K.M., Tanggaard-Andersen, P. & Thapa, S. (2020). Health equity lens embedded in the public health policies of Saudi Arabia: A qualitative document analysis. *Sage Open*. 10(4), 1-12.
- Evans, N., Rohrer, J., D'Alessandro, M., Chhean, E., & Wilkniss, S. (2023). *Healthy people, healthy states: promising practices to address health disparities*. National Academy For State Health Policy.
- Farnsworth, K., & Irving, Z. (2024). Crises of the welfare state, resilience, and pessimism of the intellect. *Social Policy & Administration*, 58(2), 248-263.
- Ferreira, V. A., Pires, I. S. C., & Ribeiro, M. C. (2022). *Health promotion: trajectory and current perspectives*. Intech Open.
- Ferrer R (2020) COVID-19 pandemic: the greatest challenge in the history of critical care. *Med Int* 44(6), 323-324.
- Filgueira, F. (2005). *Welfare and democracy in Latin America: The development, crises and aftermath of universal, dual and exclusionary social states*. Geneva: UNRISD.
- Fosse, E. (2022). Norwegian Policies to Reduce Social Inequalities in Health: Developments from 1987 to 2021. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(7), 882-886.
- Gallifant, J., Griffin, M., Pierce, R. L., & Celi, L. A. (2023). From quality improvement to equality improvement projects: a scoping review and framework. *Science*, 26(10), 107924.
- Gönç T (2017). Neoliberal politikaların küresel düzeyde sağlık üzerindeki etkileri. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 159-178.
- Hamzaoglu, O. (2014). Eşitlik-hakkaniyet. *Toplum ve Hekim*, 29(1), 24-31.
- Haynes K. (2020). Structural inequalities exposed by COVID-19 in the UK: the need for an accounting for care. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 16(4), 637-642.
- Hemerijck, A., Huguenot-Noël, R., & Matsaganis, M. (2022). Welfare resilience in Europe. Contours of a post-Covid socialcompass for the EU, *STG Policy Briefs*.
- International Labour Organization-ILO (2020). A policy framework for tackling the economic and social impact of the COVID-19 crisis. *Policy brief*.
- İşlek, E., Özatkan, Y., Bilir Uslu, M. K., Arı, H. O., et al. (2021). Türkiye'de COVID-19 Pandemisi Yönetimi ve Sağlık Politikası Stratejileri. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4(2), 54-65.

- Jones, L., & Hameiri, S. (2022). COVID-19 and the failure of the neoliberal regulatory state. *Review of international political economy*, 29(4), 1027-1052.
- Kabaş, T. (2025). Almanya’da devletin öncülüğünde liberal kapitalizmin ve burjuva toplumunun gelişmesi. *Türk & İslam Dünyası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12 (44), 439-470.
- Lal, A., Erondur, N. A., Heymann, D. L., Gitahi, G., & Yates, R. (2021). Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *The Lancet*, 397(10268), 61-67.
- Müftüoğlu, Ö. (2023). AKP’li yıllarda çalışma yaşamı ve sosyal politikalar. *Community & Physician/Toplum ve Hekim*, 38(3), 163-173.
- Meri, T., & Sıdal, S. (2023). Pandemi sürecinde devletin geri dönüşü: Fransa ve Türkiye örnekleri. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25(1), 169-194.
- Okoi, O., & Bwawa, T. (2020). How health inequality affect responses to the COVID-19 pandemic in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 135, 105067.
- Orr, K. (2023). Uncanny organization and the immanence of crisis: The public sector, neoliberalism and Covid-19. *Organization Studies*, 44(12), 2009-2030.
- Øvretveit, J. (2003). Nordic privatization and private healthcare. *The International journal of health planning and management*, 18(3), 233-246.
- Parıldar, H., & Dikici, M. F. (2020). Pandemiler tarihi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 12(1), 1-8.
- Simon, C. A., Steel, B. S., & Lovrich, N. P. (2024). *Entitlements*. State and Local Government and Politics 3rd Edition. Oregon State University.
- Sinno, J., Daroya, E., Wells, A., Hull, M., Lachowsky, N. J., Tan, D. H., & Grace, D. (2024). “To do so in a patient-centred way is not particularly lucrative”: The effects of neoliberal health care on PrEP implementation and delivery. *Social Science & Medicine*, 347, 116749.
- Seddighi, H. (2020). COVID-19 as a natural disaster: focusing on exposure and vulnerability for response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(4), e42-e43.
- Sepulveda, E.R. & Brooker, A.S. (2021). Income inequality and COVID-19 mortality: Age- stratified analysis of 22 OECD countries. *SSM-Population Health*, 16, 100904.
- Su, Z., McDonnell, D., Li, X., Bennett, B., Şegalo, S., Abbas, J. & Xiang, Y. T. (2021). COVID-19 vaccine donations-vaccine empathy or vaccine diplomacy? A narrative literature review. *Vaccines*, 9(9), 1024.
- Tosh, P. K., Schafer, J. M., Harvieux, T. P., & Hall, B. L. (2023, December). Medical supply shortages-we are part of the problem... and solution. *In Mayo Clinic Proceedings*, 98(12), 1763-1766.
- Venkatapuram, S., & Marmot, M. (2009). Epidemiology and social justice in light of social determinants of health research. *Bioethics*, 23(2), 79-89.
- Zhang, Y., Zhao, Q. and Hu, B. (2020). “Community-based prevention and control of COVID-19: Experience from China”, *Am J Infect Control*, 48, 716-717.
- Zbiri, S. & Boukhalfa, C. (2023). Inequality in COVID-19 vaccination in Africa. *Journal of Public Health in Africa*, 14(7), 2353.
- Xie L, Yang H, Zheng X, Wu Y, Lin X, Shen Z (2021) Medical resources and coronavirus disease (COVID-19) mortality rate: evidence and implications from Hubei province in China. *PLoS One*16(1), e0244867.
- Wan, W. Wang J. & Jiang, W. (2023). Does COVID-19 exacerbate regional income inequality? Evidence from 20 Provinces of China. *Sustainability*, 15(15), 11894.
- Waitzberg, R., Hernández-Quevedo, C., Bernal-Delgado, E., Estupiñán-Romero, F., Angulo- Pueyo, E., Theodorou, M., ... & Maresso, A. (2022). Early health system responses to the COVID-19

- pandemic in Mediterranean countries: A tale of successes and challenges. *Health Policy*, 126(5), 465-475.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*, 22(3), 429-445.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on Social and Economic Determinants of Population Health*, 2, 460-474.
- Williams, O. D. (2020). COVID-19 and private health: market and governance failure. *Development*, 63(2), 181-190.
- WHO, (2021). COVID-19 and the social determinants of health and health equity: Evidence brief. Geneva: World Health Organization. Available at <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038387>
- Wouterse, B., Geisler, J., Bär, M. & van Doorslaer, E. (2023). Has COVID-19 increased inequality in mortality by income in the Netherlands?. *J Epidemiol Community Health*, 77(4), 244-251.
- Willen, S.S. Walsh, C.C. & Williamson, A.F. (2021). Visualizing health equity: qualitative perspectives on the value and limits of equity images. *Health Education & Behavior*, 48(5), 595-603.

Yazar Katkı Beyanı

Bu çalışma tek yazarlı olarak hazırlanmış olup araştırmanın tüm aşamaları yazar tarafından gerçekleştirilmiştir.

Çıkar Beyanı

Yazarın herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Etik Kurul Beyanı

Bu çalışma, etik kurul izni gerektirmeyen nitelikte olup kullanılan veriler literatür taraması ve yayımlanmış kaynaklardan elde edilmiştir.