AL SHARQ
STRATEGIC
RESEARCH
للأبحاث الاستراتيجية

Uzman Görüşü
BÖLGESEL SİYASET
10 TEMMUZ 2020

Arap Dünyasındaki Kamusal Sağlık Sistemleri: COVID-19 Çıkmazı ve Geleceğe Dair Beklentiler

OMAR ASFOUR
SAMER JABBOUR



Kaynak: Anadolu Ajansı

Bu yazı İngilizce'den tercüme edilmiştir.

Özet: Arap dünyası aynı tarihi, dili ve kültürü paylaşan ülkelerden ve topluluklardan oluşuyor. Arap ülkeleri aynı zamanda, kamu sağlığını farklı şekillerde etkileyen çeşitli siyasal ve sosyo-ekonomik şartlara sahip heterojen yapılara sahip. Arap dünyasındaki kamusal sağlık sistemleri zayıf ve salgınlara karşı da kırılgan. COVID-19 salgını Arap ülkelerini orantısız bir boyutta etkiledi. Çeşitli ülkelerin salgına karşı aldığı önlemlerin hızlı ve olumsuz sosyo-ekonomik neticeleri şimdiden ortaya çıktı. Söz konusu salgın Arap dünyasındaki kamusal sağlık sistemlerinin zayıflıklarını gözler önüne serdi. Kamu sağlığı göstergeleri yetersiz ve bu alanda alınan kararlar tutarsız ve uyumsuz. Toplumun ve devlet dışı aktörlerin karar alma süreçlerine katılımı ise oldukça sınırlı. Kamusal sağlık aktörleri insan haklarını ve görece zayıf kesimleri korumada başarısız oldu. COVID-19 kaynaklı acil sağlık riskleri ile COVID-19'a karşı alınan önlemlerin uzun vadede yine sağlık üzerinde neden olacağı etki arasında bir denge kurulması konusunda da başarısız olundu. COVID-19 salgını, Arap dünyasında güvenilebilir kamusal sağlık sistemlerine yatırım yapılmanın gerekliliğini ve faydalarını idrak etmek için bir fırsat sunuyor.

Giriş

Haziran 2020'nin sonuna gelindiğinde, COVID-19 salgınının 190'ın üzerindeki ülkeden 10 milyondan fazla insana bulaştığı ve yarım milyondan fazla insanın ölümüne sebep olduğu teyit edildi. Tüm Arap ülkeleri kendi topraklarında COVID-19 vakalarının varlığını bildirdi. Arap devletlerinde toplamda 500.000'den fazla teyit edilmiş vaka varken, bunların 400.000'i Suudi Arabistan, Katar, Kuveyt, Umman ve Birleşik Arap Emirlikleri'nde (BAE) gerçekleşti. Vaka ve ölüm oranları bölge çapında oldukça farklılık arz ediyor. Katar'da her 100.000 kişiden 1600'ü enfekte olmuş durumdayken, Suriye ve Yemen gibi ülkelerde aynı sayı 5'in altında olarak kayıtlara geçti. Diğer yandan, Yemen yüzde 27 gibi bir ölüm oranı bildirirken, bu oran Cezayir ve Sudan'da yüzde 7; Irak, Mısır, Suriye ve Tunus'ta yüzde 4; Lübnan, Libya ve Fas'ta yüzde 2; Suudi Arabistan ve Ürdün'de yüzde 0.8 ve Katar'da yüzde 0,12.[1]

> ***Arap ülkeleri genel olarak insan hareketliliğini kısıtlayarak ve işyerleri ile toplantılara sınırlamalar getirerek salgınla mücadele etti. Bu önlemlerin halk üzerinde olumsuz sosyo-ekonomik sonuçları olacağı gibi genel sağlık üzerinde de olumsuz etkileri olacağında şüphe yok***

Arap ülkeleri genel olarak insan hareketliliğini kısıtlayarak ve işyerleri ile toplantılara sınırlamalar getirerek salgınla mücadele etti. Bu önlemlerin halk üzerinde olumsuz sosyo-ekonomik sonuçları olacağı gibi genel sağlık üzerinde de olumsuz etkileri olacağında şüphe yok. Öte taraftan, sağlık hizmetlerinin aniden çökme riski mevcut. Bu durum özellikle de kırılgan duruma sahip devletler ve çatışmalardan etkilenen bölgeler için geçerli. Kamusal sağlık aktörleri ve plânlayıcılar COVID-19'un olası olumsuz etkileriyle bu salgına karşı alınacak önlemlerin olumsuz etkileri arasında bir denge kurmak zorunda. Ancak iyi işlemeyen sistemler, yozlaşmış yönetim ve olguyu esas alan kamusal politikalara yönelik kayıtsızlık sebebiyle bu dengeyi sağlamak güç görünüyor.

Arap Dünyası:

Arap dünyası bir bölge ve analiz konusu olarak kamu sağlığı literatürüne yakın zaman önce eklendi.[2] Bu kavram, Arap Ligi üye ülkelerini kapsıyor. Ayrıca bunun dünyanın farklı yerlerindeki Arap göçmenleri kapsadığı da söylenebilir. Arap ülkeleri ve toplulukları ortak bir tarihi, dili, gelenekleri ve kültürü paylaşıyor. Ancak Arap ülkeleri, aynı zamanda genel sağlığı farklı şekillerde etkileyen çeşitli politik ve sosyo-ekonomik şartlarasahip heterojen bir yapıya sahip.[3]

Arap dünyası 400 milyondan fazla nüfusa sahipken, bunların yüzde 60'tan fazlası 15 ve 64 yaş aralığında. İşsizlik oranı yüzde 0,2 ile 23 arasında değişirken, ortalama oran yüzde 9,6. Suriye, Libya ve Yemen'de silahlı çatışmalar sürüyor. Milyonlarca mülteci; Ürdün, Lübnan ve Irak'ta zaten çok büyük bir yük altında olan sağlık altyapısını daha da zorluyor. Bölgede son on yıl içerisinde siyasi istikrarsızlık oldukça yaygın durumda. Arap dünyasının yıllık ekonomik büyüme oranı 2012 yılında yüzde 6,7 iken, bu oran 2018 yılında yüzde 2,1'e düştü. Aynı dönemde dünyadaki büyüme ortalaması sırasıyla yüzde 2,6 ve 3,1'di. Bölge içerisinde servet ve ekonomik performans açısından mevcut olan derin uçurum göze çarpacak düzeyde. Örneğin Katar, dünyanın en yüksek kişi başı gayrı safi yurt içi hasılasına sahip (Somali'den 200, Yemen ve Sudan'dan 60 kat daha fazla).[4] Bölge genelindeki aşırı yoksulluk oranı yüzde 5 ve düşük ekonomik büyüme sebebiyle bu oran ciddi ölçüde aşağıya indirilemedi.[5]

Arap Dünyasında Kamusal Sağlık Sistemleri:

Kamusal sağlık sistemleri, sağlık koşulları belirlenirken kritik öneme sahip olan kişiler ve organizasyonlar arasındaki karmaşık ağlardan ve ilişkilerden oluşur. Bu sistemler sadece geleneksel anlamda sağlık tesisleriyle veya organizasyonlarıyla sınırlı değildir. Ayrıca halk sağlının korunmasında ve öne çıkarılmasında çok önemli rol oynayan çeşitli sektörleri ve toplumsal kurumlara da uzanır. Kamu sağlığı faaliyetleri sağlığın izlenmesini, teşhis ve incelemeyi, bilgi paylaşımını, kaynak mobilizasyonunu, politika üretimini, güvenceleri ve değerlendirmeyi içerir. Devletlerin salgınlara karşılık verebilme ve bunları sınırlayabilme kapasiteleri esas olarak kamusal sağlık sistemlerinin ve kurumlarının ne kadar gelişmiş olduğuna bağlıdır. İdeal olan, kamu sağlığı uzmanlarının sahadaki hastalığın kontrol edilmesine dönük çabalara liderlik etmesi ve olguya dayalı yönetim ve kamu politikalarına danışmanlık yapmasıdır.

Arap dünyasındaki kamusal sağlık sistemleri zayıf ve bunun için gereken finansman da yetersiz. Arap devletlerinin sağlık harcamaları ortalama gayrı safi yurt içi hasılanın yüzde 2,8'i iken, küresel ölçekte bu oran yüzde 7,8. Arap ülkelerinde sağlığa yapılan toplam harcama, devlet dışı aktörlerin katkıları da dahil edilirse gayrı safi yurt içi hasılanın yüzde 5'ine tekabül ediyor. Özel sektör aktörleri toplam sağlık harcamalarının neredeyse yüzde 40'ını üstlenirken, bireylerin kendi ceplerinden yaptıkları harcama yüzde 30 civarında.[6] Mevcut harcamalar içerisinde önleyici ve temel bakıma ayrılan kısım ise düşük seviyede. Sağlık harcamalarının seviyesi ve kaynakların paylaştırılma biçimi mevcut sağlık ihtiyaçlarına ve epidemiyolojik profillere uymuyor.[7] Arap dünyasında hizmet sağlama uzmanlıkları baskın durumda olduğu için, ihtisaslaşmış kamu sağlığı iş gücüne yönelik detaylar oldukça sınırlı. Bunun yanında hassas duruma sahip ve yerinden edilmiş kesimlere yönelik yetersiz kaynaklar, karar alma süreçleri için gereken verilerin oldukça az olması, her geçen gün etkili hâle gelen özel sektöre yönelik sınırlı denetim ve az miktarda dış finansman desteği gibi ek zorluklar da mevcut.[8]

Arap dünyasındaki kamusal sağlık sistemleri zayıf ve bunun için gereken finansman da yetersiz. Arap devletlerinin sağlık harcamaları ortalama gayrı safi yurt içi hasılanın yüzde 2,8'i iken, küresel ölçekte bu oran yüzde 7,8. Arap ülkelerinde sağlığa yapılan toplam harcama, devlet dışı aktörlerin katkıları da dahil edilirse gayrı safi yurt içi hasılanın yüzde 5'ine tekabül ediyor

Arap dünyası, özellikle salgınlara ve kamu sağlığı acil durumlarına karşı kırılgan. Küresel Sağlık Güvenlik İndeksi (GHS), salgınlara karşılık vermek için gerekli finansal ve siyasal kaynakları mobilize etme noktasındaki kapasiteyi ve hazır bulunma durumunu ölçüyor. GHS'ye göre, Arap devletleri dünyada en az hazır bulunma durumuna sahip devletler arasında ve "epidemiyoloji iş gücü" ile "acil duruma hazırlık ve plânlama önlemleri" konusunda son sırada yer alıyor.[9] Ayrıca, kamu politikalarını ve kamusal sağlık önlemlerini şekillendirmede büyük öneme sahip olan bilgi sistemleri ve veri paylaşım altyapıları da zayıf.

COVID-19 Önlemleri ve Kamu Sağlığının Rolü:

Şubat 2020'den itibaren Arap devletleri COVID-19 salgınını kontrol altına almak için çeşitli önlemleri devreye soktular. Farklı ülkelerin ihtiyaçları ve durumları, ayrıca salgına karşılık verebilme kapasiteleri ve olası neticelerin üstesinden gelebilme potansiyelleri çeşitlilik arz ediyor. Daha sınırlı kaynaklara sahip olan ülkelerin aksine daha zengin ülkeler, salgına verilen karşılığın klinik tarafına odaklandılar ve klinik kapasitelerini, laboratuvarlarını ve gerekli teçhizatı sağlamak açısından daha iyi hazırlandılar. Sınırlı kaynağa sahip olan veya çatışma bölgesi durumundaki ülkelerle kıyaslandığında, daha zengin ülkelerde daha yüksek sayıda vakanın ve daha az sayıda ölüm oranının olması bu ülkeler arasındaki farkı gözler önüne seriyor. Buna karşın, bölge çapında COVID-19 salgınına verilen karşılık, her ne kadar bölgesel bir iş birliği olmasa da kamu sağlığı açısından bazı ortak özelliklere sahip. Birincisi, alınan önlemler aşamalı olarak devreye sokuldu. İlk aşamalarda ülkeler eğitim kurumlarının faaliyetlerini durdurdu ve tüm kamusal toplantı ve buluşmaları yasakladı. Bazı devletler hükümetlere mutlak otorite veren olağanüstü hâl ilânında bulundular. Topyekûn ve kısmi sokağa çıkma yasakları uygulandı. Şehirler ve eyaletler arasındaki seyehatlar genel olarak kısıtlandı. Hava trafiği durdu. Bir sonraki talimata kadar yabancıların ülkeye girişi yasaklandı. Hayati öneme sahip olmayan alanlardaki işyerlerinin neredeyse tamamı kapatıldı ve bazı devletlerde bu kapatma kararları kamu kurumları da dahil olmak üzere tüm sektörlere yansıdı. Ülkeye dışarıdan gelen yolcular ve durumu şüpheli olarak teşhis edilen kişiler için zorunlu izolasyon önlemleri devreye sokuldu. Sınır geçişleri sadece temel malların akışını sağlayacak şekilde asgari düzeyde tutuldu.

Arap dünyasında COVID-19 salgınına karşı mücadelenin bir ortak özelliği, "verilerin güvenilmezliği" ve koronavirüs vakalarına ilişkin güvenilir bilgilerin eksikliğiydi. Kontrol önlemleri ve politikaları hakiki ihtiyaç değerlendirmeleri yahut eldeki veri veya bulgular esasında yapılmadı

Arap dünyasında COVID-19 salgınına karşı mücadelenin bir ortak özelliği, "verilerin güvenilmezliği" ve koronavirüs vakalarına ilişkin güvenilir bilgilerin eksikliğiydi.[10] Kontrol önlemleri ve politikaları hakiki ihtiyaç değerlendirmeleri yahut eldeki veri veya bulgular esasında yapılmadı. Bu durum, birçok tutarsız ve uyumsuz politikanın ve faaliyetin mevcudiyetini açıklayabilir. Ülkelerin çoğu panik hâlinde ciddi bir değerlendirme yapmaksızın katı önlemlere başvururken bir stratejik plânlama eksiği vardı. Alınan önlemler öncelikli olarak politikacılar ve ekonomistlerin nezaretinde tasarlandı.[11] Sağlık uzmanları, kamu halk sağlığı acil durumu sürecinde karar alma süreçlerine aktif olarak katılmadı. Hazırlık ve plânlama faaliyetlerine katılan az sayıda sağlık uzmanı ise çoğunlukla kamu sağlığı alanında resmi bir eğitimden veya arka plândan yoksun kişiler oldu.

Kamusal sağlık sisteminin bir diğer öncelikli işlevi, salgını izlemek, incelemek ve teşhis etmektir. Devletlerin COVID-19'a yönelik kitlesel ve erken test yapma kapasitelerinin ölüm oranını düşürdüğü ileri sürülüyor.[12] Ancak Arap devletlerinin temel odağı hastane yatak sayısının ve yoğun bakım ünitelerinin arttırılmasını; test, bilgi paylaşımı ve bulgu odaklı karar almaya tercih ederek meselenin klinik kısmına ağırlık vermek oldu. İlk başlarda birçok ülke yeterli sayıda yatak ve teçhizata sahip olduğunu duyurmuştu. Kamusal sağlık kapasitesine pek dikkat edilmemişti. Bilindiği kadarıyla, yalnızca Lübnan, Tunus ve işgal altındaki Filistin toprakları kamu sağlığı incelemeleri için finansman topladı. Bazı Arap ülkeleri kamusal alanları salgından uzak tutmak amacıyla dağınık ve düzensiz farkındalık arttırma çabaları ortaya koyarken, diğerleri koruyucu maskelerin ve eldivenlerin kullanılmasını zorunlu tutarak tartışmalı bir şekilde bireylerin özgürlüklerine müdahalede bulundu.[13]

İşlevsel bir kamusal sağlık sistemi geniş bir yelpazede toplumsal organizasyonları içerir. COVID-19'dan etkili bir şekilde korunmak ve salgını kontrol etmek, devlet dışı aktörlerin ilgili süreçlere dahil edilmesini gerektiriyor. Özellikle de sağlık sistemlerinde ve hizmetlerin sunulmasında devlet dışı aktörlerin zaten yerleşik bir role sahip olduğu Arap dünyası bağlamında bu zaruri.[14] Ancak COVID-19'la mücadele tamamen hükümetlerin öncülüğünde sürdürülüyor. Bu zamana kadar, devlet dışı aktörlerin ilgili süreçlere dahil edilmesine yönelik adımlar tutarsız ve belirsiz bir mahiyette oldu.[15] Örneğin Lübnan'da özel sektörü bu süreçlere dahil etmeye yönelik hükümetin aldığı kararların ardından somut bir uygulama plânı ortaya konmadı.[16] Ürdün'de hükümet tüm özel hastaneleri COVID-19 tedavisi vermekten alıkoydu.[17] Devlet dışı aktörlerin katılımı sadece klinik tedavi süreciyle de sınırlı olmamalı. Tunus, Fas ve Lübnan'daki sınırlı örnekler, sivil toplum örgütlerinin COVID-19 ile mücadele sırasında halktaki farkındalığı attırmada, salgının yayılmasını yavaşlatmada ve topluma ulaşmada sahip olduğu potansiyeli gösteriyor.[18] Fakat sivil toplum örgütleri hükümetlerin yanında ikincil bir konumda kaldı ve mücadele sürecindeki bilgi paylaşımı ve plânlama noktasında bu aktörlerle anlamlı bir iş birliği geliştirilemedi.

> ***Arap dünyasında devam eden çatışmalarda sağlık sistemlerinin parçalanması ve halkın sağlık ihtiyaçlarının siyasi ve askeri kazanımlar için kullanılması durumu öne çıkıyor. Bu durum, COVID-19 sürecinde yüzbinlerce insanın, özellikle de devlet dışı grupların kontrolü altındaki bölgelerdeki toplulukların daha fazla koronavirüs ve ölüm riski altında olduğu anlamına geliyor***

Arap dünyasında devam eden çatışmalarda sağlık sistemlerinin parçalanması ve halkın sağlık ihtiyaçlarının siyasi ve askeri kazanımlar için kullanılması durumu öne çıkıyor. Bu durum, COVID-19 sürecinde yüzbinlerce insanın, özellikle de devlet dışı grupların kontrolü altındaki bölgelerdeki toplulukların daha fazla koronavirüs ve ölüm riski altında olduğu anlamına geliyor. Uluslararası ve bölgesel örgütler de bu durumun üstesinden gelme konusunda başarısız oldu, zira barış ve ateşkes anlaşmalarını sağlayamadılar.[19] Suriye'de Birleşmiş Milletler (BM) kuruluşlarının eleştirileri yeniden dillendirildi. Parçalanmış ve COVID-19 ile mücadele için temel kapasiteye dahi sahip olmayan sağlık sistemini güçlendirmek için gerekli olan yardım politikleştirildi, umursanmadı ve sınırlandı.[20] İnsani organizasyonlar, sivil toplum ve yerel otoritelerin Suriye'nin kuzeyindeki kısıtlı kaynaklar için birbiriyle mücadele ediyor olmasının sağlık sistemini daha da zayıflattığı iddia ediliyor.[21] Yemen'de ilk COVID-19 vakası aktif bir çatışma, kısıtlı bir yardım imkânı ve devam eden kolera salgını ile seller sırasında teyit edildi.[22] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) öncülüğündeki koordinasyon yapısının ve hükümete bağlı COVID-19 ile mücadele komitesinin varlığına rağmen ortaya çıkan kamu sağlığı izleme ve takip alanındaki boşluğu sosyal medya doldurmak zorunda kaldı.[23]

COVID-19'a Karşı Mücadele: Kamu Sağlığı Etkisi

İlk olarak, COVID-19 salgını karşısında devreye sokulan tüm kısıtlamaların daha büyük bir kamusal çıkar için olduğu düşünüldü. Son derece katı ve alışılmadık önlemlerin sağlık sistemlerinin çökmesinin ve nihayetinde halk sağlının çok kötü bir şekilde etkilenmesinin engellenmesi amacıyla alındığı varsayıldı. İtalya ve Çin'de tanık olunan sahneler küresel çapta korkuyu ve gerilimi körükledi, böylece Arap ülkeleri ve diğer kalkınmakta olan devletlerin aldıkları önlemler Çin, Avrupa ve ABD'de alınan önlemlerin bir taklidi oldu. Arap devletleri tarafından izlenen politikalar yerel ihtiyaçların değerlendirilmesine ve vaka esaslı analize dayanmadı. Zayıf bir bilgi altyapısının mevcudiyeti karşısında bu durum şaşırtıcı değil. Söz konusu önlemlerin başarısı ise çoğunlukla bağlamsal ve dış etmenlere bağlı. Buna ülkelerin demografik ve yaş profilleri de dahil. Daha genç nüfusa sahip ülkelerin bu tip önlemlerden fayda sağlaması olasılığı daha az, zira COVID-19'dan enfekte olma ve ölme riski genç yaş gruplarında görece daha düşük. Yoksul kesimler daha

> ***Hâlihazırda Arap devletlerinde alınan COVID-19 önlemleri acil sağlık risklerine odaklanmış durumda ve önlemlerin olası dolaylı ve uzun vadeli etkileri yeterince dikkate alınmıyor***

fazla ekonomik kayıp yaşamayı kabul etmeye razı değil ve yoksulluk yahut açlıktan ölmektense COVID-19'dan ölme riskini tercih ediyor. Sosyal mesafe politikalarının yüksek gelire sahip ülkelerde kalkınmakta olan ülkelere kıyasla daha fazla işe yaradığı söylenmekte. Örneğin, sosyal mesafe politikalarına uyumun getirdiği artı değer ABD'de Pakistan veya Nijerya gibi ülkelere kıyasla 240 kat daha fazla.[24]

Kamu sağlığı açısından, COVID-19'un etkisi sadece salgının doğrudan nasıl kontrol altına alındığına ve sınırlandığına bağlı değil. Kamu sağlığını değerlendirmek için yoksulluk, işsizlik, çevre, toplumsal adalet, toplumu güçlendirme mekanizmaları ve iyi yönetim gibi birçok toplumsal etmen göz önüne alınmalı.[25] Hâlihazırda Arap devletlerinde alınan COVID-19 önlemleri acil sağlık risklerine odaklanmış durumda ve önlemlerin olası dolaylı ve uzun vadeli etkileri yeterince dikkate alınmıyor. Arap ülkeleri salgına yönelik önlemlerin ekonomik ve toplumsal maliyetlerini hissetmeye başladılar. Örneğin turizm, krizden en çok etkilenen sektörlerden biri. Turizm; Mısır'da gayrı safi yurt içi hasılanın yüzde 15'ine, Ürdün'de yüzde 14'üne, Tunus'ta yüzde 12'sine ve Fas'ta yüzde 8'ine tekabül ediyor. Bu da hükümetlerin milyonlarca aileye ve haneye istihdam ve temel gereksinimleri sağlayan tek bir sektörde yaşanacak ciddi kayıplarla karşı karşıya olduğu anlamına geliyor.[26] Benzer senaryolar sağlık da dahil olmak üzere tüm üretim sektörleri için geçerli olabilir. Salgının küresel ekonomi üzerindeki bilançosu ortaya çıkıyor ve petrol fiyatlarındaki düşüş de Arap ekonomilerini sert bir şekilde vurdu. Bunun yansımaları sadece petrol üreten ülkelerle sınırlı değil, birçok diğer Arap ülkesi de istihdam, döviz ve hatta doğrudan kalkınma finansmanı için bu petrol zengibi ülkelere bağlı. Bu konuya ilişkin yapılan bir ön analiz mevcut kriz kaynaklı ekonomik kaybın toplam çıktının yüzde 3,7'sine tekabül ettiğini ileri sürüyor.[27]

Mevcut önlemler nitelikli olmaktan uzak hâle gelebilir. Tedarik zincirindeki kopmalar ve hem hastaların hem de sağlık uzmanlarının hareketliliğine yönelik kısıtlamalar sebebiyle sağlık hizmetlerinin elverişliliği azalabilir. Kriz süresince hastaların sınırlı hareket imkanları ve sağlık tesislerine, labarotuarlara ve eczanelere sınırlı erişim sebebiyle, önlenebilir sağlık komplikasyonlarının yaşandığına dair vakalar sıklıkla bildirildi. Aynı zamanda, ekonomik sıkıntılar kamu sağlığını sadece sağlık harcamalarının azalması yönünden etkilemeyecek (kalkınmakta olan ülkelerdeki bulgular daha az sağlık harcamasının genel sağlık açısından olumsuz sonuçlara yol açtığını gösteriyor),[28] ayrıca yoksulluğu, eşitsizliği ve sağlık hizmetlerine erişimdeki zorlukları arttırarak dolaylı şekilde olumsuz bir etkide bulunacak.[29]

Arap dünyasındaki sosyal güvence sistemleri parçalanmış ve yetersiz durumda. Birçok ülkede bu tarz güvence programları yok. Var olan ülkelerde ise çoğunlukla bu sistemlere erişim yok ve sistemler işlevsiz

Mevcut durum aynı zamanda hile ve yolsuzluk için zemin yaratıyor. Özellikle de devlet kurumları içerisinde ve ihaleler ile teşvik paketlerinden fayda sağlama yoluyla.[30] Hile ve yolsuzluk, yetkililerle bağlantılı belli satıcılar ve tedarikçilerin tercih edilmesi şeklinde olabilir. Kamu sağlığı acil durumunda sağlık sektörü, özellikle de kamusal sağlık sektörü operasyonlarını muhafaza etmesi gereken, görece büyük ve yolsuzluğa açık ihaleler gerçekleştirmesi gereken temel bir sektördür. Bu ihalelerin yanlış yönetilmesi, kaynakların büyük ölçekli bir şekilde israfına sebep oluyor. Bu bağlamda, kamu sağlığı aktörleri ve organizasyonları temel kaynaklardan mahrum kalabilir, hatta bunların israfında suç ortağı konumunda bulunabilirler. Yolsuzluk riski aynı zamanda hükümetlerin gayretlerine de tırpan vuruyor ve kamusal güveni düşürerek hükümetlerin aldıkları önlemlere uyulma oranını düşürüyor. Daha genel olarak bu durum, yolsuzluk eşitsizlik ve işsizlik gibi genel sağlık üzerinde kötü etkileri olan birçok sosyo ekonomik olumsuzluğun kökeninde yatan sebep olarak düşünülmekte.[31]

Arap dünyasındaki sosyal güvence sistemleri parçalanmış ve yetersiz durumda. Birçok ülkede bu tarz güvence programları yok. Var olan ülkelerde ise çoğunlukla bu sistemlere erişim yok ve sistemler işlevsiz.[32] Mevcut sosyal mesafe önlemlerinin sadece toplumsal eşitsizlikleri arttıracağı ileri sürüldü.[33] Bu önlemler, Arap halklarında nüfusun çoğunluğunu oluşturan dezavantajlı halk kesimlerini orantısız bir biçimde vuracak.[34] Bu halk kesimleri arasında mülteciler, ülke içerisinde yerlerinden edilmiş insanlar ve zengin Körfez ülkelerinde kötü koşullarda çalışan göçmen işçiler de yer alıyor. Bu kesimler yaşam ve iş koşulları sebebiyle COVID-19 salgını konusunda daha büyük risk taşıyor. Örneğin, Ürdün'deki ve Lübnan'daki milyonlarca mülteci hâlihazırda COVID-19 ile mücadele tedbirlerinin olumsuz sosyo ekonomik sonuçlarından etkilenmiş durumda.[35] Genel olarak, vatandaşlar önceleniyor. Yardım programları sosyal mesafe önlemleri sebebiyle ya askıya alınmış ya da azaltılmış durumda. Yetersiz güvenceler ve temel hizmetler daha da daralıyor. Finansman kaynakları ve bağışlar yeni ortaya çıkan öncelikler ile birlikte yeniden dağıtılıyor ve bu süreçte mültecilerin ve dezavantajlı kesimlerin mevcut ve devam eden ihtiyaçları göz ardı ediliyor. Sonuç olarak, sağlık alanındaki uçurumların ve dezavantajlı halk kesimleri nezdindeki olumsuz sağlık neticelerinin orantısız bir şekilde artması çok muhtemel.

Sağlık bir insan hakkıdır ve insan hakları kamu sağlığı acil durumu kapsamında verilecek karşılıkların merkezinde yer almalıdır. Kamu sağlığı aktörleri faaliyetleri sırasında etik ilkelere bağlı kalmalı ve insan hakkı ihlallerinden kaçınmalıdır. Mevcut acil durum, bireylerin otonomi, bağımsızlık ve ifade özgürlüğü haklarına karşı acımasız ihlalleri meşrulaştırdı. Örneğin, Mısır'da COVID-19 projeksiyonlarından alıntı yaptıkları gerekçesiyle gazetecilerin akreditasyonları iptal edildi.[36] Ürdün'de yönetim bazı aktivistleri tutukladı ve salgın konusunda "paniğe yol açan" vatandaşlar hakkında para cezaları kesti.[37] Bu ataerkil yaklaşım, kamunun daha büyük faydası için gerekli görülerek meşrulaştırılabilir. Ancak kamunun daha büyük faydası bireylerin onuru ve saygınlığının sürekli olarak göz ardı edilmesiyle sağlanmaya çalışılırsa ciddi endişeler doğar. Mevcut krizden siyasi hedefler için faydalanılıyor. Mesela Irak ve Lübnan'da mezhepçi gerilimler ve siyasi husumetler COVID-19 salgınıyla birlikte tekrar tırmandırıldı.[38]

Kamusal Sağlık Sistemleri: Geleceğe Dair Beklentiler

Arap devletleri neoliberal politikalar benimsediler ve bunun sonucunda sağlık sektörü ticarileşti ve özelleşti. Hükümetlerin sağlık harcamaları ve sağlık yönetimine olan katkıları yıllar içerisinde azaldı. Doğal olarak, kamu sağlığı kolektif sağlığa olan bir yatırım ve kâr getiren bir alan değil. Bu sebeple, sağlık sektöründe özel aktörlerin baskın hâle gelmesi karşısında kamu sağlığına yapılan yatırımların artması teşvik edilmedi, zira böyle bir yatırım özel sektörün kârını tehdit edecekti.

Mevcut salgının geleneksel sağlık kavamının ötesine geçen karmaşıklıkta bir sağlık acil durumu teşkil etmesi söz konusu. Hastalığa dair günlük gelişmeler kompleks bir mahiyette. Salgına karşı hazırlanırken, salgınla mücadele ederken ve salgın sonrası iyileşmeyi sağlarken sağlığın toplumsal etmenlerine dair derinlikli bir anlayışa sahip olmak oldukça önemli.[39] Yoksulluk ve eşitsizlik bulaşıcı hastalıkların yayılmasını sağlayan koşulları oluşturuyor ve sağlık alanındaki uçurumlar farklı toplumsal kesimler arasında eşitsiz bir şekilde dağılan hastalanma ve ölüm oranlarına dair farkılılığı daha da arttırabiliyor.[40] Salgınları kontrol altına almak için tüm potansiyel risk etmenlerini tanıma, alternatif politikaların etkilerini

> ***Salgınları kontrol altına almak için tüm potansiyel risk etmenlerini tanıma, alternatif politikaların etkilerini değerlendiren, sosyal bilim disiplinlerini yerel bağlamları anlamak için bağdaştırabişen ve gerekli kaynaklara dair eksiklikleri tahmin edebilen kapasitede kamusal sağlık sistemlerine gerek var***

değerlendiren, sosyal bilim disiplinlerini yerel bağlamları anlamak için bağdaştırabişen ve gerekli kaynaklara dair eksiklikleri tahmin edebilen kapasitede kamusal sağlık sistemlerine gerek var.[41]

COVID-19 salgını Arap dünyasında kamu sağlığının zayıflıklarını gözler önüne serdi: Yetersiz finansman kaynakları; düzensiz ve iyi dağıtılmamış iş gücü, kırılgan ve yetersiz altyapılar. Hükümetlerin önleyici bakıma ve kamu sağlığına yaptığı yatırımları arttırması gerekiyor. Bu illa da toplamda ek finansal kaynaklar ayırmak anlamına gelmiyor, mevcut kaynaklar arasında kamu sağlığına ayrılan oran yükseltilebilir. Bir seçenek olarak, sağlık ve toplumsal bakım hizmetlerinin bütünleştirilmesi ek kaynaklar ortaya çıkarabilir ve mevcut hizmetlerin verimliliğini arttırabilir.

Kamu sağlığı uzmanlarının sayısı az ve bu uzmanların da her zaman gerekli yeterliliklere sahip oldukları söylenemez. Kamu sağlığı alanında arka plâna sahip olmayan veya yoğun eğitim almamış sağlık uzmanları yönetim kademelerindeki çoğunluğu teşkil ediyor. Ayrıca, uygulamacıların kamu sağlığını birincil mesele olarak gördüğüne pek rastlanmıyor. Kamu sağlığı daha ziyade sağlıkla alakalı diğer alanların mensuplarınca ikincil bir husus olarak görülüyor. Bu sebeple, tıp eğitimi müfredatı alanlar ile akademik kurumlarca verilen kamu sağlığı eğitimlerini alanlar arasında bir ayrışma var. Tıp eğitimi çoğunlukla doktorlarla sınırlı iken diğeri tüm uzmanlara açık. Her iki alanı da senkronize etmeye ve eğitimlerin özel yerel ve bölgesel ihtiyalara cevap vermesini sağlamaya ihtiyaç var. Örneğin, uzun süredir çatışmaların yaşandığı bölgelerde kamu sağlığı eğitimi açısından bu zorluk da hesaba katmalı. Ayrıca, kamu sağlığının multidisipliner bir alan olduğu ve tıp doktorlarının yahut diğer sağlık uzmanlarının katkılarının siyasal ve sosyal bilimler uzmanlarının yaptıkları katkılardan daha önemli olmadığı unutulmamalı. Kamu sağlığı kapasitesi inşa etmek, profesyonel bir kimliğin inşa edilmesini gerekli kılıyor. Bu kimliği inşa etmek ise profesyonel kurumların ve toplulukların sorumluluğu. Ancak bu tip kurumlar -var oldukları ülkelerde- görevlerini yerine getirmiyor ve aktif hâle getirilmeye ihtiyaçları var. Bu kurumların rolleri arasında profesyonel öncelikleri savunmak, stratejik rehberlik sağlamak; yerel mercilerle, akademik kurumlarla, kamu sağlığı aktörleriyle iş birliği yapmak ve eğitim ihtiyaçlarını, yeterlilikleri ve standartları tanımlamaktır.

Kamusal sağlık hizmetleri iş birliğinin ve katılımcılığın olduğu ortamlarda gelişir ve sistemleri yeniden inşa etme yükü bu sebeple tüm paydaşlar arasında paylaştırılmalı, kapsayıcı bir sorumluluk anlayışı geliştirilmelidir. Özellikle sivil toplumun kamu sağlığının gelişiminde çok önemli bir rolü mevcut. Sivil toplum örgütleri farklı halk kesimlerini temsil ediyor ve en kırılgan kesimlere erişecek konumda bulunuyor. Böylece güncel ihtiyaçları ve toplumsal karmaşıklıkları yansıtıyor. Dahası, erişim ve destek faaliyetleri

COVID-19 salgını, asla doğrudan bir cevabı olmayacak bir muamma ortaya çıkardı. Her Arap devleti de bu salgın sırasında kendi yolunu takip etti. Bazı ülkeler katı kontrol tedbirleri alıp bunların uzun vadedeki etkileriyle karşı karşıya kalmayı tercih ederken, diğerleri bu tedbirleri esnek tutup gitgide yayılan salgınla kendi yollarıyla mücadele etmeyi tercih etti

sayesinde dış finansman kaynakları bulma ve özel sektör ile hedef bazlı ortaklık zemini hazırlama kapasitesine sahip. Ancak uzun vadeli yeniden inşa hedefi bakımından stratejik olarak plânlanmış ve bütünlüklü bir mücadele daha etkili olacakken, sivil toplum örgütlerinin ortaya koydukları çaba son derece önemli ancak bütünlükten uzak ve tepkiseldi. Şu an bir liderlik boşluğu ve stratejik öncelikle gözden geçirip yeniden inşa çabalarını yönlendirecek profesyonel bir otoriteye ihtiyaç var. Böyle bir otoriteyi ortaya çıkarmak da akademik kurumların, profesyonel toplulukların ve yerel otoritelerin ortak sorumluluğu.

Kamu sağlığının altyapıları gözetim, bilgi paylaşımı, test ve izleme ile ulaşılabilir önleyici bakım kapasitelerine sahip olması gerekiyor. Arap ülkelerinin bu altyapılara ve kapasite geliştirmeye yatırım yapmaya ihtiyaçları var. Bu hizmetler, özellikle de insan hakları ihlalleri noktasında yüksek risk taşıyanlar her zaman izlenmeli ve halka hesap verebilir olmalı. Toplumsal adalet ve insan hakları ilkeleri, kamusal sağlık hizmetlerinin ve sistemlerinin bir parçası olmalı. Beslenme, özel hayatın gizliliği, otonomi, fiziksel bütünlük, eğitim ve korunma haklarının hepsi genel sağlığın bir parçasıdır ve sağlık durum üzerinde etkiye sahiptir. Adaletsizlikler genel sağlığı olumsuz etkiler. Bu yüzden; eşitliği, insan onurunu ve ayrımcılıktan yahut başka türlü insan hakları ihlallerinin ortadan kalkmasını desteklemek kamu sağlığı uzmanlarının bir görevidir. Devletler, kendi halklarının genel sağlığı dışında hedefler takip eden kamusal sağlık sistemlerinden ve hizmetlerinden faydalanmamalıdır.

COVID-19 salgını, asla doğrudan bir cevabı olmayacak bir muamma ortaya çıkardı. Her Arap devleti de bu salgın sırasında kendi yolunu takip etti. Bazı ülkeler katı kontrol tedbirleri alıp bunların uzun vadedeki etkileriyle karşı karşıya kalmayı tercih ederken, diğerleri bu tedbirleri esnek tutup gitgide yayılan salgınla kendi yollarıyla mücadele etmeyi tercih etti. Bu salgın bir kamu sağlığı acil durumu olmasına rağmen, Arap ülkelerindeki kamusal sağlık sistemleri bu durumun üstesinden gelemedi. Belki de bu durum, kamu sağlığına yatırım yapmanın gerekliliğini ve önemini idrak etmek, ayrıca zayıf ve miadı dolmuş bir sistemi yeniden inşa etmek için bir fırsat sunuyor. Ayrıca dayanışma içinde olmak, sağlık meselesinin sınırların içine hapsedilemeyeceğini ve birbirine komşu ülkelerin yaptıkları tercihlerin bir diğerini etkilediğini anlamak için de bir fırsat sunuyor.

Referanslar

1- Johns Hopkins University, "Coronavirus Resource Center," Erişim tarihi: 1 Temmuz 2020. https://coronavirus.jhu.edu/.
2- Samer Jabbour, "Public Health in the Arab World: At a Crossroads," *Journal of Public Health Policy* 34, no. 2 (2013/05/01 2013), http://dx.doi.org/10.1057/jphp.2013.2.
3- CSDH, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. (Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 2008).
4- World Bank, "World Bank Open Data," ," Erişim tarihi: 16 Mayıs 2020. https://data.worldbank.org/.
5- World Bank, "Middle East and North Africa," Erişim tarihi: 16 Mayıs 2020. http://worldbank.org/en/region/mena/.
6- World Bank, "Health, Nutrition, and Population Statistics," World Bank, Erişim tarihi: 18 Mayıs 2020. https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics#.
7- Eyob Zere Asbu, Maysoun Dimachkie Masri, and Amer Kaissi, "Health Status and Health Systems Financing in the Mena Region: Roadmap to Universal Health Coverage," *Global health research and policy* 2 (2017), http://dx.doi.org/10.1186/s41256-017-0044-9.
8- SHOPS Plus, *Health Trends in the Middle East and North Africa: A Regional Overview of Health Financing and the Private Health Sector.* (Rockville, MD: Abt Associates Inc., 2018).
9- Rabah Arezki et al., *Middle East and North Africa Economic Update, April 2020: How Transparency Can Help the Middle East and North Africa*. (Washington, DC World Bank, 2020), https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33475.
10- Haizam Amirah-Fernández, *Coronavirus in Arab Countries: Passing Storm, Opportunity for Change or Regional Catastrophe?* (Madrid: Elcano Royal Institute, 2020).
11- Fadi El-Jardali, *After the Pandemic: Reimagining the Role of State and Non-State Actors in (Re)Building National Health Systems in the Arab World* (Arab Reform Initiative, 2020).
12- Mohammad Abu-Zaineh and Sameera Awawda, "Assessing Health Systems' Capacity to Cope with the Covid-19 Pandemic: Preliminary Evidence from Mena Countries," *AMSE Newsletter* 11 (2020).
13- OECD, *Tackling the Coronavirus (Covid-19) Contributing to a Global Effort: Covid-19 Crisis Response in Mena Countries* (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü, 2020).
14- World Health Organization, *An Action Plan to Engage the Private Sector in the Response to Covid-19. Consultation Draft of Interim Guidance 30 March 2020* (2020), Erişim tarihi: 19 Mayıs 2020, https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/Covid19/AN_ACTION_PLAN_TO_ENGAGE_THE_PRIVATE_SECTOR_IN_THE_RESPONSE_TO_COVID-19.pdf.
15- El-Jardali.
16- Fadi El-Jardali ve diğerleri, *Informing Lebanon's Response to the Covid-19 Pandemic* (Beyrut: Knowledge to Policy (K2P) Center, 2020).
17- Bahaa Al Deen Al Nawas, "Five Hospitals Designated for Quarantine, Covid-19 Testing," *The Jordan Times*, 8 Mart 2020.
18- Alexander Reiffenstuel, "Tunisia's Civil Society Supports Governmental Efforts of Slowing Covid-19 Transmission in Tunisia," (04/06 2020); Adel Abdellatif and Ellen Hsu, *Human Vulnerability in Arab Countries at the Time of a Pandemic* (Medium, 2020).
19- International Rescue Committee, *Un Security Council Fails to Support Global Ceasefire, Shows No Response to Covid-19* (New York, NY: Inernational Rescue Committee, 2020).
20- Mazen Gharibah ve Zaki Mehchy, *Covid-19 Pandemic: Syria's Response and Healthcare Capacity* (London School of Economics and Political Science 2020).
21- Ali Darwish, Zeynep Masri, and Saleh Malass, "Health Sector in Northern Syria: Rivalry over Administration Hinders Coordination Amid Limited Funding," *Enab Baladi*, 2020.

22- Afrah Nasser, *Covid-19 in Yemen – a Perfect Storm* (Human Rights Watch, 2020).
23- Fekri Dureab, Sameh Al-Awlaqi ve Albrecht Jahn, "Covid-19 in Yemen: Preparedness Measures in a Fragile State," *The Lancet Public Health* (2020), http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30101-8.
24- Zachary Barnett-Howell ve Ahmed Mushfiq Mobarak, *Should Low-Income Countries Impose the Same Social Distancing Guidelines as Europe and North America to Halt the Spread of Covid-19?* (Yale University, 2020).
25- CSDH.
26- Amirah-Fernández; OECD.
27- Arezki ve diğerleri.
28- Murad A. Bein ve diğerleri, "Healthcare Spending and Health Outcomes: Evidence from Selected East African Countries," *African health sciences* 17, no. 1 (2017), http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v17i1.30; Mohammad Mafizur Rahman, Rasheda Khanam ve Maisha Rahman, "Health Care Expenditure and Health Outcome Nexus: New Evidence from the Saarc-Asean Region," *Globalization and Health* 14, no. 1 (2018/11/22 2018), http://dx.doi.org/10.1186/s12992-018-0430-1.
29- CSDH.
30- OECD.
31- Abdellatif ve Hsu.
32- Uluslararası Çalışma Örgütü, *Covid-19: Labour Market Impact and Policy Response in the Arab States* (Beirut: International Labour Organization,, 2020), Erişim tarihi: 20 Mayıs 2020, https://www.ilo.org/beirut/information-resources/factsheets/WCMS_744832/lang--en/index.htm.
33- Max Fisher ve Emma Bubola, "As Coronavirus Deepens Inequality, Inequality Worsens Its Spread," *The New York Times* 2020, Erişim tarihi: 16 Mayıs 2020, https://www.nytimes.com/2020/03/15/world/europe/coronavirus-inequality.html.
34- Nadim Houry, *The Politics of Coronavirus: Inequality, Repression, and Conflict* (Arab Reform Initiative, 2020). Hans Henri P. Kluge ve diğerleri, "Refugee and Migrant Health in the Covid-19 Response," *The Lancet* 395, no. 10232 (2020), http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30791-1; Shaun A. Truelove ve diğerleri, "Covid-19: Projecting the Impact in Rohingya Refugee Camps and Beyond," *medRxiv* (2020), http://dx.doi.org/10.1101/2020.03.27.20045500.
35- Martin Chulov, "Fears Realised as First Covid-19 Case Found in Lebanon Refugee Camp," *The Guardian*2020; Reva Dhingra, *Refugees at Risk in Jordan's Response to Covid-19* (Middle East Report Online, 2020); Alice Fordham, *Covid-19 Reached Lebanon's Overcrowded Palestinian Refugee Camps* (NPR, 2020).
36- Arab Center Washington DC, *The Coronavirus Pandemic and the Arab World: Impact, Politics, and Mitigation* (Washington DC: Arab Center Washington DC, 2020), Erişim tarihi: 16 Mayıs 2020, http://arabcenterdc.org/policy_analyses/the-coronavirus-pandemic-and-the-arab-world-impact-politics-and-mitigation/.
37- Human Rights Watch, *Jordan: Free Speech Threats under Covid-19 Response* (Amman: Human Rights Watch,, 2020).
38- Arab Center Washington DC.
39- Tracey O'Sullivan ve Maxime Bourgoin, *Vulnerability in an Influenza Pandemic: Looking Beyond Medical Risk* (2010).
40- P. Farmer, "Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases," *Emerg Infect Dis* 2, no. 4 (Kasım-Aralık 1996), http://dx.doi.org/10.3201/eid0204.960402.
41- Sandra Crouse Quinn and Supriya Kumar, "Health Inequalities and Infectious Disease Epidemics: A Challenge for Global Health Security," *Biosecurity and bioterrorism : biodefense strategy, practice, and science* 12, no. 5 (Kasım-Aralık 2014), http://dx.doi.org/10.1089/bsp.2014.0032.

YAZARLAR HAKKINDA

Omar Asfour: Kamu sağlığı araştırmacısı ve uygulamacısı, Suriye'ye ilişkin Lancet Komisyonu-Beyrut Amerikan Üniversitesi (AUB) bünyesinde araştırmalarını sürdürüyor.

Samer Jabbour: Beyrut Amerikan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin Kamu Sağlığı Uygulaması Bölümü'nde profesör. Suriye'ye ilişkin Lancet Komisyonu'nun eşbaşkanı ve organizatörü.

AL SHARQ STRATEJİK DÜŞÜNCE KURULUŞU HAKKINDA

Al Sharq Stratejik Düşünce Kuruluşu, demokratik katılım, bilinçli vatandaşlık, çok taraflı diyalog ve sosyal adalet ideallerini teşvik etmek amacıyla, tarafsız ve titiz bir yaklaşımla araştırma yapmayı üstlenen bir düşünce kuruluşudur.

Adres: İstanbul Vizyon Park A1 Plaza Kat:6
No.:68 34197 Bahçelievler / İstanbul / Türkiye
Telefon: +90 212 603 18 15
Faks: +90-212-603 1665
E-posta: info@sharqforum.org

research.sharqforum.org

SharqStrategic

AL SHARQ
STRATEGIC
RESEARCH
للأبحاث الاستراتيجية