

Refah devleti, sosyal politika ve sağlık

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Hâlen Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Devletlerin tarihine bakıldığında, üstlenilen roller açısından üç tür devlet bulunduğu görülür. Liberal devlet türü, sivil hayata ve iktisadi faaliyetlere en az müdahale etme eğilimindedir. Devletin regülasyon rolünü eksiksiz yaparak diğer kısımları mümkün olduğunca serbest bırakması şeklinde yapılanmaya ise neo-liberal devlet denmektedir. Üçüncü tür olan sosyal refah devleti de müdahalenin en üst seviyede olduğu devlettir. Sosyal devlet anlayışı, liberal düzenin ortaya çıkardığı acımasız rekabet ve belirli sosyal grupların insan hakları çerçevesinde sayılan haklarını bile elde edemedikleri duruma düşebildiği ortamlara karşı geliştirilen bir yapıdır. Sosyal refah devleti toplum içindeki bireylere asgari bir gelir güvencesi veren, onları tehlikelere karşı koruyan, her düzeydeki vatandaşa barınma ve eğitim gibi sosyal alanda bir standart getiren devlet anlayışıdır. Müdahaleci, düzenleyici, girişimci devlet anlayışı bazı özelliklerindedir (1).

Refah devleti, ekonomiye müdahale ederek sosyal adalet, gelirin adil dağılımı ve ekonomik etkinlikler ile halkın refahını yükseltmek amacını taşımaktadır. Bu müdahalelerde özellikle sağlık hizmetleri, eğitim, sosyal sigorta ve kaynakların adil dağılımı en önemli araçlardır. Kaynakların adil dağılımı, ilk üç müdahale unsurunun aktif çalışması ile doğru orantılı olarak kendini gösterebi-

li. Eğitim, sosyal sigorta ve sağlık hizmetlerinde izlenen politikaların, birbirlerinden bağımsız ama uyumlu olması gerekir. Sağlık açısından bakıldığında özellikle önleyici hizmetlerin eksikliği, gelecekte tedavisinin çok maliyetli veya ölüme yol açma ihtimali olan hastalıkların artışı sağlayarak toplumlar üzerinde yük oluşturması kaçınılmaz bir son gibidir (2).

Refah devleti, 18. yüzyılın sonlarına doğru Sanayi Devrimi'nin bir ürünü olarak ortaya çıkmıştır. 19. yüzyılda Almanya'da başlayan refah devleti uygulamaları daha sonra Batı Avrupa ülkelerine, Kuzey Amerika'ya ve Avustralya'ya yayılmıştır. Refah devleti; kişilere ve ailelere asgari bir gelir güvencesi sağlayan, onları toplumsal risklere karşı koruyan, onlara sosyal güvenlik olanakları sağlayan, toplumsal statüleri ne olursa olsun tüm vatandaşlara eğitim, sağlık, konut gibi sosyal hizmetler alanında belirli standartlar sağlayan devlettir. Bu alanlar sosyal politikanın önemli uygulama alanlarıdır.

Refah devleti bireyin yaşamının tüm yönleri ile ilgilenen, bireylere ekonomik ve sosyal imkânlarla ulaşmada eşit şans tanıyan, vatandaşlarına asgari bir yaşam standardını sağlayan ve temel veya normal seviyede refah imkânı sağlayan devlet olarak tanımlanabilir. Modern anlamda refah devletinin temelleri, 19. yüzyılın ortalarında İngiltere'de temel eğitimi sağlamak amacıyla düzenlenen yasal düzenle-

meye kadar götürülmekte, tam başlangıç noktası olarak da ilk defa 1883'te Bismarck tarafından getirilen sosyal sigorta uygulaması kabul edilmektedir. Bunlardan önce de, yoksullara yönelik birtakım yasalar söz konusu olsa da bunların etkileri zayıf olmuştur.

Refah devleti terimi ilk olarak İngiltere'de 1941'de kullanılmış, sonradan devletin sağladığı sosyal imkânlar çerçevesinde kullanılabilir hale gelmiştir. İngiltere'de İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki dönemde refah devleti uygulamalarına temel çerçeve teşkil eden ünlü Beveridge Raporu (1942) ile terimin kullanımı yaygınlaşmıştır. Refah devleti piyasa güçlerini üç boyutta yönlendirir. Asa Briggs'in refah devleti ilk olarak, bireylerin ve ailelerin yaptıkları işlerin veya varlıklarının piyasa değerinden bağımsız olarak minimum düzeyde bir geliri garanti eder. İkinci olarak, bireylerin ve ailelerin karşılaşılabilecekleri sosyal riskleri (hastalık, yaşlılık ve işsizlik gibi) azaltarak belli bir ölçüde güvence sağlar ve böylelikle bireysel veya ailevi krizlerin önüne geçer. Üçüncü ve son olarak da bütün bireylere, statü veya sınıf ayrımı gözetmeksizin genel kabul görmüş sosyal hizmetler çerçevesinde en iyi standartları sağlar. Birtakım mevzuat ve uygulama ile bireyler korunmakta ve bu koruma mekanizmalarına sosyal politikalar denmektedir (3).

Sosyal Politika

Sosyal politika; sosyal güvenlik, sosyal



adalet ve sosyal refah sacayağı üzerinde kurulmuştur. Sosyal politika bir ülkede her vatandaşın medeni, sosyal ve siyasi hakları olması gerektiği fikrinden yola çıkar ve bireylerin ekonomik ve sosyal durumlarını düzeltmeyi hedefler. Sosyal haklar anlayışı, refah devletinin gelişimine büyük katkı sağlamıştır. Sosyal politika anlayışı bireysel veya kolektif düzeyde düşkünlük durumunu iyileştirmek veya sosyal sorunları çözmek ve toplumdaki en savunmasız grupların refah düzeyini artırmak amaçlı her türlü hizmeti ve önlemi kapsar. Sosyal politika; sosyal güvenlik, sosyal yardım ve sosyal hizmet üçlüsünü kapsayan bir üst kavramdır. Günümüzde sosyal politika anlayışında da büyük değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimleri; küreselleşme, devlet yönetimlerindeki değişimler ve toplumsal yapı ve beklentilerdeki değişimlerin vektörel bir çıktısı olarak görebiliriz.

Temel olarak sosyal politikanın özellikle gözetmek durumunda olduğu üç kesim vardır:

1. Bağımlı statüler altında çalışanlar: Bağımlı statüde çalışma kavramına yalnızca işçiler değil sözleşmeli çalışanlar, kamu görevlileri, memurlar ve başka statüler altında bağımlı olarak çalışanlar dahildir.

2. Ekonomik yönden güçsüz kesimler: Toplumda yeterli, düzenli ve sürekli bir gelir güvencesinden yoksun kesimler-

dir. İşsizler, sermayeleri olmayan ya da sınırlı olan küçük esnaf, bir sanat ve becerisi olmasına rağmen yeterli kaynağa sahip olmayan zanaatkarlar, topraksız köylüler ve küçük çiftçiler ekonomik yönden güçsüz kesimler arasında yer alır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan sosyal devlet ve refah devleti anlayışının yerleşmesi ile yaygınlaşmıştır.

3. Özel olarak korunması gereken kesimler: Bu kesimler; çocuklar, yaşlılar, tüketiciler, engelliler, eski hükümlüler, gençler, kadınlar, göçmenler olarak sınıflandırılabilir. Toplumdan dışlanma, toplumla bağ kuramama gibi durumlar sebebiyle sosyal politikanın kapsamında yer alır.

Sosyal politikanın kapsamı bütün toplumdur. Ancak yeterli, düzenli ve sürekli bir gelir güvencesine sahip kesimler; ekonomik yönden avantajlı, sosyal anlamda korunma gereksinimlerini kendi imkanları ile karşılayabilen zengin kesimler ile bağımlı çalışan statüsünde olmayan kişiler sosyal politikadan yararlanma noktasında talepte bulunmadıkça kapsamda yer almazlar. Sosyal politikanın iki önemli özelliğine dikkat çekerek bu bölümü tamamlıyoruz:

1. Kamusal niteliği: Sağlık, eğitim, savunma, bayındırlık ve işgücü piyasası politikalarının oluşturulması, ilke olarak devletin görev tanımı içerisindedir. Kamu yararı gözetilerek devletçe ya-

Refah devleti, 18. yüzyılın sonlarına doğru Sanayi Devrimi'nin bir ürünü olarak ortaya çıkmıştır. Refah devleti; kişilere ve ailelere asgari bir gelir güvencesi sağlayan, onları toplumsal risklere karşı koruyan, onlara sosyal güvenlik olanakları sağlayan, toplumsal statüleri ne olursa olsun tüm vatandaşlara eğitim, sağlık, konut gibi sosyal hizmetler alanında belirli standartlar sağlayan devlettir.

pılan müdahaleler sosyal politikanın çalışma alanını oluşturmaktadır. Sosyal politika bu özelliği nedeniyle kamuya ait politikalar ve yürütücüsü devlettir.

2. Evrensel niteliği: Uluslararası politikalar, ikili anlaşmalar, bildirgeler, kararlar, sözleşmelere dayanır. Sosyal politikanın evrensel niteliği; Uluslararası sosyal politika düzenlemelerinin genişlemesi ve dünyanın küreselleşmesi ile etkisini artırmaktadır.

Sosyal Politika ve Sağlık

Devletin adalet ve güvenlik ile ilgili sorumluluklarını hiçbir zaman devretme lüksü yoktur. Liberallere göre bunlar bile tartışılabilir. Sosyal devlet anlayışını benimseyen ülkeler ise eğitim, sağlık, barınma, emeklilik, işsizlik konularının da aynı şekilde devletin sorumluluğunda kaldığını ileri sürer. Neo-liberallere göre de eğitim ve sağlığın belli kısımları devletin sorumluluğu içinde kalır. Örneğin sağlıkla ilgili temel sağlık hizmetlerinin tamamı devletin sorumluluğunda kalırken tedavi edici hizmetlerin bir kısmı serbest pazar koşullarına bırakılabilir. Böylelikle sağlık hizmetleri de yarı-kamu niteliğinde (quasi-public) sayılmaktadır. Neo-liberal politikaların Türkiye'ye etkisi gözle görülür şekilde olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı da bu politikalar ekseninde dünya ile uyumlu olarak uygulanmıştır. Devletin mümkün olduğunca hizmet sunumundan çekilip denetleyici ve düzenleyici konuma geçmeyi vadetmesi, hastanelerin özkerleştirilmesi ve sağlık alanının rekabete açılmaya çalışılması örnek gösterilebilir (4).

Sağlık ile sosyoekonomik yapı arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık, beşeri sermayeyi oluşturan faktörlerden birisidir ve bir alt grup olarak ekonomik büyümenin belirleyicisidir. Beşeri sermaye kuramına göre kişi, sahip olduğu vasıf düzeyini geliştirdiğinde doğal olarak ekonomik faaliyetlerdeki üretkenliğini de artırmaktadır. Tüm bunun gerçekleşmesi, sosyoekonomik yaşamda bireylerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olmalarıyla mümkündür (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün herkesçe bilinen tanımında vurgulandığı gibi sağlık, sadece bireylerin fiziksel ve ruhsal olduğu kadar sosyal olarak da tam iyilik halindedir. 21. yüzyıla gelindiğinde en gelişmiş ülkelerde bile devletin sosyal politikaları olmasa insanlığın kabul edemeyeceği kadar acıklı duru-



Şekil 1: Sosyal Hizmet İle Sağlık Yönetimi Alanlarının Yakın İlişkisi

ma düşecek milyonlarca kişilik kitleler bulunmaktadır. Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınmışlık İndeksi adıyla ortaya konulan ve ülkelerin ne ölçüde gelişmiş olduğunu anlamaya yarayan puan çizelgesinde hesaplamalar yapılırken, gelir düzeyleri yanında kadın statüsü, sosyal adaletin korunması, eğitim ve sağlık göstergeleri hesaba katılmaktadır. Yalnızca bu bile sağlığın sosyal politika ile ne kadar içi çe geçmiş olduğunu anlamaya yeter. Şekil 1 ile bu yakın ilişki gösterilmiştir.

Sağlık alanında sosyal gruplar arasında görülen hakkaniyetsizliklerin giderilmesi on yıllar alır ve çok kararlı, derin, kapsamlı müdahaleler gerektirir. Bu

müdahalelere karar verecek politikacılar genellikle bu isabetli uygulamaların sonuçlarını göremeden seçim kaybeder veya ölürler. Ancak ülkesini seven ve akılcı davranan herkes iyi bilmelidir ki yarınlar için kalıcı çözümler bırakmak için siyasi fedakârlık da yapmak gerekir. Kitleleri anında teskin edecek geçici uygulamalar yanında kalıcı ve kökten çözüm anlamında müdahale yapmaktan da geri kalmamalıdır. Buna insanlık tarihinin en iyi örneklerinden birisi olan İngiltere'de kalkınma hamlesini anlatan kısa bir tarihçe çizelgesini örnek göstererek yazımızı sonlandırmak istiyoruz. Bugün sağlık finansmanı konusunda belli başlı üç türden birisi olan Beveridge (NHS) modelinin hikayesidir bu.

Çizelge 1: İngiltere'de İkinci Dünya Savaşı ve Sonrasında Sosyal Politikalarda Başarının Tarihçesi

AŞAMALAR	OLGULAR
Kaçış	- Şehirlerden kaçış 1939'da başladı - 1.5 milyon çocuk göç yaşadı - Çocuklar genellikle şehirlerin yoksul mahallerinde - Liverpool'dan kaçan çocukların %20'sinde bit vardı - Çocuklar temizlik kurallarını hemen hemen hiç bilmiyordu - Neville Chamberlain dedi ki "komşularımın bu derece ihmal edilmiş olmasından utanç duydum"
Zarar Görmeye Eşitlik	- Bombalardan hem zenginler hem de yoksullar aynı derecede zarar gördü - 61,000 sivil bombalarla hayatını kaybetti - 4 milyon ev yıkıldı - Sosyal sınıf farkı olmaksızın herkes çaresiz kaldı - Erkek ve kadınlar beraberce savaştılar
Sosyal Güvenlik	- Savaşı kazanmak için sağlıklı bir işgücü gerekiyordu - Kamu hizmetleri toplumun her kesimine ardına kadar açıldı - Churchill'in koalisyonu 1940'ta göreve başladı
Sosyal Politikalar	- Milli Süt Şeması: Herkese yarı fiyatına süt dağıttı, çok yoksullara tamamen ücretsiz hale getirildi - Okulda yemek ve sütlerin ücretsiz dağıtımı: - Bağışıklama: 1941'den itibaren bütün okul çocukları ücretsiz aşılandı ve çocuk ölümlerinde büyük bir düşüş yaşandı - Devlet bakım hizmetleri: bu şekilde kadınlarda savaş görevlerinde yer alabiliyordu - Yaşlı ve Dulların Bakımı: 1940'tan itibaren yürürlüğe girdi - İhtiyaçların Belirlenmesi Yönetmeliği: 1941 yılında yürürlüğe girdi. Çok yoksul olanlar artık ailelerinin bakımını üstlenemeyince, bunları devlet devraldı
The Beveridge Report 1942	- Resmi adı: <i>The Report on Social Insurance and Allied Services</i> - 635,000 nüsha basıldı ve dağıtıldı - Sosyal reformlar ve sosyal çalışmaları içine almaktaydı - Sorunlara bir son nokta koymayı amaçladı Beveridge ve sosyal güvenlik - Hükümet ihtiyaç sahibi kim varsa; cinsiyet, yaş ve sosyal sınıf farkı gözetmeksizin yardım edecekti - Bu harcamaları karşılamak üzere bütün yetişkinler bir miktar vergi ödeyecekti - Bütün devlete ödeme yükümlülükleri sadece bir ödeme altında birleştirilmiş oluyordu
Beş Büyük Sorun	- Beveridge beş büyük devle mücadeleden bahseder: : - Yoksulluk - Hastalık - Tembellik ve Eliboşluk - İhmal - Kirillik ve Ortam Kirillliği
Churchill'in yaklaşımı	- Churchill savaşı kazanmaya azmetmişti - Hükümet raporu tartışma zamanı olmadığına hükmetti - Churchill radyoda konuşma yaptı ve sosyal güvenlik sistemini kuracağından bahsetti beşikten mezara kişileri koruyacağından sözetti ama Beveridge Raporundan bahsetmedi - Muhafazakarlar 1943 seçimini kaybetti
Üç adet "White Paper"	- Taslak raporlar (White papers) parlamentoya sunulan faturalardır - Eğitimin Yeniden Tesis Temmuz'43) - NHS-Sağlık Sistemi (Şubat'44) - Sosyal sigorta (Eylül'44) - Bu üç büyük reform ile savaş bitmeden yenilenme başlatılmış oluyordu
Aile İzni Yönetmeliği (1945)	- Churchill'in "bakım üstlenen" hükümeti aile iznini gündeme getirdi - Bu durum doğum hızında azalmanın önlenmesini hedeflemekteydi - İlk çocuktan sonraki çocuklara haftalık 5 pound ödemeyi kapsıyordu - 1940 standartlarında bile çok az bir paraydı... - Ev hanımının legal bir statü kazanmasının bir yolu oldu
İhmal ile Mücadele	- 1944 savaş zamanında koalisyon Eğitim Yasası'nı uygulamaya geçirdi, daha sonra da Emek Yasası gündeme geldi - Çalışma alt sınırı 14 yaştan 15 yaşa çıkarıldı - Bütün çocuklar hiçbir ücret ödemeden ortaokul bitirme seviyesine kadar okula gönderildi
İşsizlik ve Diğer Düşünlüklerle Mücadele	- 1946 Milli Sigorta Kanunu çıkarıldı - İşsizlik, annelik ve dulluk durumlarında maaş bağlandı Şimdilerde kapsamlı bir sigorta şeması vardır: - Hastalık - İşsizlik - Emeklilik - Annelik - Dul kalma - Çalışanlar haftalık sigorta primlerini yatırırlar ve buna devlet de belirli ödemelerle katkıda bulunur - Emeklilik yaşı erkeklerde 65, kadınlarda 60 olarak belirlendi - Endüstri Kazaları Yasası geçici veya kalıcı maluliyet durumlarında kişilere ödeme yapılmasını zorunlu kılyor - 1948'de çıkan Milli Yardım Yönetmeliği, artan hayat pahalılığına emeklilik geliriyle dayanamayan kişilere ek yardım yapmayı uygulamaya koydu
Kirillikle Mücadele	- Savaş sonrası evsizlere yeniden ev yapılması ekonomik yükü nedeniyle hep yavaş ilerleyen konu oldu - Belediyeye ait evlerin oturma hakkı listesinde uzun kuyruklar oluştu - 1948-1951 arasında yaklaşık her yıl 200.000 ev yapıldı - Bu sayı ülkedeki ihtiyaç sahiplerine yetecek düzeyde değildi
Hastalıkla Mücadele	- 1946'da NHS Yasası çıktı. 1948'de faaliyete geçti - Diş, göz vb. her şey dahil ve ilaçlar da ücretsiz bir sağlık hizmeti kullanım hakkı sağladı - Bunun maliyetleri büyük ölçüde vergilerle karşılandı - Hastaneler devletleştirildi ama özel muayene ve klinik çalıştırma hakkı verildi - Eski ve hantallaşmış çok sayıda hastanenin birçok sorunu vardı - En önemli sorun sistemin maliyet yüküydü - 1950'de hükümet gözlük ve diş tedavi hizmetlerinin parasını vatandaşın ödemesini ve ilaçlara ise katkı payı ödemesini karara bağladı
Tembellik ve İşsizlikle Mücadele	- Beveridge tam istihdamda ısrar etti (işsizlik oranı % 3'ün altına çekildi) ve yoksulluğun böyle önlenmesi planlandı - 1930'lardaki aşırı işsizlik oranlarına dönüş olmadı - 1946'da % 2.5 işsizlik oranı vardı - Hükümet ihracatı artırıp ithalatı artıran uygulamalar yaptı - 1949'da £ devalue edildi, bu şekilde ithalat ve ihracat canlandırıldı



Sonuç

Sağlık denince yalnızca hastane, doktor ve hemşireden başka bir şey akla getirmeyerek sağlıkta başarı kazanılamaz. Genellikle bir ülkede sağlığın düzeyini belirleyecek derecede etki eden faktörler de sağlıklar dışında sosyal çalışmacılar, eğitimciler, belediyeciler, maliyeciler tarafından yönetilir. Sağlıkların birebir etkisi altında olan ve sağlık hizmetleri ile sonuç alınabilecek kısım ancak yüzde ondur ve bunla genellikle acil hizmetlerde hayatın kurtarılması ve kronik hastalıklarda komplikasyonların önlenmesi konularıyla ilgilidir. Sosyal refah ve sosyal politikayı göz önüne almayan hiçbir uygulamanın sağlıkta başarı elde etmesi mümkün değildir.

Kaynaklar

1) TÜSIAD, (1995), "Optimal Devlet", Yayın No: TÜSIAD-T/95, İstanbul.

2) Özgür Topkaya, Sosyal politika bağlamında Dünyada Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi y.2016, c.21, s.2, s.707-722.

3) Zeynep Özmen, Refah Devleti Kavramı ve Refah Devleti Modellerine Göre Avrupa'da Bazı Ülkelerin Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yönünden İncelenmesi

Özmen, z. (2017). "Refah Devleti Kavramı ve Refah Devleti Modellerine Göre Avrupa'da Bazı Ülkelerin Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yönünden İncelenmesi", y.2017, vol:3, Issue:13; pp:370-387, ISSN:2149-8598.

4) İbrahim Hüseyin Cansever, Devlet Anlayışları Ekseninde Sağlık Politikalarının Değişimi ve Analizi: Türkiye İncelemesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi y. 2018/2, sayı:31, s. 105-120.