

Bölüm 8

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN TÜRKİYE'DEKİ SOSYAL DEVLET ANLAYIŞININ DEĞİŞİMİ BAĞLAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice KANTAR¹

GİRİŞ

Toplumların, sağlık problemlerine çözüm bulmayı amaçlayan tüm ülkeler, yeterli sağlık hizmeti sağlamak ve bunu herkese eşit olarak sunmak için adımlar atma noktasında sosyal devlet bilincinin gelişmesi beraberinde sağlık hakkı temel ve evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Sağlık hakkı bireylerin devletten sağlığının korunmasını, ihtiyaç duyulduğunda tedavi edilmesini ve iyileştirilmesini, toplumun sağladığı olanaklardan yararlanmasını devletten isteyebilmesidir. Herkesin beden ve ruhen yaşama hakkının olduğundan dolayı, devletten tüm vatandaşlarını beden ve ruh sağlığını sağlamak ve insan onuruna yakışır bir şekilde yaşamasından sorumludur (Kol, 2015, s. 12). Sağlık ve beraberinde ki sağlık hizmetleri de sosyal bir hak olarak, sağlığın sosyal tarafı devletin birçok yönüyle var olmasını gerektirdiği dolayısıyla tez çalışmamızın temel önemini oluşturmaktadır. Devletin var olma rolleri ise denetleyici, politika sunucu, düzenleyici, hizmet sunucu olabilmekte ve bu hizmetlerde farklı verilerden etkilenebilmektedir (Cansever, 2018, s. 4).

Türkiye'nin kuruluş dönemlerinden itibaren yaşadığı iç olayları birçok alanı etkilediği gibi sağlık politikasını da etkilediği görülmektedir. Çalışmamızda sağlık ve sağlıkta uygulanan politikalar ışığında sağlıkta dönüşüm programı incelenerek sosyal devlet olgusuyla karşılaştırmaları yapıp önem ve gerekliliği saptanmıştır. Sosyal devlet anlayışı başlığı altında tanımı, içeriği ve gelişimi, hak ve özgürlüklere yansımaları ve Türkiye'de sosyal devlet anlayışının gelişimi ele alınmış, sağlık politikaları ve sosyal devlet başlığında sağlık hizmetleri kavramı ve özellikleri, sosyal devlet anlayışı ve sağlık, gelişmiş ülkelerden Alman modeli, İskandinav modeli ve Amerikan modeli sağlık politikaları incelenmiş ve Türkiye'de sosyal devlet bağlamında sağlık politikalarının dün ve bugün başlığı kapsamında

¹ Kapadokya üniversitesi siyaset bilimi ve kamu yönetimi yüksek lisans, hatkan10@hotmail.com
ORCID iD: 0009-0008-6266-7261

1923-1938, 1938-1960, 1961-1980, 1980-2000 dönemleri ile 2000 ve sonrası sağlık politikalarının yanında sağıkta dönüşüm programı ve sosyal devlet konularına değinilmiştir. Sonuç bölümünde ise Türkiye’de Sosyal Devlet Olgusu ve Sosyal devletin süreçleri sağık politikaları, sağıkta dönüşüm projesinden etkilendiğı bulunmuştur.

SOSYAL DEVLET ANLAYIŞI

Sosyal Devlet

Sosyal devlet kavramı ilk olarak 1848 yılında Fransız anayasasına dâhil edilmiştir. Anayasa, klasik haklara ek olarak sosyal ve ekonomik hakların önemini vurgulamaktadır. Bu gelişmenin ardından Almanya’da (1919) yürürlüğe giren Weimar anayasası bu kavramın gelişmesine önemli katkılarda bulunmuştur. Kamu anlayışı açısından örnek teşkil eden kanun, sağık, eğitim ve çeşitli meslek gruplarının getirdiğı bir koruma kararıyla koruma sağlamıştır. Böyle bir eğilim 1947’de İtalyan anayasasına, 1949’da Alman anayasasına, 1958’de Fransız anayasasına ve ülkemizde de 1961 ve 1982 anayasalarına yansımıştır (Ersöz, 2010, s.11).

20. yüzyılın başlarından itibaren sosyal devlet sistemini benimseyen devletler, anayasalarını sosyal devlet anlayışına göre revize etmişler ve insan hakları alanında önemli adımlar atmışlardır. Yine insan haklarının tespiti açısından oldukça önemli olan Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi 10 Aralık 1948 tarihinde yayımlanmıştır (Sağlam, 2011, s. 12).Bilhassa bu bildirgenin birinci, ikinci ve yirminci maddeleri üye devletler için ortak bir sosyal ve ekonomik anlayış oluşturmayı taahhüt etmiştir. Örneğın, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Bildirgesi’nin 2. maddesi “*Herkes, ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal ya da başka herhangi bir düşünce, ulusal ya da toplumsal köken, servet, doğuş veya başka herhangi bakımdan ayırım gözetilmeksizin bu bildiride ilan olunan tüm haklardan özgürlüklerden yararlanabilir*” olarak ifade edilmektedir (Gümüş, 2010).

Sosyal devleti Sanayi Devrimi’nin getirdiğı ekonomik ve sosyal değışimlerin bir ürünü olarak görenler bulunmaktadır. Örneğın Ernst Rudolf Huber, refah devletini, devlet ile sanayi toplumu arasındaki farkın bir ürünü olarak görmüştür. Huber’e göre sanayi toplumu, bulunabilirlik, istihdam ve gelir gibi temel koşullara ihtiyaç duymaktadır. 1848 Sanayi Devrimi ile birlikte çalışmak, kendini gerçekleştirmenin bir aracı olarak kabul edilmiş, herkesin yaşam hakkı güvence altına alınmış olup çalışma hakkı bulunmaktadır (Yılmaz ve Acar, 2021, s.4739).

Sosyal devlet emek ve sermaye arasındaki gerilimi azaltmak için devletin emek

lehine sosyo-ekonomik koşulları bir dereceye kadar değiştirdiği bir durumu ifade etmiştir. Başka bir deyişle, refah devleti, insanların refahını artırmak için hiçbir koşulda rekabeti teşvik etmeden insanların belirli sosyal hizmetlere erişimini genişletmelerine izin veren bir devlettir. Kısaca siyasal, ekonomik ve toplumsal koşullarda meydana gelen değişimlerin bir ürünü olarak ortaya çıkan refah devletinin hak, özgürlük, eşitlik ve adalet kavramlarını içeren bir devlet modeli olduğu söylenebilir (Bulut, 2003, s.175).

Sosyal Devletin İçeriği ve Gelişimi

Toplumla ilgili liberal bir devlet inşa etme ihtiyacı ve işsizlik ve yoksullukla mücadelede ulusal davranışın siyasi bir mesele olarak ele alınması, refah devleti anlayışını gerekli kılmıştır. Ulusun gerekli yapılanması sonucunda toplumsal amaçlar için ekonomiyle mücadele etmeye başlamıştır. Kesintisiz ve hayırsever bir yaklaşımla yoksullara müdahale pratiği terk edilmiştir. Bunun yerine, herkes için makul ve sürdürülebilir bir gelir sağlamak ve eğitim ve sağlık hizmetlerini temel hakları çerçevesinde yönetmek için bir anlaşma vardır (Kasapoğlu, 2016, s.73). Özellikle işçi sınıfı sanayileşmenin yaygınlaşmasıyla beraber hem siyasi hem de toplumsal olarak var olma noktasında ifade etmeye başladığı ortamda sosyo politik uygulamaların ortaya çıkması sosyal hakların anayasal düzende de tanınması refah devlete geçişin başlangıcı olduğu görülmektedir.

1880-1914 yılı sosyal devletin doğuşu olarak bilinmektedir. Sosyal güvenlik alanında ilk kapsamlı düzenlemenin yapıldığı I. Dünya Savaşı'na kadar olan dönem sosyal devletin doğuşu olmuştur. İkinci dönem I. Dünya Savaşı'nın sonundan 1975'e kadar olan dönemdir. Sosyal devletin ikinci aşaması ikiye ayrılabilir. 1918'den 1940'a kadar olan döneme "Entegrasyon ve Kalkınma Dönemi", 1940'tan 1975'e kadar olan döneme ise "Altın Çağ" denmektedir. Entegrasyon ve gelişme döneminde, kapitalist toplum anlayışı ve sosyal devlet düzeyi ile şekillenen klasik iktisat anlayışı giderek terk edilmeye ve yerini sosyal devlet biçimine bırakmaya başlamıştır. Özellikle bu tarihler arasındaki 1929 krizi, klasik görüşün yetersizliğini ortaya çıkarmış ve sosyal devleti "altın çağına" hazırlamıştır (Işıklı, 2004, s.4).

Sosyal devletin altın çağı olarak adlandırılan bu dönemde, uluslararası belgelerde ve Anayasa'da ekonomik ve sosyal haklardan bahsedilmiştir. Bu hakların ele alınması ve daha geniş bir şekilde düzenlenmesi için çaba sarf edilmiş ve kişisel esenliğe olumlu bir şekilde önem verilmiştir. 9.7.1961 tarihli Türkiye Cumhuriyeti Anayasamızın genel esaslar kısmınının 2. maddesinde "Türkiye Cumhuriyeti, insan haklarına ve başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan,

milli, demokratik, laik ve sosyal bir hukuk devletidir.” ifadesi yer almaktadır (Akdur, 2008, s.46). 1940’tan 1975’e kadar olan dönem, sosyal devlet adına önemli bir gelişme dönemidir. Bu süre zarfında vatandaşlar daha fazla haklarını aramaya başlamış ve sosyal yardımlardan daha fazla yararlanmak istemişlerdir. Kaynaklar arttıkça, devletin sosyalleşmeyi sağlama sorumluluğu da arttığı görülmektedir.

Anayasa’nın tüm ilke ve hükümleri, sosyal devlet anlayışını ve ilkelerini desteklemektedir. 1975 sonrası üçüncü ve son dönem, toplumsal kesim tarafından kabul edilen ve üzerinde mutabakata varılan sosyal devlet anlayışının kaybolmaya başladığı dönemdir. 1970’lerin ortalarından günümüze kadar ciddi ekonomik sorunlarla karşı karşıya kalınmıştır. Özellikle 1970’lerin ortalarına kadar hızlı olan ekonomik büyüme, İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra 1970’lerin ortalarından itibaren yavaşlamış ve işsizliği artırmıştır (Karaca ve Çam, 2019, s.74).

Sonuç olarak, kötüleşen bir ekonomi ile 1970’li yılların ortalarından itibaren sosyal devletin sonuna geldiği gerileme döneminde olduğu dönemde, özellikle birinci ve ikinci petrol krizlerinin ardından Bretton Woods rejimi ile ekonominin sarsıldığı ve dolayısıyla sosyal devlet ilkeleri doğrultusunda harcamalarında kısıldığı görülmektedir. Ancak sosyal devlet kavramının tamamen ortadan kalkmadığı olay ve durumlara karşılık yeniden şekillendiği görülmektedir.

2000’li yıllardan sonra sosyal devlet kavramı küreselleşmenin de getirdiği faydalarla düzenleyici ve denetleyici sosyal devlet unvanını kazanmıştır. Düzenleyici devletin temel amacı, “küresel kapitalizmi rasyonel olarak çalıştırmak” fikridir. Bu durumun sosyal devlet üzerinde önemli etkileri olmuştur. Böylece sosyal devletlerin yeniden yapılanma sürecindeki en temel değişim ekonomi ve kamu yönetimi alanlarında ortaya çıkmıştır. Sosyal devletler, küresel rekabette taleplerini yerine getirebilmek için bir yük olarak gördükleri sosyal yardım harcamalarını sınırlandırmışlardır. Bu kısıtlamalar ile devlet bir yük olmaktan çıkacak ve daha verimli ve müreffeh bir toplum yaratacaktır. Bu aynı zamanda ülkelerin birbirleriyle rekabet etmelerini de sağlayacaktır (Bulut, 2003, s.104).

Sosyal Devlet Anlayışının Hak ve Özgürlüklere Yansıması

Doğal hukukta, liberal devlet anlayışında insanların doğuştan gelen doğal haklara (negatif özgürlükler) sahip olduğu kabul edilir. Bu insan hak ve özgürlükleri sadece yaşama, hürriyet, mülkiyet hakkı ve bunlardan türetilen diğer haklardır. Bu haklar devlet tarafından halka verilmemiş, devlet bu hakları korumak için yaratılmıştır (Gümüş, 2018, s.34).

Hayek’e göre özgürlük, bir kişinin başka birinin kaprislerine maruz kalmamasıdır. Başkaları tarafından zorlanmadan hareket etme yeteneğidir. Başka

bir deyişle, “kişinin kendi kararlarına ve planlarına göre hareket etme yeteneği, başkalarının iradesine sıkı sıkıya uyan birinin durumunun aksine, belirli bir eylemi zorlama veya zorlamama yeteneği” anlamına gelmektedir (Uluç ve Çelik, 2006, s.135).

Bu özgürlük tanımı, “negatif özgürlük” alanına girmektedir. Negatif özgürlüğün temelinde, bireyleri kendi isteklerine göre hareket etmeye ve koşulları nasıl kullanacaklarını seçmeye zorlamayı reddetmek vardır. Bireyin dış otorite tarafından rahatsız edilmeden huzur ve güvenlik içinde yaşayabilmesidir. Negatif özgürlük kavramının reddedilmesi, pozitif özgürlük kavramını doğurmuştur. Pozitif özgürlük kavramı, özgürlüğün toplumsal bağlamdaki anlamı açısından tartışılmaktadır. Harbert Marcuse’a göre, ileri serbest anlayışın modern versiyonu özgürlüğe ulaşabilir ve gerçekten özgür bir toplum olabilir (Gülenç ve Arıtürk, 2014, s.127).

Toplumsal özgürlük ise bireysel çıkışla değil, toplumsal dönüşümle elde edilmektedir. Pozitif özgürlüğün anlamı, bireyin refahı ve esenliğidir. Bu mutluluk ve refah sadece kişisel olarak değil, sosyal bağlamda da anlamlıdır. Bu anlamda pozitif özgürlük kavramı sosyal devlet anlayışını haklı çıkarmış ve devlete toplumsal hayata müdahalede bazı yükümlülükler ve sorumluluklar üstlenmesini tavsiye etmiştir. Aslında özgürlük, siyasal düşünce tarihi boyunca her zaman üzerinde durulan bir değer olmuştur. Ancak bireysel siyasi fikirlerde özgürlük anlayışı farklılık görülmüştür. Bu noktada, olumlu ve olumsuz terimleri kendi başlarına olumlu veya olumsuz anlamına gelmemektedir. Bu kavramlar farklı özgürlük anlayışlarını göstermek için kullanılmaktadır (Erfidan, 2021, s.31).

Sosyal devletin bel kemiğini oluşturan sosyal haklara bakıldığında 19. yüzyılın ana çerçeve olduğu görülmektedir. Örneğin, içinde bulunduğumuz yüzyılın işçi hareketi ve örgütsel mücadeleleri sonucunda, kamu sosyal politikası çerçevesinde işçileri korumaya yönelik bir sosyal sigorta sistemi oluşturulmuş, emeğin korunması ve çalışma koşulları gibi düzenlemeler yapılmıştır. Sosyal haklarla ilgili ilk anayasal gelişmeler Fransa’da keşfedilmiştir. 1793 anayasa değişikliği, kamu yardımını kutsal bir borç olarak görmüş ve 1848 Fransız Anayasası, sosyal hukuk anlayışının ilk önemli anayasal başlangıcın konusu olmasına izin vermiştir. Buna ek olarak, 1802, 1825, 1831, 1833 ve 1844 sayılı Birleşik Krallık yasaları, çocuklar ve ergenler için çalışma yaşı, çalışma saatleri, gece çalışması, molalar ve çalışma koşulları konusundaki farkındalığı düzenlemiştir.(Uslu, 2015, s.36).

Görüldüğü gibi 19. yüzyılda bu önemli gelişme, değişim, dönüşüm ve toplumsal meselelerin bu alandaki anlayışı 20. yüzyıla kadar devam etmiştir.

John Maynard Keynes'in o dönemde kapitalist sistemin işleyişini sosyal meseleler üzerinde analiz etmesi ve sosyo-ekonomik meselelerin çözümüyle ilgili tüm alanlarda son teknoloji bir refah devleti inşa etmek için bir mekanizma önermesi bundan kaynaklanmaktadır. Bu mekanizmada özellikle sosyal politika alanında uygulanacak düzenlemeler önem arz etmektedir. Keynes'in teorik fikirlerinden bazıları 1944'te ABD önderliğinde imzalanan Bretton Woods Anlaşması'nda uygulamaya konulmuştur. Keynes'in planlarına ve uygulamalarına bakıldığında bu uygulamalar, Keynes'in istediği şekilde tasarlanmamıştı, ancak özellikle sosyal politika düzenlemesi alanında önemli bir katkı sağlamıştır. Bu uygulamalar dünyanın farklı yerlerinde uygulanmakta olup ülkelerin bir arada yaşamasını sağlamayı amaçlamaktadır (Bayraktar, 2012, s.249).

Sosyal hakları üç grup olarak incelenmiş ve bunun birinci grubunda güvenlik ile ilgili olan herkesin iyi bir beden ve ruh sağlığı içinde yaşama hakkı devletin, tüm vatandaşlarının maddi ve manevi olarak sağlıklı ve insanca yaşama hakkını sürdürmesini sağlamakla yükümlü olduğu haklardır. İkinci grupta ise eğitim ve öğretim hakkı ve üçüncü gruba ilişkin hak ise çalışma hakkı olduğu görülmektedir.

Sosyal devlette çalışma hak ve özgürlüğü artık eskisi gibi desteklenen bir hak değildir ve işçi haklarından biri olarak kabul edilmektedir. Örneğin Fransa'da 1791 anayasasında çalışabilen ancak bulamayanlara iş bulması için bir kamu kurumu kurulacağı kabul edilmiş ve 1793'te yardım hakkı için çalışma hakkından bahsedilmiştir ve kamu yardımı kutsal bir borç olarak kabul edilmiştir. Bu bağlamda sosyal devletin özelliklerinden biri olarak kabul edilen hak ve özgürlükler anlayışı, sosyal adaleti sağlama, sosyal eşitsizliği azaltma, toplumdaki ekonomik açıdan dezavantajlı birey ve grupları koruma anlayışına dayanmaktadır (Uslu, 2015, s.37).

Temel olarak, yaşam hakkı, kişisel dokunulmazlık hakkı, çalışma hakkı, eğitim hakkı ve sağlıklı yaşam hakkının sorumluluğunun belirtilmesi gerekli görülmektedir. Yaşam hakkı en temel haktır, devlet bu hakkı sağlamaya ikna edilir. Bu hak hiçbir şekilde kaldırılamaz veya kısıtlanamaz. Kişisel dokunulmazlık bu hakkı da buna dâhildir. İnsan bedeninin ve ruhunun bütünlüğünü korumayı amaçlar. Herkesin sağlıklı bir çevrede yaşama, sağlığını korumaya yönelik önlemleri alma hakkı vardır ve devlet bunu sağlamakla yükümlüdür. Yine herkesin eğitim hakkı vardır; Devlet, bireylerin ve kolektiflerin bu hakkı kullanmaları için maddi koşulları sağlamaktan sorumludur (Yılmaz ve Acar, 2021, s.4740).

Türkiye’de Sosyal Devlet Anlayışının Gelişimi

Devletin sosyal adaleti sağlayan bir çark mekanizması olduğu ilkesinden hareketle, ihtiyaç sahibi vatandaşların para, ayni, eğitim, giyim, sağlık, engellilik ve sübvansiyonlu bakım gelir dağılımındaki eşitsizliği azaltmak gibi temel öncelikli yardımlara erişimini sağlamaktadır. (Uslu, 2015, s.38).

Bu anlayış altında, gelişmiş ülkelerdeki işçi sınıfı ve demokratik hareketler aracılığıyla ortaya çıkan gelişmiş toplumsal durum ve kamu politikası anlayışı; Türkiye’de ise kendisini devlet odaklı bir süreç olarak sunmaktadır. Türkiye’de yaşam koşulları kavramını ve uygulamalarını değerlendirebilmek için dönemi ve ekonomik, sosyal ve politik gelişmeleri gözden geçirmek ve ilgili araştırmaları uygulamak gerekmektedir (Ersöz, 2010, s.14).

Tarihsel süreç ve yaşanan olaylar göz önüne alındığında, Türkiye’deki olayların ülkedeki olaylara ve batıdaki olaylara etkisi olduğu açıktır. Bu da ülkemizde istenen ile uygulanmakta olan arasında fark yaratıyor. Türkiye’nin demokrasi tecrübesi bunun en güzel örneğidir. Devletin “toplumsal doğası” ve “sosyal politika uygulamaları” arasında da çelişkiler vardır. Örneğin Türkiye, başlangıcından bu yana “benzersiz” bir sosyal niteliğe ve sosyal boyuta sahiptir. Ancak kelimenin tam anlamıyla sosyal bir durum olarak adlandırılmaz. Bahsedilen karmaşık durumun nedeni olarak; Ülkemizin kalkınmasında iç ve dış olayların etkisinin olduğu söylenebilir. Aynı zamanda Türkiye’deki sosyal devlet kavramını ve bakış açısını anlamak için ele alınması gereken bir durum daha vardır. Bu ikinci önemli rol, devletin tüm toplumsal ve toplumsal gelişmede oynadığı “egemen” roldür. Devletin baskın rolü; Çok partili yaşam, ekonomik kalkınma hareketleri, kamusal yaşam gibi birçok konuda kendini göstermiştir (Sayan ve Küçük, 2012, s.171).

Sosyal devleti anlamak, Osmanlı tarihinde 15. yüzyıla kadar uzanan bir sosyal devlet adına olmasa da çeşitli uygulamalarda var olduğunu göstermiştir. Tanzimat, kurulduğu günden bu yana eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında sosyal politikalar izlemektedir. Osmanlı İmparatorluğu tarihine bakıldığında merkezi ve yerel burjuva sınıfının kurduğu sivil toplum kuruluşlarının olduğunu görülmektedir. Bu kurumların çoğu bağış toplayarak desteklenmiştir. Aynı zamanda bu kurumlara ek olarak; aile, kan bağları, ilişkiler gibi mahremiyete dayalı çeşitli dayanışma bölümleri mevcuttur. Osmanlı topraklarında yoksulluk ve ihtiyaçların karşılanması bağlamında ortaya çıkan, kendini toplumun çoğunluğu için yoksulluğu sorun olarak gören bir sosyal devleti sistemi vardı. Bu nedenle Osmanlı İmparatorluğu’nda izlenen sosyal politikalar büyük ölçüde gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleşmiştir (Sağlam, 2011, s.15).

Kapitalizmin 1970'lerdeki ikinci yapısal krizinden sonra Türkiye'nin dış kalkınma stratejisine geçtiği açıktır. Ayrıca; bahsedilen dönemde Türkiye'deki sosyal devleti anlamak, çokça sorgulanmış ve sosyal güvenliğe yönelik tutumlarda birçok değişiklik olmuştur. 24 Ocak 1980 kararları, sosyal devlet anlayışında ve devletin sosyo-ekonomik durumunda büyük bir değişikliğe işaret etmiştir. 24 Ocak'ta alınan kararların etkisiyle meydana gelen olaylar sonucunda hazırlanan toplumsal olguya 1982 Anayasasının yaklaşımı, 1961 Anayasasından kökten farklıdır. Bu farklılık kendisini olumsuz olarak göstermekte ve sosyal devlet kavramından uzaklaşma eğilimi göstermektedir (Erol ve Özdemir, 2018, s.119).

1982 Anayasasının 65. maddesi, *devlet sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, ekonomik istikrarın korunmasının gözeterek, mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir* diyerek, sosyal devlet anlayışı bakımından üzerinde durulması gereken önemli bir sorunu ortaya koyuyor. Kapsamlı bir sosyal misyon delege edilmiş bir devlet hemen her disiplinde hemen her sosyal sınıfı koruyamayacağı durumda olacağı için Temel Hukukun sosyal kurallarının hukuki etkileri altında kalmakta mıdır? Bu soruyu cevaplamak için öncelikle belirtmek gerekir ki, Anayasa'nın bu hükmü, ele alınan sosyal devlete ilişkin tüm düzenlemeleri etkileyen yönleri içermemektedir. Bu bağlamda tartıştığımız bazı kurallar, bireylere açık ve somut haklar vermek üzere tasarlanmıştır. Örneğin sendikalar, toplu sözleşmeler, grev hakları, çalışma özgürlüğü ve sözleşme özgürlüğü doğrudan uygulanır ve bireylere herkes için talep edilebilecek subjektif kamu hakları vermektedir. Gerçekleşmelerinin devletin mali kaynaklarıyla hiçbir ilgisi yoktur. Bu alanda devletten beklenen tek şey bu hakların korunması için gerekli adımları atmasıdır (Kol, 2015, s.136).

SAĞLIK POLİTİKALARI VE SOSYAL DEVLET

Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Özellikleri

Ne tür bir sağlık hizmetine ne zaman ihtiyaç duyulacağı bilinmediği için sağlık hizmetleri ertelenemez ve acil bir hizmettir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin ertelenmesi mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği de uzmanlaşma düzeyinin yüksek olmasıdır. Günümüzde teknolojinin sağlık alanında yoğun kullanımı, sağlık hizmetlerinde uzmanlık alanlarının da artmasına neden olmaktadır (Cansever, 2018: 106).

Sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği de hizmet üretilir üretilmez tüketiliyor olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda hataya ve ihmale yer yoktur. Diğer sektörlerden farklı olarak, hatalar veya eksiklikler, hastaların ölümü veya sakatlığı gibi geri dönüşü olmayan sonuçlara yol açabilir (Kasapoğlu, 2016, s.75).

Sağlık hizmeti, çağdaş ilkeler ve bilimsel yaklaşımlar gerektiren bir hizmettir. Bu bağlamda modern sağlık hizmetlerinin ilkeleri şunlardır (Ersöz, 2010, s.14);

- İnsan hayatı bir bütün olarak sağlıklı ve hasta dönemler olarak ayrılamaz. İnsan hastalığı, sözde sağlıklı dönemin birikiminin sonucudur,
- Sağlık hizmeti bir hasta için değil, sağlama verilen bir bakım hizmetidir ve korunmadan daha önemlidir.
- İnsan ve çevre (fiziksel, biyolojik, sosyal) tamamen ayrılamaz. İnsan sağlığı çevrenin, özellikle de sosyal çevrenin bir fonksiyonudur.
- Toplumda en sık görülen hastalık en ciddi hastalıktır.
- Hastalık sadece bireyi değil, aileden başlayarak tüm toplumu etkiler ve ilgilendirir.
- Sağlık hizmetinin profesyonelliği yüksektir.
- Hastalar veya hekimler dışındaki kişiler sağlık bakım sonuçlarını ekonomik olarak tartışamayabilirler.
- Sağlık bakım maliyetlerini doğru bir şekilde belirlemek zordur.

Sosyal Devlet Anlayışı ve Sağlık

Türkiye’de merkezi yönetim ve yerel yönetimlerin toplam sağlık harcamalarında en büyük payı “hastane hizmetleri”ne ayırdığı görülmektedir. 2019-2022 yılları arasında yaşanan covid 19 salgını nedeniyle sağlık harcamalarında önemli bir artış olmuş, sağlık harcamalarının toplam bütçe içindeki payı da artmıştır. 2017 yılında Türkiye Devlet Hastaneleri ve T.C. Halk Sağlığı Bakanlığı’nın Sağlık Bakanlığı’na eklenmesiyle sağlıkta daha merkezi bir yapıya geçilmiş ve tahsis edilen kaynak miktarı artırılmıştır (Fedai, 2020, s.2).

Gelişmiş ülkelerde ise sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe ile Türkiye’de merkezi yönetimden ayrılan bütçenin payının daha az olduğu söylenebilir. Bunun nedenlerinden biri bütçenin finansmanında yaşanan zorluklardır. Diğer bir neden ise Türkiye’de sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünün özel sektör tarafından sunulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması, sunulan hizmetlerin kalitesini ve verimliliğini artırmıştır. Ancak, düşük gelirli grupların bu hizmetlere erişimi sosyal adalete zarar vermektedir (Ergun Dericioğulları, 2010, s.33).

Sağlık hizmetlerinin etkin finansmanında kamu ekonomisinin kaynaklarının paylaşımı ilkeleri uygulanmalıdır. Buna göre koruyucu sağlık hizmetleri kamu yararına olduğu için doğrudan devlet bütçesinden finanse edilmelidir. Kırsal alanlardan şehirlere ani göç ve büyük şehirlerde kalifiye doktorların görevlendirilmesi, sağlık hizmetlerine yönelik arz ve talebi bozmaktadır. Bilgili

ve deneyimli çalışanların yönetime alınması da verimsizliklere yol açmaktadır (Ersöz, 2010, s.14).

Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Politikaları

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki ekonomik yapı mücadele ile birleşerek gelişmiş ülkelerin piyasa ekonomisine dönüşmesi, gelişmekte olan ülkeler ise bu piyasaların önde gelen ekonomistleri olma sürecindedir. Bunun temel nedeni, gelişmiş ülkelerin büyük şirketlerinin ve teknolojik olarak gelişmiş ülkelerinin, işgücü oranlarının düşük olduğu gelişmekte olan ülkelerde altyapının geliştirilmesine yatırım yapmak zorunda kalmasıdır. Bu durumda, rekabet avantajı seçimidir. İki ülkenin rekabet edebilirliğinin yanı sıra, iki ülkenin rekabetle uyumlu ekonomik ve sosyal politikaları ve iki partili seçim politikaları çerçevesinde seçtikleri arka planlar ile kısıtlamalara yol açabilecek seçim politikaları bulunmaktadır. Bu ülkelerle imzaladıkları kredi anlaşmalarıdır. Bunlar Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankasıdır (Ergun ve Ergun Dericioğulları, 2010, s.33).

1980'ler ve 1990'larda sağlık reformu, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarında önemli bir konu haline gelmiştir. 1970'lerdeki reformu hatırlatacak olursak, diğer hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de hizmet sunumundaki organizasyonel değişiklikler popülist politikaların bir gereği olarak görülmüştür. 1990'lardaki reformlar, yapısal değişime ve sağlık hizmeti organizasyonunun finansmanına odaklanmıştır. Dünya Bankası'nın bu yeni reform konseptinin uygulanmasında büyük etkisi vardır (Erol ve Özdemir, 2018, s.120).

Alman Modeli Sağlık Uygulamaları

Almanya, sağlık hizmetlerinin sağlanması ve kalitesinde önemli bir uluslararası oyuncudur. Alman Sağlık Bakanlığı'na bağlı BZgA (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung-Federal Sağlık Eğitimi Merkezi) sağlık eğitimi yapmaktadır. Federal, eyalet ve belediye hükümetlerinin sağlık eğitiminde önemli sorumluluklarının olduğu görülmektedir.

Almanya Sağlık Sistemi yapısı şunlardır (Unurbayar, 2019, s.13):

i. Robert Koch Institut (RKI): Federal hükümetin hastalıkları tedavi etme ve ortaya çıkmasını önleme konusunda uzun bir geçmişi vardır.

ii. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Federal Sağlık Eğitimi Merkezi): Halk sağlığı eğitimi üzerinde çalışan ve federal hükümete bağlı bir ajanstır.

iii. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Alman Tıbbi Dokümantasyonu ve Enstitüsü): Tıp ve biyolojik bilimler literatürünü denetlemek, değerlendirmek ve yaymaktan sorumludur.

iv. Paul-Ehrlich-Institut (PEI) (Paul Ehrlich Serum ve Aşı Enstitüsü): Bağışıklama ve serum ürünlerinin test edilmesi, lisanslanması ve korunmasından sorumludur.

v. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (İlaç ve Tıbbi Cihaz Federal Enstitüsü) : İlaç ve tıbbi ekipmanların ruhsatlandırılmasından sorumludur.

Almanya sağlık sisteminde yasal sağlık ve özel sağlık olarak iki şekilde işleyen sisteme ek olarak da vatandaşlarına sunduğu Sağlık Sigortası, Kaza Sigortası, Emeklilik Sigortası, İşsizlik ve Bakım Sigortası gibi sosyal güvenceler olduğu görülmektedir.

İskandinav Modeli Sağlık Politikaları

Refah devleti olarak adlandırılan İskandinav ülkelerinde sağlık politikaları bazı farklılıklarla uygulanmaktadır. Bu politikalar, nüfusun genel sağlığını iyileştirmeyi ve ölüm oranını ve sağlık eşitsizliğini azaltmayı amaçlamaktadır. İskandinav refah ekonomisi, vatandaşları için daha iyi bir yaşam standardı yaratmayı, böylece toplumun ve genel olarak ulusun ekonomik durumunu güçlendirmeyi amaçlamaktadır (Koray, 2005).

İsveç, Beveridge Sağlık Sistemi modeline dayalı olarak tasarlanmış bir sağlık politikası ile yönetilmektedir. Tüm İskandinav ülkeleri Beveridge sağlık sistemi modelini benimsemiştir. Sağlık politikaları geliştirmek ve yönetmek için bu sistemi kullanan ülkeler, sosyal güvenlik ve tıbbi finansmanı “Genel Vergiler ve Genel Bütçeden” karşılamaktadırlar (Özmen, 2017, s.603).

Tıbbi hizmetleri bu şekilde finanse eden ülkeler arasında İsveç, İngiltere, İrlanda, İzlanda, Norveç, Finlandiya, Portekiz ve Yeni Zelanda bulunmaktadır. Beveridge, çalışmasında üç amaçlı bir refah devleti politikası önermektedir. Amaç, ülkenin tüm vatandaşlarını sosyal güvenlik kapsamına almak, ulusal sağlık hizmetleri ağı geliştirmek ve tam istihdamı sağlamaktır. Bu sistem içinde İsveç sağlık sistemi de kamuya açık olarak işletilmektedir. Bu sistem ülke ve bölge bazında yönetilmektedir. İsveç'in sağlık ve tıbbi bakımı, merkezi hükümet, il meclisleri ve belediyeler tarafından üç seviyeye ayrılmıştır (Tatar, 2011, s.123).

Sağlık ve Tıbbi Bakım Hizmeti Yasası, başlatma ve yerel yönetim sorumluluklarını düzenler ve yerel yönetimlere bu alanda daha fazla özgürlük

tanır. Merkezi hükümet, sağlık ve tıbbi bakım hizmetleri için siyasi gündemi belirlemekten sorumludur. Merkezi hükümet, bu görevi, il meclisini ve yerel yönetimleri temsil eden İsveç Yerel Yönetimler Birliği ile anlaşmalar yaparak yerine getirmektedir (Hatipoğlu, 2021, s.869).

Tıbbi hizmetlerin sağlanması yükümlülüğü yerel yönetimde olabilir, ancak çoğu durumda yerel yönetime devredilmiştir. İsveç politikası, il meclislerinin vatandaşlara kaliteli tıbbi bakım ve hizmetler sunmasını ve onları sağlıklı yaşam sürmeye teşvik etmesini şart koşuyor. Yasama organı ayrıca 20 yaşına kadar tüm vatandaşların dış bakımından sorumludur. İsveç 290 belediyeden ve 20 il meclisinden oluşmaktadır. Eyalet yasama organının üçü; hükümet tarafından bölgesel kalkınmadan sorumlu yerel bir hükümettir. Bunlar Halland, Scania ve VästraGötaland'dır. Şehirler, yasama organları ve bölgeler arasında bir hiyerarşi yoktur. (Çılğın, 2021, s. 136).

Amerikan Modeli Sağlık Politikaları

ABD sağlık sistemi, yaşlılara sağlanan faydalar açısından ulusal bir sağlık sigortası modeline, gaziler ve çocuklarının sağlık hizmetlerine yönelik bir Beveridge modeline, çalışan sağlık bakımı için bir Bismarck modeline ve bir cepten ödeme modeline sahiptir. Farklı modellerin bir karışımı olan ABD sağlık sisteminde sağlık hizmeti hem devlet (federal, eyalet, yerel) hem de özel sektör tarafından sağlanmaktadır (Rice, vd., 2013, s. 201).

ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departman, her dört Amerikalıdan birine sağlık sigortası sağlayan Medicare ve Medicaid'in yanı sıra, Ulusal Sağlık Enstitüsü, Gıda ve İlaç İdaresive Hastalık Kontrolü ve Önleme Merkezinide denetlemektedir. Bu departmanabağlı kuruluşlar; Medicaid ve Medicare Hizmet Servisleri, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, Ulusal Sağlık Enstitüsü, Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi, Sağlık Hizmeti Araştırma ve Kalite Kurulu, Gıda ve İlaç Yönetimi, Medicaid ve Medicare Geliştirme Merkezi, Hasta Merkezli Sonuçlar Araştırma Enstitüsü şeklinde sıralanabilir. (Rice et. al., 2013: 301). ABD Sağlık sistemi farklı modellerin bir karışımı olarak hem devlet hem de özel sektör tarafından sağlandığı görülmektedir.

Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH), sağlığı geliştiren ve hayat kurtaran önemli keşifler yapan bir tıbbi araştırma enstitüsüdür. Dünyanın en büyük biyomedikal araştırma merkezidir. NIH, sağlığı geliştirmek, yaşam süresini uzatmak ve hastalık ve sakatlığı azaltmak için yaşam sistemlerinin doğası ve davranışı hakkında temel bilgileri arayan ve kullanan bir kurumdur. Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi (HRSA), kaliteli hizmetler, vasıflı sağlık uzmanları ve yenilikçi programlara erişim

yoluyla sağlığı iyileştirmek ve sağlıkta eşitliği sağlamaktan sorumlu önde gelen bir federal kurumdur. HRSA programı, coğrafi olarak izole edilmiş ve ekonomik veya tıbbi olarak savunmasız kişilere tıbbi bakım sağlar (hrsa.gov).

Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Kurulu (AHRQ), tıbbi hizmetleri daha güvenli, daha kaliteli, daha erişilebilir, adil ve uygun fiyatlı hale getirmek için kanıta dayalı araştırmalar yürütür ve bulguları HHS'ye ve diğer kuruluşların kullanımına sunan bir kurumdur. Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), insan ve veteriner ilaçlarının, biyolojik ürünlerin ve tıbbi cihazların yanı sıra ulusal gıda malzemelerinin, kozmetiklerin ve radyasyon yayan ürünlerin güvenliğini ve etkinliğini sağlar. Halk sağlığını korumaktan sorumludur (fda.gov).

Hasta Merkezli Sonuçlar Araştırma Enstitüsü'nün (PCORI) amacı, belirli bir durumda hastalara ve bakıcılarına sunulan birçok tıbbi seçenekten hangisinin en etkili olduğunu belirlemektir. Bu amaçla, bilinçli sağlık kararları almaları için verileri hastalara, sağlık hizmeti sağlayıcılarına, işverenlere, sigorta şirketlerine ve politika yapıcılara doneler sağlamaktadır (pcori.org).

TÜRKİYE'DE SOSYAL DEVLET BAĞLAMINDA SAĞLIK POLİTİKALARININ DÜNÜ VE BUGÜNÜ

Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönemsel Tarihçesi

Osmanlı döneminde halk sağlığı hizmetleri genellikle orduya ve saraya verilirdi. O dönemde sağlık hizmetlerinin ve sağlık çalışanlarının atanmasını düzenleyen Hekim (ReissulEtibba) ofisinden başka bir organ görev yapmamıştır. Sağlık hizmetleri genellikle serbest çalışan doktorlar tarafından ücretsiz olarak verilmiştir. Ancak Mustafa Kemal Atatürk tarafından kurulan Türkiye Cumhuriyeti'nde çağdaş değerler benimsenmiş ve Cumhuriyetin ilanı ile birlikte diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu gelişmede en önemli etken Atatürk'ün sağlık anlayışıdır. Bu yeni çağda bireylerin sağlığını korumak ve aynı zamanda sağlığı sürdürmek esas alınmıştır. Mustafa Kemal Atatürk'ün asıl vurguladığı nokta, halkın sağlık hizmetlerini sunmanın devletin görevi olduğudur. Cumhuriyet döneminde sağlık sorunlarına hızlı ve kalıcı çözümler bulunmuştur. Bu dönemde sağlık politikaları 5 dönemden oluşmaktadır. Dr. Refik Saydam dönemi 1920-1938 yılları arası, Dr. Behçet Uz 1938-1960 arası dönem, Sosyalleştirme Dönemi olarak bilinen 1960-1980 olan dönem, 1980-2000'e kadar olan dönem, Aktif Özelleştirme Dönemi ve 2000'den günümüze gelen dönem olarak ayrılmaktadır (Akdur, 2008, s.50).

1923 ve 1938 Dönemi

TBMM'nin kurulmasıyla birlikte sağlık hizmeti bir kamu görevi haline gelmiştir. 1920 tarih ve 3 sayılı kanunla TBMM, sağlık hizmetlerini bir kamu görevi olarak kabul etmiş ve ayrı bir bakanlık olarak düzenlemiştir. Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı seçilmiştir. 03.05.1920-10.03.1921 tarihleri arasında hizmet vermiştir. Ancak, bu dönemde sağlık hizmetlerinde çok az ilerleme kaydedilmiştir. Bunun nedeni ise dönemin Kurtuluş Savaşı zamanına kadar uzanıyor olmasıdır. Bakan Adıvar'ın ardından Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam 10.03.1921 tarihinde işe başlamıştır. 24.12.1921'den 27.10.1923'e kadar Dr. Rıza Nur, yine 30.10.1923-21.11.1924 tarihleri arasında Dr. Refik Saydam, 22.11.1924-03.03.1925 tarihleri arasında Dr. Mazhar Germen sağlık bakanı olmuştur. 04.03.1925 tarihinde yeniden görevinin başına geri dönen Dr. Saydam 1937 yılına kadar Sağlık Bakanı olarak görev yapmıştır. (Ersöz, 2010, s.14).

Dr. Refik Saydam dönemi içinde sağlık politikaları 4 prensip çerçevesinde biçimlenmiştir.

1. Kaynaktan kaynağa sağlık hizmeti sunmak,
2. Koruyucu hekimlik merkezi yönetimin, tedavi edici hekimlik ise yerel yönetimlerin sorumluluğundadır.
3. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla tıp fakültelerinin iyileştirilmesi, tıp öğrencileri için yurt açılması, tıp fakültesi mezunları için zorunlu hizmet koşulları,
4. Bulaşıcı hastalıklarla (sıtma, tüberküloz, hepatit vb.) mücadele programları başlatılmasıdır.

Belirlenen bu ilkelere ek olarak sağlık hizmetleri dikey örgütlenme modeli ile hayata geçirilmiştir. Sağlık hizmeti planlamasının amaçları, sağlık hizmeti sunucuları ile koruyucu sağlık hizmetlerinin üretimi arasındaki boşluğu kapatmaktır. Bu hedefler kırsal sağlık politikaları ile uyumludur. Uygulanan bu politikalarla birlikte kentten kıra sağlık çalışanları ülke genelinde sağlık hizmeti vermek üzere atanmış ve aynı zamanda kırsal sağlık departmanları kurulmuştur. Bu nedenle gerekli hizmet altyapısını oluşturmaya çalışmıştır. Sağlık hizmetlerinde istenilen hedeflere ulaşmak için bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve ülke genelinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi büyük önem taşımaktadır. Dr. Refik Saydam, sağlık hizmetini kırsal alanlara ulaştırmak için çaba sarf etmiştir. Bu amaçla bazı anti-bulaşıcı hastalık organizasyonları kurulmuştur. Bulaşıcı Hastalıklar Bakanlığının merkezinde ve kırsal alanlarda özel hizmet teşkilatları kurulmuştur. Bu organizasyonlar gerekli alanlarda örgütlenmeye gitmiştir.

1924'te kırsal kesimde polikliniklerin açılması planlanmıştır. Planlanan hizmet birimi muayene ve tedavi evi olarak adlandırılır ve 150 adettir.1937'den sonra sağlık ocağının adı Sağlık Merkezi olarak değiştirilmiştir. 1923'ten 1938'e kadar sağlık mevzuatı araştırmaları ön plandaydı. Bu süre zarfında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından bir sağlık sistemi oluşturmak ve düzenlemek için birçok yasa ve yönetmelik hazırlanmıştır.

Dr. Refik Saydam'ın görev süresi boyunca yürürlüğe giren 'Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'dur. Bu yasa, tıbbi uygulama alanlarını kapsar. Kanunun ilk bölümünde hekimlik yapan, muayenehane açan, mesleklerini, çalışma koşullarını ve hekimlerin kurallarını ihlal eden hekimlere ceza öngörülmüştür. İkinci bölüm dış hekimleri, üçüncü bölüm ebeler, dördüncü bölüm sünnet, beşinci bölüm hemşireler ve altıncı bölüm genel kuralları içermektedir. 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 24.04.1930 tarihinde kabul edilmiştir. 06.05.1930 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Bu yasa dönemin en gelişmiş sağlık yasalarından biri olduğu görülmektedir.

1938 ve 1960 Dönemi

Dr. Refik Saydam'ın Başbakan olarak atanması nedeniyle Sağlık Bakanlığı'na Dr. Hulusi Alataş getirilmiştir. Bu süre zarfında sağlık bakanları sık sık değişmiştir. Dr. Refik Saydam döneminde sağlık politikalarından sonraki ilk önemli girişim Dr. Behçet Uz tarafından yapılmıştır. Dr. Behçet Uz, 1946'dan 1948'e kadar olan görev süresi boyunca "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı"nı geliştirmiştir. Bu plan Cumhuriyet döneminde yazılan ilk sağlık planı olarak bilinmektedir. Sağlık planının en önemli özelliği, birçok kırsal köye önleme ve tedavi hizmeti veren sağlık merkezlerinin oluşturulmasıdır. Plana göre ülke yedi sağlık bölgesine ayrılarak her bölgenin yapılanması kendine yeterli hale getirilecektir (Akdur, 2008, s.52). 1954 yılında ise Bakan Uz, Ulusal Sağlık Programı olarak bilinen ilk sağlık planından çok daha geniş bir program geliştirmiştir.

1961 ve 1980 Dönemi

Bu dönemde sağlık ve sosyal hizmetler 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddelerine göre kamu görevi olarak kabul edilmiştir. 49. madde, devletin herkesin yaşama ve sağlık hizmeti alma hakkına sahip olmasını sağlaması gerektiğini belirtir. Bu nedenle sağlık, Anayasa'da bir insan hakkı olarak yer almaktadır (Ersöz, 2010, s.15).

Bu maddelere dayanan ilk beş yıllık kalkınma planı, halk sağlığını iyileştirmeye yönelik halk sağlığı hizmetlerine odaklanmaktadır. Bu amaçla çok sayıda

hastane yerine ayakta tedavi hizmeti veren küçük topluluklara yayılan ve sağlık hizmetlerine ek olarak tedavi hizmetlerinin önlenmesinin pek çok kişiye fayda sağlamayabileceği bir sağlık teşkilatının oluşturulması planlanmaktadır.

1961 yılında kanun olarak çıkarılan 224 sayılı Kanun ile sağlık hizmetleri devlet tarafından bir görev olarak tanımlansa da süreç içinde gelişen piyasa koşulları özel sektörün çok sayıda yerine getirmek zorunda olduğu hizmetler olarak anılmaya başlanmıştır (Ergun ve Ergun Dericioğulları, 2010, s.33). 224 sayılı Kanun'un sağlık sistemine etkileri;

- Herkes, yaratıcısı olduğu her türlü bilimsel veya edebi üretimden kaynaklanan manevi ve maddi çıkarların korunması hakkına sahiptir.
- Sağlık hizmetlerine erişim ücretsizdir ve maliyetler devlet bütçesini veya hasta giderlerinin bir kısmını karşılar,
- Doktorların kamuda veya özel sektörde çalışma hakları vardır, ancak toplulukta çalışan hekimler aynı anda kendi başlarına çalışamazlar (Ersöz, 2010, s.10).
- Hekim ve sağlık hizmeti sunucusu seçme özgürlüğünün tanınması (ücreti kişinin ödemesi şartıyla),
- Kamuda 3 yıllık sözleşme ile çalışan doktor ve sağlık çalışanlarının sonuç olarak emeklilik, yaşlılık ve istihdam haklarına sahip olması (Ersöz, 2010, s.10).
- İl entegre sağlık kuruluşunun başkanı sağlık yöneticisi olacaktır; vali nezdinde görevli sağlık müdürü, Sağlık Bakanlığınca belirlenen yasalara uygun olarak hizmetleri yerine getirir,
- Sağlık ve mali sorunlar nedeniyle ülke genelinde kolluk kuvvetleri uygulaması yapılması,
- Sağlık hizmetinin bir kamu görevi olarak kabul edilmesi (Ersöz, 2010, s.10).
- İlk adım adım tedavi hizmetinin herkesin sağlık hizmetinden yararlanması için köylere yaygınlaştırılması,
- Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde işbirliği (Özkan, 2018, s.86).
- Halk sağlığı hizmetlerinin tek elden yönetimi,
- Halkla entegrasyon
- Kamuda çalışan doktorlar için tam istihdam ilkesidir (Ersöz, 2010, s.10).
- 15 yılda tamamlanması bekleniyor.

Gerçek sosyalleşme 1963'te başlamıştır. Yasaya göre, insanlar sağlık hizmetlerine eşit erişime sahip olmuşlar, sağlık hizmeti ücretsiz verilmeye başlanmış veya sağlık hizmeti alan kişi belirli bir ücret ödeyerek hizmete erişebilmişlerdir. İnsanlar doktor seçme özgürlüğüne sahip olacaktır. Hekimler kariyerlerine kamu veya

özel sektörde devam edebilirler, ancak bir kamu veya özel sektör seçmelidirler; Aynı anda iki yönde de çalışamazlar. İl ve köylerde sağlık ocakları kurulacak ve hastanelerle birlikte düzenli olarak tedavi edilecek. Halk sağlığı kurumları tek kaynaktan yönetilecek.(Ersöz, 2010, s.15).

1980 ve 2000 Dönemi

Neoliberal tutumlar, 24 Ocak 1980 kararlarıyla resmi devlet politikası haline gelmiştir. Aktif özelleştirme olarak bilinen bu dönem, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın değiştirildiği bir dönemdir. Sağlık hizmetini devlet yükümlülüğü olarak belirleyen 1961 Anayasasındaki hükümler, 1982 Anayasası'nın sağlık hizmetinin devlet tarafından değil, devlet tarafından düzenlenmesi gereken bir hizmet olduğunu belirten maddeler düzenlenmiştir (Akdur, 2008, s.52).

1982 Anayasası ile 1961 yılında kabul edilen toplumsal durum anlayışı daha güçlü bir temele oturtulmuştur. Böylece, bireylerin sosyo-ekonomik durumu, sağlık bakımı ve refahı, asgari bir standardı sağlama görevi olarak kabul edilmiş ve yasal olarak gerekçelendirilmiştir. 1980'lerden sonra nüfus ve aile planlaması, yeşil kart kullanımı, sigorta kapsamı gibi alanlarda sağlık politikası araştırmaları yapılmıştır (Erol ve Özdemir, 2018, s.122).

1990'lı yıllarda sağlık politikası araştırmaları, genel sağlık sigortasının oluşturulması, aile hekimliğinin oluşturulması, sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'ndan sağlık hizmetlerini planlayan ve denetleyen bir yapıya dönüştürülmesi ve reformları içermektedir. Kamu hastanelerinin bağımsız sağlık kuruluşlarına dönüştürülmesini kapsamaktadır (Ersöz, 2010, s.17).

2000 ve Sonrası

2000'li yıllar, sağlık sektöründe önemli gelişmelerin yaşandığı ve bu alanda büyük atılımların yapıldığı bir dönem olmuştur. Sağlık reform programı çerçevesinde çeşitli yenilikler getirilmiş ve bu durum oluşturulan sağlık politikaları ile desteklenmiştir. Bu dönemde, sağlık reformu temel olarak genel sağlık sigortasının oluşturulmasına, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanının bölünmesine, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması yoluyla gözetim işlevlerinin etkin bir şekilde uygulanmasına ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin kaldırılmasına odaklandı. Bireysel sosyal güvenlik kuruluşlarının tek amacına hizmet eden hizmetler, tek kurum altında toplanma, hastanelere bağımsız statü verilmesi, aile hekimliği uygulamaları gibi konulardır (Fedai, 2020, s.7).

Sağlık sektöründe uygulanmak istenen bu reformlar, Acil Eylem Planı'nda (2002) belirlenmiş ve uygulanması için süre verilmiştir. Sağlık Bakanlığı Sağlık

Reformu Programı başlatmıştır. Programın amaçları doğrultusunda geliştirilen 9. Kalkınma Planı (2006), sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmakta, kaliteyi artırmakta, Sağlık Bakanlığı'nın denetimini artırmakta, sağlık bilgi sistemini geliştirmekte, ilaç ve ilaç kullanımını kolaylaştırmaktadır. Sağlık reformu programı, bugüne kadar yapılan değişiklikleri değerlendirmeyi, geleceğin sağlık sistemini tasarlamayı ve bu sisteme geçiş için gerekli değişiklikleri yapmayı amaçlamaktadır. Sağlık Reformu Programı kapsamında planlanan politikaların tamamı ülke sağlığını iyileştirmeye yöneliktir (Kol, 2015, s.136).

16 Kasım 2002'de açıklanan 58. Hükümet Acil Eylem Planı, sağlık sektörü için temel hedefleri ortaya koymaktadır. Bunlar şu şekilde sayılabilir:

1. Sağlık Bakanlığı'nın idari ve işlevsel yeniden yapılandırılması,
2. Genel sağlık sigortası kapsamına tüm kişilerin alınması,
3. Sağlık tesislerinin tek çatı altında birleştirilmesi,
4. Hastanelerin ve finans kurumlarının kendi kendini yönetmesi,
5. Aile hekimliği uygulamasının başlaması,
6. Anne ve çocuk sağlığına daha fazla önem verilmesi,
7. Koruyucu hekimliğin aktivasyonu,
8. Verimliliği artırmak için özel sektörün sağlık sektörüne yatırım yapmasını desteklemek,
9. Kamu kurumlarına alt düzeyde erişim sağlanması,
10. Gelişime ihtiyaç duyan alanlarda sağlık çalışanı eksikliğini gidermek,
11. Sağlık sektöründe elektronik dönüşüm projesinin başlatılması

Bu hedefler doğrultusunda sağlık sektöründe bir dönüm noktası sayılabilecek Sağlık Dönüşüm Programı 2003 yılı başlarında Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş ve kamuoyuna duyurulmuştur. Hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı, 8 ana temanın geliştirilmesine odaklanmaktadır. Bunlar ana başlıklardır:

1. Sağlık Bakanlığının planlanması ve takibi,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
3. Kapsamlı, ekonomik ve güler yüzlü bir sağlık sistemi,
 - a) Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği güçlendirilmesi,
 - b) Etkin ve yavaş sevk zinciri,
 - c) Yönetim ve finansal bağımsızlığa sahip sağlık şirketleri,
4. Bilgi ve becerilerle donatılmış, coşkuyla çalışan sağlık profesyonelleri,
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
6. Profesyonel ve etkin sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapı,
8. Karar vermede etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

Bu ana hedeflerden sonra etik, politik ve metodik olarak bunların uygulanması gerektiği de vurgulanmıştır. İlk olarak; Temel göstergeler, eldeki sorunu tespit etmek, vatandaşın finansal risklerden korumak ve vatandaşın memnuniyetini sağlamaktır. İkincisi; Politika geliştirme yoluyla sağlık hizmetleri için doğru planlamanın belirlenmesidir. Üçüncüsü, sadece siyasi irade tarafından değil, aynı zamanda etkili politikalar tanımlanarak karar verilmelidir. Dördüncüsü, tüm bu kararlardan sonra program kaliteli, etkin ve sürekli bir irade ile yürütülebilir. Beşincisi, tüm bu döngünün etkin bir şekilde izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

Yeniden yapılanma sonrasında çeşitli yenilikler ve köklü değişikliklerle oluşturulan sağlık hizmetlerinin sunumu büyük bir titizlik ve sağlam bir teori gerektirmiştir. Değişimin çeşitli aşamalarında değişiklikler yapılmıştır.

Bu değişikliklerle birlikte SSK Hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlanmış, SSK'lıların sözleşmeli eczaneler dışında hemen hemen tüm eczanelerle sözleşme yapılmış, tedavi için özel hastaneler ile sözleşme sağlanmış ama hastalar ceplerinden ödemek veya fazladan ödemek zorunda kalmışlardır. GSS bölümüne yeşil kart çekilerek ayakta tedavi, yatarak tedavi, eczanelerden ilaç alma imkânı ve asgari ücretin üçte birinden az olan kişilere ödenek verilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sosyal Devlet

3 Kasım 2002 seçimlerinin ardından, 16 Kasım 2002'de "Herkesin Sağlık" belirlenmiştir. Plan onaylandıktan sonra 59. Hükümet bir acil durum eylem planı uygulamaya koymuş ve 2003 yılında bir Sağlık Reformu Programı taslağı hazırlanarak kamuoyuna açıklanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı WHO "21. Yüzyılda Herkesin Sağlık" politikasını, AB Kuruluş Bildirgesi'ni ve çeşitli uluslararası uygulamaları almıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 konu etrafında temsil edilmektedir (Kol, 2015, s.136). 2003 yılından sonra Türkiye, sağlık sektöründe reform girişimleriyle 2012'de ulusal sağlık sigortası (genel sağlık sigortası) almıştır. Türkiye'nin 2003 yılında Sağlık Reformu Programı'nın ardından oluşturmaya çalıştığı yeni sistemin bazı bölümlerinin Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'deki sağlık uygulamalarına benzerliği görülsede farklılıklar da vardır. Bu bağlamda Türkiye'de Sağlık Reformu Programı sonrasında geliştirilen politikaların neoliberal ilkelere uygun olarak atılan adımlar olduğu söylenebilmektedir.

SONUÇ

Türkiye, ulusal bütçesinin önemli bir bölümünü sosyal harcamalara ayırmaktadır. Ancak gelişmiş ülke hükümetlerinin kaynakları ile karşılaştırıldığında ülkenin bazı bütçe kısıtlamaları ile karşı karşıya olduğu görülmektedir. Bu kısıtlamalardan en önemlisi, ekonomik büyüme ve sosyal devlet için kaynakların eş zamanlı olarak kullanılması ihtiyacıdır. Sosyal devlet anlayışının bir başka yansıması da eğitim ve sağlık alanlarında yapılan harcamalardır. Devlet, gerekli düzenlemeleri yaparak, piyasaları izlemek, insanlara eğitimde fırsat eşitliği sağlamak, herkesin beden ve ruh sağlığını koruyarak yaşamasını sağlamakla yükümlüdür. Bu bağlamda, Türkiye'nin eğitim ve sağlık harcamalarının mutlak olarak arttığı görülmektedir.

Sosyal devleti anlayışı çerçevesinde sunulan sosyal yardım hizmetleri, hastalık, sakatlık ve işsizlik gibi sosyal riskleri önleme ve sınıf statüsü ne olursa olsun sosyal güvenliğini sağlama araçlarına sahiptir. Bu bağlamda Türkiye'nin sosyal devlet kavramının tam anlamıyla gerçekleştiğini söylemek güçtür. Bunun temel nedeni, ülkenin büyüme ve eşitlik ikileminde kalmasıdır. Bu ilişkiye öncelik verilmesi, bir ülkenin uzun vadeli hedefleri çerçevesinde belirlenmesi gereken önemli bir siyasi tercihtir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde önemli bir rol oynayan Sağlık Reformu Programı, sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyetli sunumu ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunu belirlemiştir. Bu programın geliştirilmesinden bu yana geçen sürede sağlık sistemi değişmiş ve uzun mesafeler aşılmıştır. Olumlu bir gelişme perspektifinden, sağlık hizmetleri politika ve stratejilerinin yeniden ortaya çıkmasına, ikincil bir mevzuatın oluşturulması, siyasi iradenin sürdürülmesi, desteklenmesi, azim ile sağlığın ve esenliğin sürdürülmesinin siyasi ve ekonomik istikrara neden olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, mevcut yapısal ve sosyal sorunlar nedeniyle sosyal devlet anlayışının yeterince gelişmediği göz önüne alındığında, Türkiye'de büyüme ve eşitlik sıkıntısı içinde olan maliye ve ekonomi politikalarının sermaye birikiminden çok kredi ve sıcak paraya dayalı olması sosyal devlet anlayışında bir takım olumsuzluklara neden olmaktadır. Dolayısıyla yapısal sorunların çözülmesiyle sosyal devlet politikasının etkisinin daha net hissedilebileceği söylenebilir.

KAYNAKÇA

- Akdur, P. (2008). *Cumhuriyetten günümüze Türkiye'de sağlık*, 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 21-25 Ekim 2008 Ankara, 45-71.
- Bayraktar, C. (2012). Keynes ve refah devleti, *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(2), 247-261.

- Bulut, Y. D. (2003). Küreselleşme: Sosyal devletin sonu mu? *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 52(2), 173-197.
- Cansever, İ. H. (2018). Devlet anlayışları ekseninde sağlık politikalarının değişimi ve analizi: Türkiye incelemesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 31(2), 105-120.
- Çılğın, T. (2021). Sosyal demokrat refah devletlerinin engellilere yönelik sosyal politikaları: İsveç örneği, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 4(8), 129-152.
- Erfidan, Y. S. (2021). İki özgürlük anlayışı ve Thomas Hill Green'in pozitif özgürlüğe etkisi, *Liberal Düşünce Dergisi*, 26(102), 29-53.
- Ergun, C. & Dericioğulları, E. A. (2010). Dönüşüm mü, piyasalaştırma mı? Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir tartışma, *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 4(8), 33-54.
- Erol, H. & Özdemir, A. (2018). Türkiye'de 1980 sonrası sağlık politikalarında dönüşüm ve sağlık harcamalarına etkileri, *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 15(15), 119-146.
- Ersöz, D. (2010). *Değişen devlet dönüşen sağlık: kamu işletmeciliği ve politika transferi bağlamında sağlıkta dönüşüm programı*, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir
- Fedai, D. (2020). Şehir hastanelerinin gelişimi sürecinde sağlık bakanlığının yapısal ve işlevsel dönüşümü. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 18(4), 1-28.
- Gülenç, K. & Arıtürk, M. H. (2014). Teknoloji çağında rasyonalite, deneyim ve bilgi: sorunlar & eleştiriler, kaygı, *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Felsefe Dergisi*, 22(22), 113-131.
- Gümüş, İ. (2018). Tarihsel perspektifte refah devleti: doğuş, yükseliş ve yeniden yapılanma süreci. *Journal of Political Administrative and Local Studies*, 1(1), 33-66.
- Gümüş, A. G. (2010). Sosyal devlet anlayışının gelişimi ve dönüşümü. *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 18(2), 117-158.
- Hatipoğlu, O. G. (2021). İsveç devlet düzeni ve kamu yönetimi hakkında bir değerlendirme: refahın yönetimi. *Abant Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(3), 857-881.
- Işıklı, A. (2004). Sosyal devletin sonu. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 5(20), 2-11.
- Karaca, C. & Çam, Y. (2019). Türkiye'de sosyal devlet anlayışının değerlendirilmesi, *Maliye Dergisi*, 176, 72-97.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kol, E. (2015). Türkiye'de sağlık reformlarının sağlık açısından değerlendirilmesi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 135-164.
- Koray, M. (2005). Görülmek istenmeyen gerçek: Sosyal refah politikaları ve demokrasi ilişkisi. *Çalışma ve Toplum*, 2, 27-59.
- Özkan, S. (2018). Türkiye'de sağlıkta sektörler arası işbirliği. *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics*, 4(2), 86-91.
- Özmen, Z. (2017). Avrupada sosyal güvenlik sisteminin finansmanı: farklı refah devletleri üzerine bir inceleme. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 600-620
- Rice T, Unruh PRL, Barnes AJ, Saltman. R, Ginneken E. (2013). United States of America health system review, *Health Systems in Transition*, 15(3), 1-431.

- Sağlam, Ö. (2011). Sosyal devlet ve insan hakları. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Sayan, İ. Ö. & Küçük, A. (2012). Türkiye’de kamu personeli istihdamında dönüşüm. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 67(1),171-203
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Uluç, A. & Çelik, A. (2006). Hayek’in liberal düşüncesinde birey–devlet ilişkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(18), 131-141.
- Unurbayar, L. (2019). OECD Ülkelerinin sağlık sistemlerinin karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
- Uslu, A. (2015). “Sosyalist düşüncenin kaynakları: Büyük Britanya ve Fransa’da işçi hareketlerinin başlangıcı ve ütopya düşüncesi (1800-1830)”. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt:70, No:1, 35-63.
- Yılmaz, H. & Acar, A. (2021). Sosyal devlet olabilmenin anahtarı: sosyal politikalar geliştirebilmek. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17(37), 4738-4759.
- pcori.org. (Erişim Tarihi: 19.04.2022)
- (hrsa.gov).
- (fda.gov).