



REFAH REJİMLERİ AÇISINDAN SAĞLIK SİSTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: GÜNEY AVRUPA REFAH MODELİ VE TÜRKİYE

Emre KOL¹

ÖZET

Modern anlamda refah devletinin temelleri, 19. Yüzyılın ortalarında İngiltere’de temel eğitimi sağlamak amacıyla düzenlenen yasal düzenlemeye kadar götürülmektedir. Modern refah devleti için kabul edilen bir diğer başlangıç noktası ise, ilk defa 1883 yılında Bismark tarafından getirilen sosyal sigorta uygulamasıdır. Refah rejimi sınıflandırma çalışmalarına göre Türkiye Güney Avrupa refah rejimi grubuna benzer özellikler göstermektedir. Ancak son yıllarda hem Güney Avrupa refah rejiminde hem de Türkiye’nin refah rejiminde önemli bir dönüşüm yaşanmaktadır. Bu çalışmada yaşanan bu dönüşümün Türkiye’nin refah rejimini Güney Avrupa refah rejimine yaklaştıran bir yönde mi olduğu ya da dönüşümün yönünün Türkiye’nin refah rejimini Güney Avrupa refah rejiminden uzaklaştıran bir yönde mi gelişim gösterdiği sorusuna yanıt bulmaya çalışılmaktadır. Türkiye’nin refah rejimi Güney Avrupa refah rejimi bağlamında ele alınmaktadır. Ancak Türkiye’nin sağlık sistemi Güney Avrupa ülkelerinden çok farklı özellikler taşımaktadır. Bu çalışmada bu farklılıklara rağmen Türkiye’nin Güney Avrupa ülkeleri ile aynı rejim grubuna dâhil edilmesinin nedenleri de irdelenmektedir.

Anahtar kelimeler: Refah Devleti, Refah Rejimleri, Sosyal Demokrat Refah Rejimleri, Sosyal Politika, Sağlık Sistemleri.

Jel Kodu: I18.

ASSESSMENT OF HEALTHCARE SYSTEMS IN TERMS OF WELFARE REGIMES: SOUTHERN EUROPEAN WELFARE MODEL AND TURKEY

ABSTACT

In modern concept the fundamentals of welfare state rest upon the regulation of the legal arrangement done in England in the mid-19th century to provide basic education. One of the starting points of the modern welfare state being recognized is when Bismarck introduced the implementation of social security in the year 1883 for the first time. Studies that classify welfare regimes indicate that Turkey has characteristics similar to those of the group of Southern European welfare regimes. However, in recent years, profound transformations are taking place in the welfare regimes of both Southern Europe and Turkey. This study addresses the question of whether Turkey’s welfare regime converges with or diverges from Southern European welfare regime as a result of these transformations. Turkey’s welfare regime is addressed with respect to the Southern European one, although Turkey’s healthcare system has significant differences from those of Southern European countries. In this study, the reasons of Turkey’s inclusion in the same welfare category as Southern European countries despite these differences are also explored.

Keywords: Welfare State, Welfare Regimes, Social Democratic Welfare Regimes, Social Policy, Healthcare Systems.

Jel Code: I18.

1. GİRİŞ

Modern anlamda refah devletinin temelleri, 19. Yüzyılın ortalarında İngiltere’de temel eğitimi sağlamak amacıyla düzenlenen yasal düzenlemeye kadar götürülmektedir. Modern refah devleti için kabul edilen bir diğer başlangıç noktası ise, ilk defa 1883 yılında Bismark tarafından getirilen sosyal sigorta uygulamasıdır. Refah devletinin doğduğu ülkelere bakıldığında, 19. yüzyılda Almanya’da başlayan refah devleti

¹ Arş. Gör. Dr., Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, ekol@anadolu.edu.tr



uygulamalarının, daha sonra Batı Avrupa ülkelerine, Kuzey Amerika'ya ve Avustralya'ya yayıldığı görülmektedir (Özdemir, 2007: 17)

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 devlet şeklinde tanımlanmaktadır. Tüm bu alanlar sosyal politikanın önemli uygulama alanlarıdır. Yoksulluğa, işsizliğe karşı mücadele, asgari bir geçim düzeyinin sağlanması, sosyal güvenlik sistemi ve sosyal yardımlar, eğitim, sağlık, konut politikaları gibi uygulamalar sosyal politikanın temel uygulama alanlarıdır. Bu uygulamaların ulaştığı düzey ve sağladığı güvenlik toplumun gelişme düzeyini göstermektedir (Koray, 2008: 95). Refah devletini, temel sosyal hizmetlerin sağlanması amacına yönelik devlet önlemleri olarak tanımlamak mümkündür (Özdemir, 2007: 21-22).

Refah devleti, yaşlılık, işsizlik ve hastalık gibi belirli sosyal olgular karşısında aile ve bireyleri destekleyerek riskleri en aza indirmektedir. Böylece refah devleti, sınıflar ve statüler arasında ayırım olmaksızın tüm halkın eşit haklara sahip olmasını sağlamayı amaçlamaktadır (Şenkal, 2005: 276).

Bu çalışmada refah rejimlerini sınıflandırmak amacı ile yapılan çalışmalar kronolojik olarak ele alınarak bu sınıflandırma çalışmalarının benzer ve farklı yönleri karşılaştırmalı olarak ele alınacaktır. Refah rejimi sınıflandırma çalışmaları Esping-Andersen'in liberal refah modeli, korporatist refah modeli ve sosyal demokrat refah modeline dayanan üçlü refah rejimleri tipolojisine yapılan eleştiriler ve getirilen katkılar ekseninde irdelenecektir. Bu modellerin benzer ve farklı yönleri ele alınacaktır. Çalışmada ayrıca Türkiye'nin de içinde yer aldığı Güney Avrupa refah modeli irdelenmektedir. Refah rejimi sınıflandırma çalışmalarına göre Türkiye Güney Avrupa refah rejimi grubuna benzer özellikler göstermektedir. Ancak son yıllarda hem Güney Avrupa refah rejiminde hem de Türkiye'nin refah rejiminde önemli bir dönüşüm yaşanmaktadır. Bu çalışmada yaşanan bu dönüşümün Türkiye'nin refah rejimini Güney Avrupa refah rejimine yaklaştıran bir yönde mi olduğu ya da dönüşümün yönünün Türkiye'nin refah rejimini Güney Avrupa refah rejiminden uzaklaştıran bir yönde mi gelişim gösterdiği sorusuna yanıt bulmaya çalışılmaktadır. Türkiye'nin refah rejimi Güney Avrupa refah rejimi bağlamında ele alınmaktadır. Ancak Türkiye'nin sağlık sistemi Güney Avrupa ülkelerinden çok farklı özellikler taşımaktadır. Bu çalışmada bu farklılıklara rağmen Türkiye'nin Güney Avrupa ülkeleri ile aynı rejim grubuna dâhil edilmesinin nedenleri de irdelenmektedir.

2. REFAH REJİMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık politikaları bir ülkenin refah rejimi bakımından incelenebilir. Sağlık ve emeklilik harcamaları toplam sosyal politika harcamalarının çok büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamu kesimi tarafından mı, yoksa özel sektör tarafından mı sunulacağı, diğer taraftan bu hizmetlerin prim ödeme koşuluna bağlı olarak mı sunulacağı yoksa kapsamının evrensel olarak tüm nüfusu kapsayacak büyüklükte mi olacağı o ülkenin içinde bulunduğu refah rejiminin özelliklerine göre belirlenmektedir. Bu bağlamda bir ülkenin sağlık sistemini inceleyebilmek ve geçirdiği dönüşümün yönünü anlayabilmek için öncelikle o ülkenin içinde bulunduğu refah rejiminin belirlenmesi gerekmektedir. Refah rejimlerini tanımlamaya yönelik çalışmalar iki önemli özelliği göz önünde bulundurmaktadır. Bu özelliklerden ilki sınıflandırılmak istenen refah rejiminin hangi refah programlarını kapsadığının belirlenmesidir. İkinci özellik ise, bu refah programlarını uygulamak için hangi araçların kullanılacağıdır (Kasza, 2002: 272).

Refah rejimlerini sınıflandırma çalışmaları Harold L. Wilensky ve Charles N. Lebeaux tarafından 1958 yılında yapılan refah devletini *kalıntı* ve *kurumsal* olarak ikiye ayıran çalışmaya kadar götürülmektedir. Daha sonra ise Richard Titmuss, *kalıntı*, *endüstriyel başarı* ve *kurumsal* olmak üzere üçlü bir sınıflandırma yapmıştır. Ancak sınıflandırma konusundaki en önemli katkı Esping-Andersen tarafından yapılmıştır. Esping-Andersen'in refah rejimi sınıflandırmasına göre; üç farklı refah rejimi modeli bulunmaktadır. Bu modeller; *Liberal model*, *korporatist model* ve *sosyal demokrat model* olarak adlandırılmaktadır (Taşçı, 2010: 73-74). Daha sonra yapılan sınıflandırma çalışmaları ise Esping-Andersen'in sınıflandırmasına yapılan eleştiriler ve getirilen katkılardan oluşmaktadır. Bu bölümde bu sınıflandırma çalışmalarının karşılaştırmalı olarak incelenmesine yer verilmektedir.



2.1. Harold L. Wilensky ve Charles N. Lebeaux'un Modeli (1958)

Abrahamson (1999)'a göre, refah rejimlerini sınıflandırmaya yönelik çalışmalar, Harold L. Wilensky ve Charles N. Lebeaux' un 1958 yılında yaptıkları refah devletlerini iki gruba ayıran çalışmaya kadar götürülebilir. Bu iki sosyal refah kavramlaştırması bugün Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) baskın olan *kalıntı (residual)* ve *kurumsal (institutional)* yaklaşımlardır. *Kalıntı refah rejimi (residual welfare regime)* yaklaşımında, refah sağlamakla görevli kurumlar olan aile ve piyasa bu görevlerini yerine getiremediğinde devletin sosyal refah kurumları devreye girmektedir. İkinci yaklaşım olan *kurumsal refah rejimi (institutional welfare regime)* yaklaşımında ise, devletin sosyal refah kurumlarının refah sağlama görevleri olağan bir durumdur. Bu fonksiyon, modern sanayi toplumlarının temel görevi olarak görülmektedir ve sanayileşme ilerledikçe kurumsal refah rejimi baskın hale gelecektir. Kalıntı ve kurumsal refah devletleri bir bütünün iki ucunu belirtmekte, kalıntı refah devleti en az gelişmiş olanı ve kurumsal refah devleti en gelişmiş olanı ifade etmektedir. Bu tartışma şekli modernleştirme tezi ile etiketlenmekte ve kalıntı refah devletinden kurumsal refah devleti yapısına geçilmesi beklenmektedir. Bu modelde açıklayıcı değişken olarak olgunluk ya da sanayileşme derecesi ve refah devletinin büyüklüğünün ölçümünde en çok kullanılan ölçüt Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'ya göre toplam sosyal harcamaya düzeyi ile gösterilmektedir. Ekonomik büyüme, nüfusun yaşlanması ve refah sistemlerinin artan büyüklüğü üzerinde önemle durulmaktadır (Abrahamson, 1999: 395-396; Şenkal, 2005: 323).

2.2. Richard Titmuss'un Modeli (1974)

Richard Titmuss tarafından refah rejimleri üç gruba ayrılmıştır. Buna göre refah rejimleri, *kalıntı refah modeli (residual welfare)*, *endüstriyel başarı-performans modeli (industrial achievement-performance)*, *kurumsal-yeniden bölüşümcü model (institutional redistributive)* olarak sınıflandırılmaktadır. *Kalıntı refah modelinde*, muhtaç kişilere temel yardım ya da hizmetlerin sunulmasında, devletin piyasaya müdahalesi sınırlandırılmakta, sadece yoksullara yönelik bir devlet yardımı bulunmaktadır. Wilensky ve Lebeaux' un sınıflandırmasındaki gibi, iki doğal hizmet sağlayıcı olan piyasa ve aile yetersiz kaldığında, devlet geçici olarak refah hizmeti sunmaktadır. (Abrahamson, 1999: 396-397).

Endüstriyel başarı-performans modeli, özellikle eğitim, kamu sağlık hizmetleri sunumu ve sosyal güvenlik gibi sosyal refah kuruluşlarının önemli rollerini bir araya getirmektedir. Bu model, hak etme, kazanılmış statü farklılıkları, çalışma performansı ve verimlilik temelli olarak sosyal ihtiyaçların karşılanmasında sosyal refah kuruluşlarına önemli bir görev vermektedir (Abrahamson, 1999: 397; Özdemir, 2007: 127-128).

Kurumsal-yeniden bölüşümcü modelde ise, refah rejimi, ihtiyaca bağlı olarak yurttaşlara evrensel hizmetler sunmaktadır. Devlet, yeniden dağıtıcı sosyal politikalar yoluyla, evrensel hakları garanti ederek ve bütün yurttaşlara kamu hizmetleri sunarak, piyasanın geliri paylaşmasına müdahalede bulunmaktadır. Bu modelin amacı, eşitlik, sosyal bütünleşme ve dayanışmayı sağlayarak, damgalamadan kaynaklanan olumsuzlukları gidermektedir (Abrahamson, 1999: 397; Özdemir, 2007: 128).

2.3. Esping-Andersen'in Modeli (1990)

Esping-Andersen ise bugün refah rejimlerinin sınıflandırılmasında referans noktası olarak kabul edilen "Refah Kapitalizminin Üç Dünyası" adlı eserinde refah rejimlerine yönelik olarak yeni bir kavramlaştırma çalışması yapmıştır. Esping-Andersen'in refah rejimi sınıflandırmasına göre; üç farklı refah rejimi modeli bulunmaktadır. Bu modeller; *Liberal model*, *korporatist model* ve *sosyal demokrat model* olarak adlandırılmaktadır (Esping-Andersen, 1990: 26-29; Koray, 2005: 197-198).

Esping-Andersen'in üç yeni refah rejimi sınıflandırmasının, Titmuss'un üçlü sınıflandırması ile benzer özellikler taşıdığı görülmektedir. Liberal model ile kalıntı modeli, muhafazakâr model ile endüstriyel başarı-performans modeli, sosyal demokrat model ile kurumsal yeniden bölüşümcü model arasında benzer özellikler görülmektedir. Aradaki temel farklılık ise, Titmuss'un refah devletine daha dar bir tanım ile yaklaşması, Esping-Andersen'in ise, devlet ve piyasa arasındaki ilişkiyi kapsayacak genişlikte bir yaklaşım sergilemesidir (Özdemir, 2007: 131-132). Bu bağlamda Esping-Andersen'in sınıflandırmasında Titmuss'un modelini temel alarak daha kapsamlı bir refah rejimi sınıflandırması gerçekleştirildiğini ifade edebiliriz.

Esping-Andersen'in yaklaşımı, sağlık sistemlerine uygulandığında, özellikle eksik bulunan kısım, sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri ile ilgilidir. Emekli aylıkları ya da işsizlik programları gibi refah devletinin



Bahar-2014

Spring-2014

Cilt: 3 Sayı: 5 (15-31)

Volume: 3 Issue: 5 (15-31)

diğer alanları esas olarak parasal transferler üzerine odaklanmakta iken, sağlık sistemlerinin asıl görevi sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır (Wendt vd., 2009: 73).

Liberal refah rejiminde, devletin vatandaşlarına sağladığı faydalar minimum düzeyde olup, gelir araştırmasına bağlıdır. Liberal modelde devlet, son çare olarak başvurulacak bir merci konumundadır ve sadece en kötü durumda bulunan en yoksul insanlar için devreye girmektedir. Bu asgari sosyal yardımlar da gelir araştırmalarının sonuçlarına göre belirlenmekte ve bu yönüyle de damgalayıcı bir nitelik taşımaktadır (Taşçı, 2013: 8). Genel eğilim, daha az harcama yönündedir. ABD, Kanada ve Avustralya bu modelin geleneksel örnekleridir. İngiltere ve Yeni Zelanda da bir dereceye kadar bu refah rejimine örnek verilebilir (Özdemir, 2007: 134; Esping-Andersen, 1990: 26-27; Bamba, 2005b: 197).

Bu modelde, vatandaşlar bireysel piyasa aktörlerini oluşturmaktadır. Piyasa ilişkilerini sosyal haklarla değiştirmek konusunda isteksizlik bulunmaktadır ve vatandaşlar kendi refahlarını piyasada aramaya yönlendirilmektedir. Devlet, son çare mekanizması işlevini yerine getirdiği için, sadece en kötü durumda bulunanlara gelir transferi yapılmaktadır. Devlet bu kişileri gelir testi yoluyla tespit etmektedir. Bu nedenle temel sosyal yardım programları gelir araştırmasına başvurmayı gerektirmekte ve sosyal sigorta yararları oldukça düşük düzeyde bulunmaktadır (Özdemir, 2007: 135; Esping-Andersen, 1990: 26).

Muhafazakâr rejim modeli, tarihsel olarak korporatist bir yapıya sahip bulunan Almanya, Fransa, Avusturya, İtalya ve Belçika gibi ülkelerde görülmektedir (Özdemir, 2007: 137; Kara, 2013: 213). Bu modelde, devletin refah hizmetlerinde önemli derecede piyasanın yerini aldığı görülmekle birlikte, var olan statü ve sınıf farklılıkları refah uygulamaları ile de sürdürülmektedir. Sosyal haklar büyük ölçüde sınıf ve statüye bağlanmıştır. Bu model, organik ve hiyerarşik bir yapıyı koruyan, aile, kilise ve mesleğe dayalı bir refah anlayışını destekleyen ve gerekli durumlarda onları tamamlayan, fakat onların yerine geçmeyen bir refah devleti düşüncesidir (Koray, 2005: 198; Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 68-69; Esping-Andersen, 1990: 27).

Bu ülkelerdeki sosyal harcamalar, liberal refah devletlerinden önemli derecede daha fazladır ve gelir transferleri, erkek aile reislerinin gelir ihtiyaçlarını karşılamak için yeterlidir. Kadın istihdamını ve kadınlara iş sağlamayı kolaylaştıran sosyal hizmetler mütevazıdır. Hem toplam istihdam seviyesi, hem de kadınların işgücüne katılım oranları düşük bulunmaktadır. Bu modeli benimseyen ülkeler, çalışma hakkı, yani istihdamı yüksek tutma hedefi yerine, sosyal güvenlik hakkını, yani sosyal sorunları sosyal güvenlik yoluyla çözme yöntemini kabul etmişlerdir. Devlet, farklı nedenlerle gelir kaybına uğrayan kişilere, yeni istihdam olanakları sunmak yerine, çözümünü tazmin ve telafi edici politikalarda aramaktadır (Özdemir, 2007: 137-138; Esping-Andersen, 1990: 27).

Sosyal demokrat refah rejimleri ise evrensel refah rejimleri, İskandinav modeli ya da modern refah rejimleri olarak da ifade edilmektedir. Bu rejim modelinin önde gelen ülkesinin İsveç olması nedeniyle İsveç Modeli olarak da ifade edildiği olmaktadır. Bu rejim grubundaki diğer ülkeler ise Norveç, Danimarka, Hollanda ve Finlandiya'dan oluşmaktadır (Özdemir, 2007: 140; Taşçı, 2013: 9).

Çalışma eksenli toplum modeli olarak da bilinen sosyal demokrat refah rejimleri, sosyal hakların en çok kurumsallaştığı ve yaygın hale geldiği, sosyal ihtiyaçların en çok piyasa dışından karşılandığı (dekomüdfikasyon)² modelidir. Bu modelin ortaya çıkmasındaki ana unsur da bu ülkelerde sosyal demokrasinin sosyal desteği ve uzun süreli iktidarındır. Burada piyasa ile devlet, işçi sınıfı ile orta sınıf arasında ikili bir yapıyı kabul etmek yerine, yüksek standartlarda bir toplumsal eşitliğin sağlanması amaçlanmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 69; Esping-Andersen, 1990: 27; Koray, 2005: 199).

Sosyal demokrat refah rejimi, devlete verdiği önem bakımından uluslararası alanda benzersizdir. Ailelerin güçlendirilmesini ve bireylerin daha fazla bağımsız olmalarını hedeflemektedir. Vatandaşlarının refah ihtiyaçlarını, piyasadaki bağımsız hale getirmeye çalışmaktadır. Bu modelin üç özelliği bulunmaktadır: Evrensel gelir garantisi, sosyal sigorta ve çocuk, özürlü ve yaşlılara yönelik oldukça gelişmiş hizmetler. Sosyal demokrat refah rejimleri, devlet gelirleri ve harcamalarına bağımlıdır. Belçika ile birlikte İskandinav ülkeleri, yaşlı ve çocukların yoksulluğunu en aza indirebilmiş az sayıda OECD ülkeleri arasında bulunmaktadır (Şenkal ve Sarıipek, 2007: 160). İsveç'te yaşlıların sadece %0,5'i, Finlandiya'da %4'ü, Norveç'te ise %5'i yoksulluk sınırının altında kalmaktadır. Bu ülkelerin önemli ve dikkat çekici iki özelliği bulunmaktadır. Bu özelliklerden ilki, önleyici tedbirlere yönelik olarak yapılan başarılı yatırımlardır. İkinci

² Dekomüdfikasyon (decommodification): Eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi temel toplumsal ihtiyaçların meta olmaktan çıkarılmasını ifade etmektedir (Çelik, 2005).



özelliği ise, diğer Avrupa ülkelerinden farklı bir şekilde, yaşlılardan daha çok gençlere yönelik sosyal politika uygulamalarına önem vermeleridir (Özdemir, 2007: 141; Esping-Andersen, 1990: 28).

2.4. Leibfried'in Modeli (1992)

Refah rejimlerini sınıflandırma çalışmalarına, Leibfried *tam gelişmemiş* (rudimentary) refah devleti olarak adlandırdığı refah rejimi modeli ile katkı sağlamıştır. Bu rejim modelinin temel özelliği, yasal, kurumsal ve sosyal alanlarda tam bir gelişmenin sağlanamamış olmasıdır. Bu model Yunanistan, İspanya, Portekiz, İtalya ve bir ölçüde de İrlanda'yı kapsamaktadır. Bu rejim grubunda yer alan ülkeler Güney Avrupa refah rejimi ya da Latin Kuşağı Modeli olarak da adlandırılmaktadır (Abrahamson, 1999: 402-404; Özdemir, 2007: 150-151; Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 67-68).

Leibfried (1992) Avrupa Topluluğu ülkeleri içerisinde dört sosyal politika ya da yoksulluk rejimi ayrımı yapmaktadır. Bu rejimler; İskandinav refah devletleri, "Bismark" ülkeleri, Anglo-Sakson ülkeler ve Güney Avrupa ülkeleri olarak gruplandırılmaktadır. Bu politika rejimleri modern, kurumsal, kalıntı ve Güney Avrupa rejimleri olarak ifade edilen farklı politika modellerine dayanmaktadır. Bu politika rejimleri içerisinde, refah devleti kurumları yoksullukla mücadelede farklı bir işleve sahiptir. Leibfried'in sınıflandırmasının en önemli özelliği Esping-Andersen'in ilk sınıflandırmasına Güney Avrupa refah rejimini eklemiş olmasıdır (Arts ve Gelissen, 2002: 145).

Güney Avrupa ülkelerinde işgücü piyasası tarım ağırlıklı, sosyal güvenlik uygulamaları yetersiz olsa da bazı gruplar için refah politikaları gelir kaynağı durumundadır ve bu nedenle refah politikaları geçim ekonomisi ile uyum içerisindedir. Bu ülkelerde refah devletinin kurumsal yapısı da, sosyal koşulları da çok yetersizdir; ancak buna karşın anayasalarında modern refah devletine yönelik vaatler bulunmaktadır; bu yüzden bu ülkeler *kurumsallaşmış vaatler* ülkeleri olarak da adlandırılmaktadırlar (Koray, 2005: 201-202; Özdemir, 2007: 151).

Güney Avrupa ülkelerinde uygulanan gelir desteklerinin en belirgin özelliği, sağlanan sosyal korumanın ikili hatta neredeyse kutuplaşmış olmasıdır. Bu noktada güney refah anlayışının Kıta Avrupası ya da Bismark tarzı refah anlayışından ilk önemli farklılığı ortaya çıkmaktadır. Bu ülkelerdeki programlar kurumsal emek piyasasında bulunan işgücünün formal sektörlerine cömert bir koruma, kurumsal olmayan ya da düzensiz olarak adlandırılabilir piyasalarda bulunanlara ise çok az destek sağlamaktadır. İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan, Avrupa Birliği üyesi ülkeler arasında, kişi ya da ailelere asgari gelir desteği sağlayan programı bulunmayan tek ülkeler grubudur. Bu ülkelerde refah devletinin gelişimi Kuzey Avrupa'dan daha sonra olmuştur. Bu ülkeler daha zor sosyo-ekonomik koşullarla mücadele etmek durumunda kalmışlardır. (Ferrera, 2006: 198-199; Özdemir, 2007: 152).

Güney Avrupa ülkelerinde, ikili gelir desteği sistemi, refah hizmetlerinin sunulması ve planlanmasında tikelcilik-klientalizm ve hatta yolsuzluk; kamu harcamalarındaki yüksek oran ve ailenin sosyal denge sağlamadaki rolü, en belirgin özellikleri olarak görülmektedir (Gough, 2006: 232; Taşçı, 2013: 10-11). Burada özel sektörde karlılığı dikkate alınarak, kamu ile ortaklık içinde bir sistemin işletilmesi amaçlanmaktadır (Ferrera, 2006: 206-208). Türkiye'de sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüme bakıldığında, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sonrasında bu uygulamalara benzer gelişmeler görülmektedir. SDP sonrasında, kamu-özel ortaklığı yöntemi ile kampüs ve şehir hastanelerinin kurulmaya başlanması ve tüm kamu hastaneleri ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile sözleşme imzalamış olan özel hastanelerin tüm genel sağlık sigortalılara hizmet vermesinin sağlanması ile bu adımlar atılmıştır. Bu bağlamda Türkiye'yi de Güney Avrupa refah rejimi içerisinde değerlendirebiliriz (Buğra ve Keyder, 2003: 16-17; Taşçı, 2013: 11-12).

2.5. Castles ve Mitchell'in Modeli (1993)

Castles ve Mitchell, sosyal harcamaların daha fazla gelirin yeniden dağılımının sağlanması için tek yol olup olmadığı sorusunu sormaktadırlar, hükümetlerin piyasa güçlerinin etkilerini hafifletmek için para yardımından başka yöntemleri de kullanabileceğini ifade etmektedirler. Castles ve Mitchell'in Esping-Andersen'in çalışmasına getirdikleri eleştiriler esas olarak iki noktaya yönelmektedir. Bunlardan ilki, sol partilerin siyasi faaliyetlerine dikkat çekmektedir. Avusturalya ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde eşitliği sağlamak için vergi öncesi ve transfer öncesi gelirlerden çok sosyal politikalar yoluyla eşitliğin sağlanması hedeflenmelidir. İkincisi ise, Avusturalya'yı İngiltere ile ilişkili olarak ele almalarıdır. Esping-Andersen'in



Bahar-2014

Spring-2014

Cilt: 3 Sayı: 5 (15-31)

Volume: 3 Issue: 5 (15-31)

yaklaşımı gelirlere ilişkili yardımların yeniden dağılıma etkili bir şekilde katkı sağlamak için olası etkilerini göz ardı etmektedir. Avustralya'da para yardımları neredeyse tümüyle gelir araştırmasına dayanmaktadır. Bu yaklaşım ne çok yoksullara yönelik liberal tür bir yeniden dağılıma odaklanmaktadır ne de Esping-Andersen'in çalışmasında vurgulanan daha evrensel sosyal demokrat ve muhafazakâr ideal modele benzemektedir (Arts ve Gelissen, 2002: 146).

Castles ve Mitchell, Esping-Andersen'in tipolojisini teorik ve ampirik olarak incelemiş, bu incelemenin sonucunda üçlü refah rejimine bir dördüncünün *radikal rejim* eklenmesi gerektiği sonucuna ulaşmışlardır. Avustralya, Yeni Zelanda ve İngiltere gibi ülkeler, Esping-Andersen'in sınıflandırmasında *liberal rejimler* olarak görülmektedir. Fakat Castles ve Mitchell, bu ülkelerin, düşük harcamalar ve yüksek yeniden dağıtım düzeyleri ile kendine özgü bir radikal rejim türü olarak düşünülmesi gerektiğini ileri sürmektedirler (Özdemir, 2007: 153-154).

2.6. Siaroff'un Modeli (1994)

Siaroff, cinsiyet eşitsizliğinin nasıl sosyal politika ve refah devletleri alanına dâhil edildiği konusunda var olan alan yazının yeterli ilgiyi göstermediğini ileri sürmektedir. Daha cinsiyete duyarlı refah devleti rejimleri tipolojisine ulaşmak için, iş ve refah alanında cinsiyet eşitliği ve eşitsizliklerinin farklı göstergelerini incelemektedir. Ülkeler arasında erkek ve kadınların iş-refah seçimlerini karşılaştırmaktadır. Bu inceleme sayesinde *Protestan Sosyal-Demokrat*, *Protestan Liberal*, *İleri Hristiyan-Demokrat* ve *Geç Kadın Hareketliliği* refah devleti rejimleri arasında ayırım yapabilmektedir. Farklı şekillerde adlandırılmış olsa da, bu tipoloji Esping-Andersen'in sınıflandırması ile büyük ölçüde örtüşmektedir. Sadece sonuncu model *Geç Kadın Hareketliliği* refah devleti rejimi, daha önce belirtilen Güney Avrupa refah devletleri modeline benzemektedir. Leibfried, Ferrera ve Bonoli'nin analizleri incelendiğinde onların sınıflandırma çalışmalarının ilk üç türü arasında ve Esping-Andersen'in sınıflandırması ile güçlü bir benzerlik taşıdığı görülmektedir. Ancak, bu üç yazarın tümü Esping-Andersen'in ilk sınıflandırma çalışmasına dördüncü bir tür olarak Güney Avrupa rejimini eklemiştir (Arts ve Gelissen, 2002: 146-148).

2.7. Ferrera'nın Modeli (1996)

Ferrera sosyal güvenlik sistemlerinin dört boyutu üzerine yoğunlaşmaktadır; erişim kuralları (uygunluk kuralları), yardımların hangi koşullar altında verildiği, sosyal korumanın finansmanı için yapılan yasal düzenlemeler ve son olarak farklı sosyal güvenlik programlarını yönetmek için örgütsel-yönetimsel düzenlemeler. Bu boyutlara dayanarak; *İskandinav*, *Anglo-Sakson*, *Bismark* ve *Güney Avrupa ülkeleri* arasında ayırım yapmaktadır. İskandinav ülkeleri yaşam risklerine karşı kapsamın evrensel oluşu ile nitelendirilmektedir. Sosyal koruma hakkı vatandaşlık temeline dayandırılmaktadır. *Anglo-Sakson* refah devletleri ailesi de yüksek derecede kapsayıcı bir sosyal güvenlik sistemi ile nitelendirilmektedir, ancak sadece sağlık hizmetlerinde tamamen evrensel bir risk kapsamının olduğu söylenebilmektedir. Sabit-oranlı yardımlar ve gelir araştırması da önemli bir rol oynamaktadır. Üçüncü ülkeler grubunda, sosyal güvenlik hizmetlerinden yararlanma hakkı ile kişinin işgücü piyasasındaki durumu ve aile içerisindeki rolü (ailenin geçimini sağlayan kişi olup olmayışı) arasındaki ilişki halen açık bir şekilde görülmektedir. Farklı programların finansmanının sağlanmasında primler önemli bir rol oynamaktadır. Nüfusun tamamına yakını kendi çalışmalarından dolayı ya da aile bireyleri üzerinden sosyal sigorta sisteminin kapsamına girmektedir (Arts ve Gelissen, 2002: 145).

Güney Avrupa refah rejimleri ise, gelir desteği sistemlerinde meslek grupları arasında yüksek kurumsal parçalı, sağlık sistemlerinde ise evrenselci bir özellik göstermektedir. İspanyol, İtalyan, Portekiz ve Yunan anayasalarında sağlık hizmeti tüm vatandaşlar için hak olarak açıkça belirtilmiştir. Geçmişte sağlık sistemleri gelir desteğinde olduğu gibi mesleki hiyerarşiye göre parçalı bir yapıya sahip olmasına rağmen, bu dört ülke, son yirmi yılda ulusal sağlık hizmetini vergilerle finanse edebilen, standartlaşmış kurallar ve örgütlenme bünyesinde, tüm vatandaşlara açık ve ücretsiz hale getirmeyi amaçlayan reformlar gerçekleştirmeye çalışmışlardır (Ferrera, 2006: 206-207).

Dört ülkenin tümünde yasal reformlar kabul edilmiştir, fakat reform yasalarının uygulanma dereceleri farklılık göstermiştir. Bu derece İtalya ve İspanya'da yüksek iken, Portekiz ve Yunanistan yasal olarak düzenlenmiş önlemlerin birçoğunu uygulamaya koymakta başarısız olmuştur. Sağlık sigortası sisteminde ulusal sağlık hizmetleri sistemine doğru bir değişikliğin gerçekleşmesi için erişim sisteminde, yardımların



yapısında, finansman mekanizmalarında ve yönetim yapılarında değişiklikler yapılması gerekmektedir. Daha da önemlisi, sağlık sistemleri ile ilgili temel siyasal mantıktaki değişim, muhafazakâr anlayıştan sosyal demokrat düşünceye doğru gelişim göstermiştir (Guillen, 2002: 50-51).

2.8. Bonoli'nin Modeli (1997)

Bonoli özellikle dekomüdfikasyon yaklaşımına karşı eleştirel bir tutum sergilemektedir. Bonoli'ye göre, bu bakış açısı *Bismark* ve *Beveridge* sosyal politika yaklaşımları arasında etkili bir biçimde ayırım yapılmasına olanak tanımamaktadır. Diğer bir seçenek olarak, refah devletlerinin sınıflandırılması için kullanılan iki yaklaşımı birleştirmektedir. Bunlardan biri "ne kadar" (harcama miktarı) boyutu üzerine (Anglo-Sakson literatüründe vurgulanan) ve diğeri "nasıl" sosyal politika boyutu üzerine (Kıta Avrupası ya da Fransız geleneğinde vurgulanan) odaklanmaktadır (Bonoli, 1997: 353). Birinci boyutun ampirik bir göstergesi olarak, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)'nin oranı olarak sosyal harcama düzeyini kullanmakta ve ikinci boyut olarak primler yoluyla finanse edilen sosyal harcamaların yüzdesini kullanmaktadır (Arts ve Gelissen, 2002: 145).

Tablo 1: Bonoli'nin Bismark ve Beveridge Sosyal Politika Modeli

Boyutlar	Bismark modeli	Beveridge modeli
Hedef	Gelir sağlama	Yoksulluğun önlenmesi
Yardımlar	Kazançla ilişkili	Eşit miktarda
Hak Kazanma	Prim ödeme süresi	İkamet ya da ihtiyaç
Kapsam	İşçiler	Bütün nüfus
Finansman	Primler	Vergilendirme

Kaynak: Bonoli, 1997: 357.

Dekomüdfikasyon (decommodification): Eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi temel toplumsal ihtiyaçların meta olmaktan çıkarılmasını ifade etmektedir (Çelik, 2005). Fransa'da karşılaştırmalı sosyal politika alanı Ferrera tarafından da kullanılmış olan iki model ile ilişkili olarak iki tür refah hizmeti üzerine odaklanmıştır. Bunlar *Beveridge* ve *Bismark* sosyal koruma modelleridir. Bu iki model biri ya da diğeri için tipik olan özellikler bakımından tanımlanmaktadır. *Bismark* modeli sosyal politikalar sosyal sigorta sistemine dayanmaktadır; işçiler için kazançla ilişkili yardımlar sağlamaktadır; yardımlara hak kazanma tatminkâr bir süre prim ödeme koşuluna bağlıdır ve finansman temel olarak işçi/işveren katkılarına dayanmaktadır. Buna karşılık, *Beveridge* modeli sosyal politika evrensel hizmet sunumu ile nitelendirilmektedir; yardımlara hak kazanma ikamet ve ihtiyaç (ya da sadece ikamet) koşullarına bağlıdır; yardımlar genellikle eşit miktardadır ve genel vergiler yoluyla finansman sağlanmaktadır. *Bismark* modeli sosyal politika işçilere gelir sağlama ile ilgilidir, oysa *Beveridge* modeli sosyal politika yoksulluğun önlenmesini hedeflemektedir. Tablo 1, *Bismark* ve *Beveridge* tarzı sosyal politikanın temel özelliklerinin bir özeti sunmaktadır (Bonoli, 1997: 356-357).

2.9. Korpi ve Palme'nin Modeli (1998)

Korpi ve Palme'nin geliştirdikleri tipoloji refah devletlerinin kurumsal özelliklerine dayanmaktadır. Onlar bir taraftan refah devletinin kurumsal biçimlerini etkileyen nedensel unsurları araştırmakta iken, diğer taraftan bir toplumdaki yoksulluk ve eşitsizliğin derecesi kadar kimliklerin, tercihlerin ve menfaatlerin şekillenmesindeki kurumsal etkileri incelemeye çalışmaktadırlar. Kurumsal yapıların çıkar grupları arasındaki rol çatışmalarını yansıtabileceğini ileri sürmektedirler. Sınıflandırmalarına temel olarak, Korpi ve Palme refah devletinin merkezinde olduğunu düşündükleri emekli aylıkları ve hastalık nakit yardımları gibi iki sosyal programın kurumsal yapılarını almaktadırlar. Bu programların kurumsal yapıları üç farklı unsura göre sınıflandırılmaktadır; hak kazanma koşulları, yardım düzeyinin belirlenmesi ilkesi (sosyal sigortanın hangi ölçüde gelir kaybını karşılayabildiği) ve sosyal sigorta programının yönetimi (işveren ve işçi temsilcilerinin programın yönetimine katılıp katılmadığı). Vatandaşların yaşamları süresince en önemli



İhtiyaçlarını sağlayan temel sosyal sigorta programları refah devletinin kilit unsurunu oluşturmaktadır. Bu tipolojinin ilk unsuru yardımlara hak kazanma koşullarını tanımlamaktadır ve dört farklı ölçütü kapsamaktadır. Bunlar; yardımlara hak kazanma koşullarının gelir araştırması yoluyla belirlenmesi ya da sosyal sigorta programının finansmanına sigortalılar ya da işverenler tarafından yapılan katkılara bağlı olarak belirlenmesi, belirli bir mesleki gruba ait olması ya da vatandaşlık; o ülkede ikamet etme koşullarından oluşmaktadır. İkinci unsur yardım düzeyinin belirlenmesi ilkesidir ve üç farklı şekilde belirlenmektedir. Bunlar; gelir araştırmasına bağlı asgari yardımlar, herkese eşit olarak verilen yardımlar ve önceki kazançlarla ilişkili olarak farklı seviyelerde yapılan yardımlardır. Üçüncü unsur ise sosyal sigorta programının yönetim şeklini belirtmektedir. Sosyal sigorta programlarının bu üç unsuruna dayanarak, kurumsal yapının beş farklı ideal modeli tanımlanmaktadır. Tarihsel görünümü Batı ülkelerinde ortaya çıkan bu ideal kurumsal yapılar Tablo 2’de görüldüğü gibi *Hedeflenen*, *Gönüllü Devlet Desteği*, *Korporatist*, *Temel Güvence*, *Kapsama Alanı* modelleri olarak nitelendirilmektedir (Korpi ve Palme, 1998: 666-667).

Hedeflenen modelde yardımlara hak kazanma koşullarının gelir araştırmasına bağlı olmasının bir sonucu olarak, asgari miktarda ya da oldukça benzer düzeyde bulunan yardımlar yoksulluk sınırının altında kalan ya da yoksul olarak tanımlanan kişilere yapılmaktadır. *Gönüllü Devlet Desteği modeli* toplumun karşılıklı çıkarlarına hizmet etmek ve diğer gönüllü kuruluşların üyelerinin gelir kayıplarına karşı korunmalarını sağlamak için vergi gelirlerini kullanmaktadır. Çünkü yardımlara hak kazanma üye olunan farklı programlara yapılan gönüllü katkılara dayanmaktadır, bu programlar vasıflı işçiler ve orta sınıfa mensup bulunanlar için vasıfsız işçiler ve yoksullardan daha fazla öneme sahip bulunmaktadır. *Korporatist modelde* programlar ekonomik olarak aktif durumda bulunan nüfusa yöneltilmektedir. Yardımlara hak kazanma primler ve belirli bir meslek grubunun mensubu bulunmanın birleşimine dayanmaktadır. *Temel Güvence modelinde*, yardımlara hak kazanma primler ya da vatandaşlık (ikamet) koşullarına dayanmaktadır. *Kapsama Alanı modeli*, *Bismark* ve *Beveridge* tarzı düşünceleri yeni bir model içerisinde birleştirmektedir. Bu modelde, yardımlara hak kazanma primler ve vatandaşlık koşullarına dayanmaktadır. Evrensel programlar tüm vatandaşları kapsamaktadır ve ekonomik olarak aktif durumda bulunan nüfus için kazanç ile ilişkili yardımlarla birleştirilmiş bir temel güvence sağlamaktadır. Bu model özel sigortaya olan talebi azaltmakta ve tüm vatandaşları aynı program içinde kapsama potansiyeline sahip bulunmaktadır (Korpi ve Palme, 1998: 667-669).

Tablo 2: Korpi ve Palme'nin İdeal Sosyal Sigorta Kurumları Modeli

Model	Hak kazanma koşulları	Yardım düzeyinin belirlenme ilkesi	Programın yönetiminde işçi-işveren işbirliği
Hedeflenen	Kanıtlanmış ihtiyaç	Asgari	Yok
Gönüllü devlet desteği	Üyelik, primler	Eşit miktar ya da kazançla ilişkili	Yok
Korporatist	Mesleki kategori ve iş gücüne katılım	Kazançla ilişkili	Var
Temel güvence	Vatandaşlık ya da primler	Eşit miktar	Yok
Kapsama alanı	Vatandaşlık ve iş gücüne katılım	Eşit miktar ve kazançla ilişkili	Yok

Kaynak: Korpi ve Palme, 1998: 666.

Refah devleti modelleri Esping-Andersen tarafından “Refah Kapitalizminin Üç Dünyası” adlı eserde tanımlanmış olan model ile uyumlu bir şekilde sıralanmıştır. Örneğin, Bonoli’nin Kıta Avrupası modeli Esping-Andersen’in Muhafazakâr modeli ile çok fazla benzerlik taşımaktadır; her iki modelde de primler oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Aynı şekilde, Castles ve Mitchell’in Hak Etmeyenlerin Baskınlığı (*Non-Right Hegemony*) modeli, yüksek derecede evrensellik ve sosyal politika alanında eşitlik özelliklerinden dolayı Esping-Andersen’in Sosyal Demokrat modeli ile büyük ölçüde uygunluk göstermektedir (Arts ve Gelissen, 2002: 148).

Refah devletlerini sınıflandırmak için, farklı göstergeler kullanıldığında dahi, bazı ülkelerin belirli ideal modellere yakın standart örnekler olarak belirlediği görülmektedir. ABD, herkesin sınıflandırmasına göre, en iyi şekilde *Liberal (Protestan, Anglo-Sakson ya da Temel Güvence)* refah devletinin bir örneği olarak ifade



edilmektedir. Almanya *Bismark/Kıta Avrupası/Muhafazakâr* ideal modele yaklaşmakta ve İsveç *Sosyal-Demokrat (İskandinav/Nordic)* ideal modele yaklaşmaktadır (Arts ve Gelissen, 2002: 148). Sınıflandırmalara farklı isimler veriliyor olsa da aynı sonuçlara ulaşılmakta, neredeyse tüm sınıflandırma çalışmalarında aynı ülkeler aynı gruplara dâhil edilmektedir. Bununla birlikte, diğer modellerle kıyaslandığında İskandinav refah modeli çok farklı ve kendine özgü bazı özellikler göstermektedir. İskandinav refah modelinin arkasında yatan temel ilke, yardımların evrensel olması ve istihdama ilişkin ve ailevi hiçbir şarta bakılmaksızın tüm vatandaşlara uygulanmasıdır. Bu sistemde yardımlar aileye değil bireye yapılmaktadır (Şenkal ve Sarıipek, 2007: 156-157).

3. GÜNEY AVRUPA REFAH MODELİ VE TÜRKİYE

Güney Avrupa sosyal politikasının ayırt edici özelliklerini ortaya koyan en kapsamlı çalışma Ferrera tarafından yapılmıştır. Ferrera'ya göre bu özellikler şu şekilde belirtilebilir: Formel işgücüne dâhil ayrıcalıklı gruplara yüksek, nüfusun geri kalanına ise çok az ya da düzensiz yardımın sağlandığı, ikili gelir desteği sistemi. Buna karşılık, sağlık hizmetleri sistemi evrenselcidir. Diğer aynı hizmetler gibi bu hizmette de uygulamalar, vaat edilenlerin çok gerisinde kalmaktadır; özel sektör, piyasalar ve ayrıcalıklar kamu sağlık hizmetleriyle bütünleşmişlerdir. İsrar her zaman vardır ve verimlilik düşüktür. Belirli kamu refah hizmetlerinin planlaması ve dağıtımında tikelcilik, klientalizm ve hatta yolsuzluk sıklıkla görülmektedir. Siyasi destek için çıkar alışverişinde bulunan siyasi partiler egemendir. Dinamik transfer harcamaları ve vergi toplamada yaşanan sorunlar “devletin mali krizine” yol açmıştır. Güney Avrupa ülkeleri, tüm Avrupa Topluluğu üyesi ülkeler arasında kamu borçlanmasının ve GSMH'ya oranının en yüksek olduğu ülkelerdir ve bu konuda diğer ülkelerle aradaki farkın açılacağı tahmin edilmektedir (Gough, 2006: 232).

Güney Avrupa refah devletleri, gelir desteği sistemlerinde mesleki gruplar paralelinde yüksek kurumsal parçalılık, sağlık sistemlerinde ise evrenselci bir özellik göstermektedir. İspanyol, İtalyan, Portekiz ve Yunan anayasalarında sağlık hizmetleri tüm vatandaşlar için hak olarak açıkça belirtilmiştir. Geçmişte sağlık sistemleri gelir desteğinde olduğu gibi mesleki olarak parçalı olmasına rağmen, bu dört ülke, son yirmi yılda ulusal sağlık hizmetini vergilerle finanse edebilen, standartlaşmış kurallar ve örgütlenme çerçevesinde, tüm vatandaşlara açık ve ücretsiz hale getirmeyi amaçlayan reformlar gerçekleştirmeye çalışmışlardır. Evrenselcilik için harcanan bu çaba en çok İtalya'da başarılı olmuştur. 1978 yılında yapılan reform mevcut işe bağlı programları ortadan kaldırarak yerleşik tüm nüfusu yeni Ulusal Sağlık Hizmeti (USH) güvencesi altına almış, ülke çapında tek bir örgüt yapısıyla herkese standartlaşmış bir hizmet sunmaya başlamıştır. Portekiz, mesleki kapsamdan evrensel kapsama resmi olarak 1976 yılında geçmiştir. Daha önce var olan zorunlu sigorta programlarını ortadan kaldırmadığı için USH, aslında daha iyi durumdaki çalışanların ayrıcalıklı erişim ve bakım koşullarına sahip olduğu ikili bir yapı halinde kalmıştır. İspanya resmi olarak evrensel kapsam ilkesini 1986 yılında kabul etmiştir fakat uygulamaya ancak 1990 yılında başlamıştır. İspanyol sistemi tam kapsamlı bir sistem değildir çünkü çok yüksek gelir grupları USH üyeliğine dâhil edilmemiştir (Ferrera, 2006: 207).

Avrupa'daki sağlık sistemlerinin iki önemli modeli, sosyal sağlık sigortası sistemi ve ulusal sağlık hizmetleridir. Bu modelleri birbirinden ayıran temel özellik ise sosyal sağlık sigortasının çalışanları ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişileri kapsamına karşın, ulusal sağlık hizmetlerinin genel bir kapsam sunması ve sağlık hizmeti almayı bir vatandaşlık hakkı olarak görmesidir. Bununla birlikte, sağlık sigortası sistemleri ağırlıklı olarak sosyal katkılardan finanse edilirken, ulusal sağlık hizmetleri genel vergilendirmeden, genellikle de artan oranlı gelir vergilerinden finanse edilmektedir (Guillen, 2011: 143).

Sağlık hizmetlerine erişim ve bakım hizmetleri konusunda var olan mesleki farklılıklar, büyük bölgesel eşitsizlikler ve finansmanın karışık yapısı, Güney Avrupa'daki genel evrenselci retoriğe ve çabalara rağmen, sağlık hizmetlerinin sunumunda oldukça yaygın aksaklıkları meydana getirmektedir. Güney Avrupa sağlık sisteminin başka bir özelliği, kamu ve özel sağlık hizmetlerinin karışımından oluşmasıdır. Güney Avrupa refah devleti, onu sadece homojen, standart, hak temelli Kuzey Avrupa refah devletlerinden değil, daha parçalı olan Kıta Avrupası sistemlerinden de ayıran farklı bir siyasi işleyiş şekline sahiptir. İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan'daki sosyal politika kurumları diğer korporatist (ve Katolik) ülkelerdekileri kurumlara benzemektedir ancak işleyişlerine yön veren sosyo-politik davranış bilgisi oldukça farklı özellikler göstermektedir. Sosyal haklar; açık, evrenselci bir siyasi kültür ve katı, Weberci, kendi kurallarının yönetiminde adil bir devlet anlayışı içine oturtulmamıştır. Aksine, bu haklar Avrupa'nın bu bölgesinde tarihsel olarak varlığı sabit olan patronaj ilişkilerinin mantığı ile aşılacak kapalı, tikelci bir siyasi kültüre ve yumuşak bir devlet aygıtına dayanmaktadır (Ferrera, 2006: 208-216).



Bahar-2014

Spring-2014

Cilt: 3 Sayı: 5 (15-31)

Volume: 3 Issue: 5 (15-31)

Sonraki dönemde İtalya ve İspanya'da da tüm sağlık hizmetleri sadece devlet gelirlerinden karşılanmaya başlandı. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynağı, İspanya'da genel vergiler, İtalya'da ise bölgesel vergilerdir. Bu yeni uygulamaya İspanya'da 1998 yılında geçildi. İtalya'daki değişim de hemen hemen aynı dönemlerde gerçekleşti. Bugün Avrupa genelinde hiçbir sosyal katkı olmadan sadece bu iki sistemin %100'ü vergilerden karşılanmaktadır (Guillen, 2011: 149).

Ian Gough Türkiye'yi de modele dâhil ettiği çalışmasında beş Güney Avrupa ülkesinin sosyal politika bakımından aynı evrene ait olduğunun söylenebileceğini ileri sürmüştür (Gough, 2006: 231-232). Bu ülkelerin ortak özellikleri, farklı gruplar için farklılaştırılmış ve hiyerarşik hakları, devletin belirli aygıtlarına bağlanmış, korporatize edilmiş ve katmanlaşmış organları, keyfi seçilme ve layık görülme mekanizmaları için yerel dayanışma programlarına ve kiliseye (veya camiye) yapılan başvuruları, hizmetlerin sunulma biçimini niteleyen klientalizm ve yozlaşmayı kapsamaktadır. Katmanlaşmış çıkar grupları ayrıcalıkları konusunda kiskançtır ve refah sistemini liberal rejimlerin daha evrensel ilkeleriyle bağdaştıracak reformlara karşı çıkmaktadırlar. Evrensel mekanizmaların yokluğu ve partikularizm, siyasal partilerin isteyerek benimsedikleri güçlü klientalizmin siyasal mirasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca yardım programları, aşırı vaatlere rağmen yardım düzeyi düşük olduğundan ve yardımın kişinin değil hane halkının kaynaklarına göre verilmesi nedeniyle, işlevselliğini sürdüren bir aile yapısına dayanmaktadır (Keyder, 2004: 132-133).

Avrupa Birliği üyeliğinin Güney Avrupa ülkelerinin sosyal politika uygulamalarında olumlu gelişmelere yol açtığını ve Avrupa Sosyal Modeline daha çok bütünleşmeye başladıklarını söyleyebiliriz. Ancak bu benzeşme, Güney Avrupa Sosyal Devlet Modelini ortadan kaldıracak kadar güçlü olmamıştır. Bu nedenle, Güney Avrupa refah devletleri henüz kıtanın kuzeyindekilere tam olarak benzememiştir; ancak bu iki grup arasındaki farklılık önemli derecede kapanmaktadır. Daha ileri düzeyde sosyal benzeşmenin gerçekleşmesi, ekonomik benzeşmeye ve Avrupa Birliği'nin sosyal politikasının üye ülkelere sosyal politika uygulamalarındaki yaptırım seviyesinin yükselmesine bağlı bulunmaktadır (Günel, 2009: 65).

Sosyal yardım ve sosyal hizmetler alanında Türkiye'nin diğer ülkeler karşısındaki durumu da Güney Avrupa modeli içinde değerlendirilip değerlendirilemeyeceği konusundaki tartışmaların odak noktasında bulunmaktadır. Buna göre, Türkiye, sosyal politika rejimine dayalı olarak yapılan sınıflandırmada Güney Avrupa modeline daha yakın özellikler taşımaktadır. Ancak, Türkiye'de sosyal hizmetlere ayrılan kaynakların oranının bu grupta yer alan ülkelerekinden çok gerisinde bulunması tam olarak bu gruba dâhil edilmesini güçleştirmektedir. Türkiye'nin sosyal yardım ve sosyal hizmetler alanında uygulamalarını incelemesi ve örnek alması gereken ilk ülke İspanya'dır. Bu nedenle İspanya, sosyal yardım ve sosyal hizmetler alanında örnek model olarak izlenmelidir.

Türkiye'de modern anlamda sosyal yardımların gelişimi sınırlı olmuş ve geç kendini göstermiştir. Sınırlı düzeyde sosyal yardım olarak değerlendirilebilecek düzenlemeler görülmekteyken (istiklal madalyası sahiplerine, savaş gazilerine, şehit yakınlarına ve terör mağdurlarına yapılan yardımlar), 1976 yılına kadar sosyal yardımların gönüllülük esasına dayanan bir şekilde görüldüğü belirtilebilir. Gönüllülük esasına dayanan sosyal yardım faaliyetleri yoksulluğu yapısal bir sorun olarak kavramaktan uzak, devamlılığı açısından riskli ve ulaşılabilirliği açısından yetersiz bulunmaktadır (Metin, 2011: 185-186).

Türkiye tarihinin doğrudan kamu kaynaklı kapsamı belirgin ve modern nitelikli ilk sosyal yardım düzenlemesi "65 Yaş Aylığı" olarak bilinen hukuki düzenlemelerdir. 1976 yılında yasal bir düzenleme ile (2022 sayılı Kanun) "65 yaşını doldurmuş, muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlanması" yürürlüğe girmiştir. Kanunda bulunan "kimsesiz" tanımlamasından hareket ederek, bu kanunun hak temelli bir düzenleme olmasına rağmen, vatandaşlık esasına tam oturmayan bir sosyal yardım uygulaması olduğu belirtilmelidir. Çünkü bu tanımla öncelik aileye tanınmakla birlikte, ailenin karşılayamayacağı bir durum olduğunda kanun kapsamına dâhil edilme söz konusu olmaktadır. Sorumluluğun devletten önce aileye verilmesi; piyasa, devlet ve aile üçgenindeki önceliğin ve bağımlılığın bu düzenlemeye ilişkin olarak ailede olduğunu göstermektedir. Ayrıca "kimsesizliğin" nasıl belirleneceği de açık değildir (Metin, 2011: 186-188).

Türkiye'de yoksullukla mücadele alanında olduğu gibi sosyal hizmet sunumunda da, temel vurgu gönüllülük ve sivil toplum kuruluşları üzerindedir. Gönüllülüğe büyük önem verilmekte, bu önem doğrultusunda genel olarak hayırseverlik, zaman zaman da din temelli davranışlar ve kurumlar büyük önem kazanmaktadır. AKP hükümeti sosyal sorumluluklarını en aza indirebilmek için sadece aile kurumuna ve Müslüman hayırseverliğine değil, bu laik toplumsal sorumluluk bilincine de dayanabilmekteydi. Bu uygulamaların Türkiye'nin içinde yer aldığı Güney Avrupa refah modelindeki yansımalarına baktığımızda, Güney ülkelerindeki sosyal politika ortamının, ters yönde etki eden iki değişim dinamiği tarafından



Bahar-2014

Spring-2014

Cilt: 3 Sayı: 5 (15-31)

Volume: 3 Issue: 5 (15-31)

şekillendirildiğini belirtebiliriz. Bir taraftan, devletin yoksullukla mücadele alanında belirli bir siyasi sorumluluk üstlenme ihtiyacı duyduğunu gösteren ve yoksulluğun siyasileşmesine yol açtıkları ölçüde, devlet-vatandaş ilişkisini dönüştürme potansiyeli taşıyan bazı uygulamalar gündeme gelmektedir. Genellikle hak temelli bir yaklaşımla bağdaşmaz kabul edilen ihtiyaç tespitine dayanan yardımlar bile, aynı değil nakdi oldukları ve önceden belirlenmiş şeffaf ölçütler temelinde düzenli olarak verildikleri ölçüde, vatandaşlık hakları kavramını gündeme getirebilecek niteliktedirler (Buğra, 2010: 222-223).

Türkiye’de 1980’lerden beri iktidara gelen tüm hükümetler sağlık sisteminde reform gerçekleştirmeyi hedeflemişlerdir. AKP hükümetinin 2003 yılında açıkladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı da bu çabaların en son ve sağlık sistemi üzerinde en fazla etkisi olan halkasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, bir yandan tüm nüfusu kapsayarak, farklı sosyal güvenlik kurumları arasındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı diğer taraftan özel sektörün sağlık hizmeti sunumundaki rolünü arttırmayı amaçlamaktadır. Özellikle genel sağlık sigortası ile birlikte temel sağlık hizmetlerini kapsayan tek bir temel teminat paketinin tüm nüfusa eşit olarak sunulmaya başlanması ve sosyal güvenlik sisteminin kapsamını genişletme çabaları Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlanan önemli gelişmelerdir. Türkiye’deki sağlık sisteminde özel sektörün hizmet sunumundaki payı artmakla birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı bir kamu kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlanmakta ve hizmet sunumunda devlet halen en önemli aktör olmayı sürdürmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı’nın planlama ile birlikte denetim yapması; genel sağlık sigortasının ise herkesi kapsamı öngörülmüştür.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel hedeflerinden biri de tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınmasıdır. Genel sağlık sigortası tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarını, Türkiye’de bir yıldan fazla ikamet eden yabancıları, sığınmacı ve vatansızları kapsamına almaktadır. 18 yaş altı çocuklar koşulsuz olarak genel sağlık sigortasının kapsamına alınmışlardır. Sadece er ve erbaşlar, tutuklu ve hükümlüler ile yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olanlar kapsam dışında bırakılmaktadır. Kapsama giren kişilerin genel sağlık sigortasına katılımı zorunludur.

Türkiye’de ES, SSK ve Bağ-Kur devlet tarafından kurulmuş; fakat birbirlerinden bağımsız ve teorik olarak devletten de özerk kurumlardır. 1980’lerden sonra bu kurumların harcamaları topladıkları primlere oranla arttı; ayrıca kaynaklarını kötü değerlendirdikleri için harcamalarını karşılayamaz duruma geldiler ve devlet bütçesinden desteklenmeleri gerekti. Genel sağlık sigortası hizmet sunumunda prim ödenmesine bağlı bir sınırlandırmayı öngörmektedir. Bu durum Türkiye’deki reformu dünyada benimsenen diğer modellerden farklı kılmaktadır. Dünyadaki eğilimin, evrensel bir kapsam amaçladığını, yani reformların getirdiği modellerin sağlık hizmetlerini tüm vatandaşlara sunmayı amaçladığını belirtilebilir. Tüm Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin kapsamı evrensel olarak düşünülmektedir. İngiltere’de ve İskandinav ülkelerinde tamamı vergi gelirlerinden karşılanan sağlık harcamaları; Almanya’nın örnek olduğu bazı ülkelerde primlerden kaynaklanan bir finansman; Güney Avrupa ülkelerinde ise fonların, vergi oranı giderek yükselen karma bir yapıya dönüştürülmesi süreci yaşanmaktadır. Ancak tüm bu ülkelerde temel ilke sağlık güvencesi olmayan kimsenin kalmamasıdır (Keyder, 2011: 21-28).

Türkiye’de 2006 yılının Mayıs ayında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiş, fakat Kanunun uygulamaya geçirilmesi aynı yılın Aralık ayında yapılan itirazlar yüzünden ertelenmiştir. Bunun sonucunda, 2008 yılının Nisan ayında 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun kabul edilerek, 2008 yılının Mayıs ayında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmiştir. Genel sağlık sigortası uygulamasına ise 2008 yılının Ekim ayında başlanmıştır. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli roller üstlenen SSK, Bağ-Kur ve ES’nin Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde tek bir kurum haline gelmeleri sağlanmıştır. Böylece önceden farklı norm ve statüde olan üç kurumun üyeleri artık genel sağlık sigortası ile sağlık sisteminin sunmakta olduğu her türlü olanağa eşit şekilde erişebilmektedir.

Genel sağlık sigortası, sağlık hizmeti alacak kişilerden prim toplanması esasına dayanan bir sistemdir. Hane içerisindeki kişi başına düşen aylık geliri asgari ücretin üçte birinden fazla olan tüm vatandaşlar her ay prim ödemek zorundadır. Ancak asgari ücretin üçte birinden daha az geliri olduğunu belgeleyen kişilerin primleri devlet tarafından ödenmekte ve sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaları sağlanmaktadır. Prim ödemekle yükümlü bulunan kişiler prim borçlarını ödememeleri halinde sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Bu bağlamda genel sağlık sigortası sistemi vergilerle finanse edilme ilkesine dayanmadığı için kapsamının evrensel olduğundan söz edilememektedir. Prim borcu bulunanlar genel sağlık sigortasından yararlanamamakta ve sağlık hizmetlerine erişememektedirler.



4. REFAH REJİMLERİ AÇISINDAN SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Amacı insan, insanın sağlık ve mutluluğu olan sosyal politikalar içinde, sağlık politikası, doğrudan insan yaşamı ile ilgilidir. Tüm politikaların odağı olan insanı mümkün olduğunca uzun ve sağlıklı yaşatmaktan daha önemli bir şeyin bulunmadığı düşüncesinin kabul edilmesi ile sağlık politikasına daha fazla önem verilmiştir. Her toplumda yeterli sağlık hizmeti yaratılmalı ve tüm toplum üyelerine eşit şekilde sunulabilmelidir. Yeterli sağlık hizmeti arzını sağlık piyasasına sunmak ve bunu düzenlemek, başka bir deyişle etkili bir sağlık sistemi oluşturmak, refah toplumunun temel politikalarından biri haline gelmiştir (Özdemir, 2007: 108).

Sağlık politikaları bir ülkenin refah rejimi bakımından incelenebilir. Sağlık ve emeklilik harcamaları toplam sosyal politika harcamalarının çok büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamu kesimi tarafından mı, yoksa özel sektör tarafından mı sunulacağı, diğer taraftan bu hizmetlerin prim ödeme koşuluna bağlı olarak mı sunulacağı yoksa kapsamının evrensel olarak tüm nüfusu kapsayacak büyüklükte mi olacağı o ülkenin içinde bulunduğu refah rejiminin özelliklerine göre belirlenmektedir. Bu bağlamda bir ülkenin sağlık sistemini inceleyebilmek ve geçirdiği dönüşümün yönünü anlayabilmek için öncelikle o ülkenin içinde bulunduğu refah rejiminin belirlenmesi gerekmektedir.

Sağlık politikaları karşılaştırmalı olarak incelenirken sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısının yansıtılmasına yardımcı olmak ve farklı ülkelerin sağlık politikalarının açıklanmasına katkı sağlamak için genellikle sağlık sistemleri tipolojileri kullanılmaktadır. Sağlık sistemleri tipolojisi, sağlık sistemini sağlık hizmetlerinin finansmanındaki değişikliklere dayanan ve sağlık hizmetleri sunumunun düzenlenmesindeki farklılıklara ilişkin ideal makro-kurumsal özelliklerin düzenlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kamu kesimi tarafından finanse edilmesi sağlık hizmetlerine kamu kesiminin katılım derecesinin belirleyici özelliği olarak görülmektedir (Burau ve Blank, 2006: 64-65). Tipoloji oluşturma konusunda en bilinen katkı Esping-Andersen (1990, 1999) tarafından yapılmıştır. Esping-Andersen'in tipolojisinin geliştirilmesinde sadece hastalık yardımlarının kullanılmış olması, sağlık sistemlerinin merkezi hizmet özelliğini göz ardı ettiği için özellikle sağlık bilimciler tarafından eleştirilmiştir. Sağlık sistemleri gerçekten refah devletinin önemli bir unsurunu oluşturmaktadır ancak aynı zamanda kendi dinamikleri tarafından da şekillendirilmektedir ve bu nedenle ayrı bir sınıflandırma olarak ele alınması gerekmektedir. Sağlık sistemleri tipolojileri onun üç refah rejiminden başka bir yöne doğru evrim geçirmiş olsa bile, Esping-Andersen (1990) tarafından önerilen kavramlar, özellikle refah karması (welfare mix) düşüncesi, sağlık sistemi modellerinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık sistemlerini sınıflandırma çalışmalarından ilki OECD (1987) tarafından geliştirilmiştir ve sistemler arasında üç boyutlu bir ayırım yapmıştır: (i) Evrensel (Beveridge) modeli; (ii) Sosyal Sigorta (Bismark) modeli ve (iii) Özel Sigorta (Liberal Sağlık) modeli. Bu unsurlara dayanılarak, üç sağlık sistemi modeli geliştirilmiştir (Reibling, 2010: 6).

Tablo 3: Sağlık Sistemi Tipolojilerinin Kuramsal Boyutları

Boyutlar	OECD (1987)	Moran (2000)	Bambra (2005)
Finansman	Hizmete hak kazanmanın kaynağı	Maliyet kontrolünün derecesi	Özel sağlık harcamalarının yüzdesi
Hizmet sunumu	Kamu-özel mülkiyet	Doktorlar ve hastaneler üzerinde devlet kontrolü	Özel hastane yatakları
Teknoloji	-----	Devlet kontrolü	-----
Erişim	Sigorta kapsamı	Sigorta kapsamı	Sigorta kapsamı

Kaynak: Reibling, 2010: 7.

Sağlık sistemlerini sınıflandırma çalışmalarından ikincisi Moran (1999, 2000) tarafından sağlık hizmeti devletleri tipolojisi ile yapılmıştır. Moran'ın sağlık hizmeti devletleri kavramı üç yönetim alanından oluşmaktadır. Bunlar; tüketim, hizmet sunumu ve teknoloji alanlarıdır (Moran, 2000: 147; Lamping ve Steffen, 2009: 1362).

Moran'ın kavramsal hale getirdiği sağlık hizmeti devletleri kavramına göre sağlık hizmeti devletleri üç farklı yüze sahiptir. Sağlık hizmeti devletleri, sadece bir refah devleti değildir, aynı zamanda bir kapitalist sanayi



devleti ve bir çoğulcu demokratik devlettir (Moran, 1999: 24-50; Freeman ve Moran, 2000: 39). Sağlık hizmeti tüketimini yöneten kurumlar, sağlık hizmeti sistemine ayrılacak kaynaklara karar verme mekanizmaları kadar, hastaların sağlık hizmetlerine erişim için uygunluğu hakkında karar vermeye de yetkilidirler. Hizmet sunumunu yöneten kurumlar hastanelerin ve doktorların kontrol edilmesi ile ilgilenmektedirler. Son olarak, üretimi yöneten kurumlar tıbbi yeniliklerin düzenlenmesi mekanizmalarından sorumlu bulunmaktadır (Moran, 1999: 48-50; Moran, 2000: 139).

Sağlık sistemi tipolojilerinden sonuncusu Bambra (2005a) tarafından Esping-Andersen'in (1990) dekomüdfikasyon kavramının sağlık hizmetleri alanına uygulanması yoluyla geliştirilmiştir. Dekomüdfikasyon kavramı bireylerin ve ailelerin işgücü piyasasındaki performanslarına bakılmaksızın normal ve sosyal olarak kabul edilebilir bir yaşam standardını sürdürebilmelerini sağlayacak kadar genişletilmiştir. Refah devleti emeği piyasanın dışına çıkarmıştır çünkü belirli hizmetlerin ve belirli bir yaşam standardının sunulması bir vatandaşlık hakkı haline gelmiştir. Dekomüdfikasyon kavramı sağlık hizmetlerinin sunumunu da kapsayacak şekilde genişletilebilir. Sağlığın dekomüdfikasyonu bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin işgücü piyasasındaki konumlarına bağlı olması ve bir ülkenin sağlık hizmeti sunumunun piyasadan bağımsız olması anlamına gelmektedir (Bambra, 2005a: 33; Ağartan, 2011: 35).

Sağlık Dekomüdfikasyon İndeksi 18 ülkeyi kapsamaktadır: Bu ülkeler; Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, Japonya, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, İsveç, İsviçre, İngiltere ve ABD'dir. Sağlık Dekomüdfikasyon İndeksinde kullanılan veriler sağlık hizmeti sunumunun kamu/özel karması şeklinde sunulmasına, kamu hizmet sunumunun erişim kolaylığına ve sağlık sistemi tarafından sunulan hizmetlerin kapsamına odaklanmaktadır (Bambra, 2005a: 33).

Bambra, Sağlık Dekomüdfikasyon İndeksi için aşağıda belirtilen ampirik göstergeleri kullanmaktadır:

- (i) Özel sağlık harcamaları (Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'nın yüzdesi olarak),
- (ii) Özel hastanelerin yatak sayısının tüm ülkedeki yatak sayısına oranı,
- (iii) Kamu sağlık sistemi tarafından kapsanan nüfusun oranı (Bambra, 2005a: 34).

Birinci ve ikinci göstergeler finansman ve hizmet sunumunda kamu-özel karmasının boyutlarını açıkça göstermektedir ve böylece önceki sağlık tipolojileri tarafından kullanılan kuramsal boyutları güçlendirmektedir. Üçüncü gösterge *kamu sağlık sistemi tarafından kapsanan nüfusun yüzdesi* bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini yansıttığı için sağlığın dekomüdfikasyonunu gösteren uygun bir ölçektir. Bu ölçek önceki iki tipolojide de kullanılmaktadır (Reibling, 2010: 7).

Ticarileşme, piyasa unsurlarının finansman ve hizmet sunumunda artan rollerini ifade ederken, sağlığın ne derece bir meta haline geldiğini de sorgulamaktadır. Bu şekilde tanımlandığında ticarileşme, metalaşmayı kapsayan bir süreç haline gelmektedir. Neoliberalleşme sürecinin bir parçası olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün payının artması, özel kuruluşlarca yapılan yatırımlarda görülen artışlar, artan küresel ticaret ve özellikle kamu sektöründe katılım payı alınması ticarileşmenin göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Ağartan, 2011: 35). Kamu finansmanının ve hizmet sunumunun oranının yüksek fakat nüfusun sadece küçük bir bölümüne hizmetlere erişim olanağı sağlayan bir sağlık sistemi piyasadan bağımsızlığın yüksek derecede olduğu bir sistem olarak kabul edilmemektedir (Bambra, 2005b: 207).

Tablo 3, sağlık sistemi modellerini geliştirmek için bu üç tipoloji tarafından kullanılan göstergeleri özetlemektedir. Kesin tanımları farklılık göstermekle birlikte, bu üç tipolojinin tamamı kamu ve özel sektörü finansman ve hizmet sunumu açılarından sınıflandırma ölçütü olarak kullanılmaktadır. Moran, bunların dışında sağlık teknolojisine devlet kontrolünü eklemiştir. Benzer bir şekilde, üç tipolojinin tümü ikinci bir boyut olarak kapsama seviyesini ya da sistemin evrenselliğini vurgulamaktadır (Moran, 2000: 139; Reibling, 2010: 7).

5. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Refah rejimlerini sınıflandırmaya yönelik çalışmalarda temel alınan model Esping-Andersen'in modeli olmaktadır. Diğer sınıflandırma çalışmalarında Esping-Andersen'in modeline yeni gruplar eklenmektedir. Tüm sınıflandırma çalışmalarında aynı ülkeler aynı gruplara karşılık gelmektedir. Bununla birlikte, diğer modellerle kıyaslandığında İskandinav refah modeli çok farklı ve kendine özgü bazı özellikler göstermektedir. İskandinav refah modelinin arkasında yatan temel ilke, yardımların evrensel olması ve



istihdama ilişkin ve ailevi hiçbir şarta bakılmaksızın tüm vatandaşlara uygulanmasıdır. Bu sistemde yardımlar aileye değil bireye yapılmaktadır.

Sosyal yardım ve sosyal hizmetler alanında Türkiye'nin diğer ülkeler karşısındaki durumu Güney Avrupa modeli içinde değerlendirilip değerlendirilemeyeceği konusundaki tartışmaların odak noktasında bulunmaktadır. Buna göre, Türkiye, sosyal politika rejimine dayalı olarak yapılan sınıflandırmada Güney Avrupa modeline daha yakın özellikler taşımaktadır. Ancak, Türkiye'de sosyal hizmetlere ayrılan kaynakların oranının bu grupta yer alan ülkelerdekine çok gerisinde bulunması tam olarak bu gruba dâhil edilmesini güçleştirmektedir. Türkiye'nin sosyal yardım ve sosyal hizmetler alanında uygulamalarını incelemesi ve örnek alması gereken ilk ülke İspanya'dır. Bu nedenle İspanya, sosyal yardım ve sosyal hizmetler alanında örnek model olarak izlenmelidir.

Türkiye'de ES, SSK ve Bağ-Kur devlet tarafından kurulmuş; fakat birbirlerinden bağımsız ve teorik olarak devletten de özerk kurumlardır. 1980'lerden sonra bu kurumların harcamaları topladıkları primlere oranla arttı; ayrıca kaynaklarını kötü değerlendirdikleri için harcamalarını karşılayamaz duruma geldiler ve devlet bütçesinden desteklenmeleri gerekti. Genel sağlık sigortası hizmet sunumunda prim ödenmesine bağlı bir sınırlandırmayı öngörmektedir. Bu durum Türkiye'deki reformu dünyada benimsenen diğer modellerden farklı kılmaktadır. Dünyadaki eğilimin, evrensel bir kapsam amaçladığını, yani reformların getirdiği modellerin sağlık hizmetlerini tüm vatandaşlara sunmayı amaçladığı belirtilebilir. Tüm Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin kapsamı evrensel olarak düşünülmektedir. İngiltere'de ve İskandinav ülkelerinde tamamı vergi gelirlerinden karşılanan sağlık harcamaları; Almanya'nın örnek olduğu bazı ülkelerde primlerden kaynaklanan bir finansman; Güney Avrupa ülkelerinde ise fonların, vergi oranı giderek yükselen karma bir yapıya dönüştürülmesi süreci yaşanmaktadır. Ancak tüm bu ülkelerde temel ilke sağlık güvencesi olmayan kimsenin kalmamasıdır.

Türkiye'nin refah rejimi Güney Avrupa modeline yakın özellikler sergilemektedir. Bu özellikler arasında ailenin ve dini kurumların sosyal yardım ve sosyal hizmetler alanındaki etkinliği, kayıt dışı ekonominin büyüklüğü, tarım sektöründe çalışanların yoğunluğu belirtilebilir. Bununla birlikte Güney Avrupa ülkeleri vergilerle finanse edilmekte olan sağlık hizmetlerine ulaşmışken, Türkiye'de genel sağlık sigortası ile tüm vatandaşların sağlık güvencesine kavuşması ancak prim ödeme koşulunun yerine getirilmesi ile mümkün olabilmektedir. Genel sağlık sigortası, sağlık hizmeti alacak kişilerden prim toplanması esasına dayanan bir sistemdir. Hane içerisindeki kişi başına düşen aylık geliri asgari ücretin üçte birinden fazla olan tüm vatandaşlar her ay prim ödemek zorundadır. Ancak asgari ücretin üçte birinden daha az geliri olduğunu belgeleyen kişilerin primleri devlet tarafından ödenmekte ve sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaları sağlanmaktadır. Prim ödemekle yükümlü bulunan kişiler prim borçlarını ödememeleri halinde sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Bu bağlamda genel sağlık sigortası sistemi vergilerle finanse edilme ilkesine dayanmadığı için kapsamının evrensel olduğundan söz edilememektedir. Prim borcu bulunanlar genel sağlık sigortasından yararlanamamakta ve sağlık hizmetlerine erişememektedirler.

Avrupa Birliği üyesi olan Güney Avrupa ülkeleri Türkiye ile benzer özellikler göstermelerine rağmen sosyal yardımlar ve sağlık hizmetleri alanında Türkiye'den daha ileri durumda bulunmaktadır. Sosyal yardımlar için yapılan harcamalar Türkiye'ye göre çok daha yüksektir. Ayrıca vergilerle finanse edilen sağlık sistemleri tüm vatandaşları kapsamına almaktadır. Bu bağlamda Türkiye'nin Avrupa Birliği üyeliğinin gerçekleşmesi, geri kaldığı alanlarda bu ülkeleri yakalayabilmesi için bir fırsat olarak görülebilir. Türkiye'de genel sağlık sigortasının kurulması ve sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilerek tüm kesimlerin aynı kalitedeki sağlık hizmetlerine erişebilmesi olumlu gelişmeler olarak görülmekle birlikte Güney Avrupa ülkelerinin gerisinde kalmaktadır.

KAYNAKÇA

ABRAHAMSON, Peter (1999), "The Welfare Modelling Business", **Social Policy and Administration**, 33(4), 394-415.

AĞARTAN, Tuba (2011). "Metalaşma ve Sağlıkta Dönüşümün Sınırları: Türkiye Örneği", iç. Cenk ÖZBAY, Ayşecan TERZİOĞLU ve Yeşim YASİN (Ed.), **Neoliberalizm ve Mahremiyet**, Metis Yayınları, İstanbul, 31-44.



Bahar-2014

Spring-2014

Cilt: 3 Sayı: 5 (15-31)

Volume: 3 Issue: 5 (15-31)

ALCOCK, Pete; Margaret MAY ve Karen ROWLINGSON (2011), **Sosyal Politika Kuramlar ve Uygulamalar**, Çev: Barış.Yıldırım, Boran Mercan, Onur Can Taştan, Osman Tezgel, Şenay Gökbayrak), Siyasal Kitapevi, Ankara.

ARTS, Wil ve John GELISSEN (2002), "Three Worlds of Welfare Capitalism or More? A State-of-The-Art Report", **Journal of European Social Policy**, 12 (2), 137-158.

AYDIN, Ufuk (1999), **Sosyal Güvenlik Sorunlarının Çözümünde Özel Sigortalar**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.

BAMBRA, Clare (2005a), "Worlds of Welfare and the Health Care Discrepancy", **Social Policy & Society**, 4(1), 31-41.

BAMBRA, Clare (2005b), "Cash Versus Services: 'Worlds of Welfare' and The Decommodification of Cash Benefits and Health Care Services", **Journal of Social Policy**, 34(2), 195-213.

BELEK, İlker; (2000), **Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, Sorun Yayınları, İstanbul.

BONOLI, Giuliano; (1997), "Classifying Welfare States: A Two-Dimension Approach", **Journal of Social Policy**, 26(3), 351-372.

BUĞRA, Ayşe ve Çağlar KEYDER (2003), **Yeni Yoksulluk ve Türkiye'nin Değişen Refah Rejimi**, UNDP, Ankara.

BUĞRA, Ayşe (2010), **Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika**, İletişim Yayınları, İstanbul.

BURAU, Viola ve Robert H. BLANK (2006), "Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies of Health Systems", **Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice**, 8(1), 63-76.

CERAMI, Alfio (2006), "The Reform Challenges to The Central and Eastern European Welfare Regime", Paper Presented at The International Conference: Transformation of Social Policy in Europe: Patterns, Issues and Challenges for the EU-25 and Candidate Countries, April 13-15, 2006, Ankara: METU.

ÇELİK, Aziz (30.10.2005), "Marx Bu Sınavdan Çakardı", **Radikal**.

DEACON, Bob (2000), "Eastern European Welfare States: The Impact of The Politics of Globalization", **Journal of European Social Policy**, 10, 146-161.

ESPING-Andersen, Gosta (1990), **The Three Worlds of Welfare Capitalism**, Polity Press, Oxford.

ESPING-Andersen, Gosta (1999), **Social Foundations of Postindustrial Economies**, Oxford University Press, New York.

FAJTH, Gaspar (1999), "Social Security in a Rapidly Changing Environment: The Case of the Post-Communist Transformation", **Socail Policy & Administration**, 33(4), 416-436.

FERRERA, Maurizio (2006), "Sosyal Avrupa'da Güney Avrupa Refah Modeli", iç. Ayşe BUĞRA ve Çağlar KEYDER (Ed.), **Sosyal Politika Yazıları**, İletişim Yayınları, İstanbul, 195-229.

FREEMAN, Richard. ve Michael MORAN (2000) "Reformig Health Care in Europe", **West European Politics**, 23(2), 35-58.

GOUGH, Ian (2001), "Globalization and Regional Welfare Regimes: The East Asian Case", **Global Socail Policy**, 1, 163-189.

GOUGH, Ian (2006), "Güney Avrupa'da Sosyal Yardım", iç. Ayşe BUĞRA ve Çağlar KEYDER (Ed.), **Sosyal Politika Yazıları**, İletişim Yayınları, İstanbul, ss. 231-260.

GROENEWEGEN, Peter P. (2011), "Doğu Avrupa'da Sağlık Reformu", iç. Çağlar KEYDER, Nazan ÜSTÜNDAĞ, Tuba AĞARTAN ve Çağrı YOLTAR (Ed.), **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları**, İletişim Yayınları, İstanbul, 125-140.

GUILLEN, Ana Marta (2002), "The Politics of Universalisation: Establishing National Health Services in Southern Europe", **West European Politics**, 25(4), 49-68.

GUILLEN, Ana Marta (2011), "Güney Avrupa'da Sağlık Reformu", iç. Çağlar KEYDER, Nazan ÜSTÜNDAĞ, Tuba AĞARTAN ve Çağrı YOLTAR (Ed.), **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları**, İletişim Yayınları, İstanbul, 141-162.



Bahar-2014

Spring-2014

Cilt: 3 Sayı: 5 (15-31)

Volume: 3 Issue: 5 (15-31)

GÜNAL, Pınar (2009), **Avrupa Birliği'nin Sosyal Politikası Çerçevesinde Güney Avrupa Sosyal Devlet Modeli ve Türkiye**, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.

GÜZEL, Ali; Ali Rıza OKUR; Nurşen CANIKLIOĞLU (2010), **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Beta Yayınları, İstanbul.

KARA, Uğur (2013), **Sosyal Devletin Yükselişi ve Düşüşü**, İkinci Baskı, Karahan Kitapevi, Adana.

KASZA, Gregory J. (2002), "The Illusion of Welfare Regimes", **Journal of Social Policy**, 31(2), 271-287.

KEYDER, Çağlar (2004), **Memalik-i Osmaniye'den Avrupa Birliği'ne**, İletişim Yayınları, İstanbul.

KEYDER, Çağlar (2011), "Giriş", iç. Çağlar KEYDER, Nazan ÜSTÜNDAĞ, Tuba AĞARTAN ve Çağrı YOLTAR (Ed.), **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları**, İletişim Yayınları, İstanbul, 15-35.

KOÇAK, Orhan ve Ferhat SAYIM (2009), "Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye'de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler", *Paper presented at EconAnadolu 2009: Anadolu International Conference in Economics*, June 17-19, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

KORAY, Meryem (2005), **Avrupa Toplum Modeli**, İkinci Baskı, İmge Kitapevi Yayınları, Ankara.

KORAY, Meryem (2008), **Sosyal Politika**, Üçüncü Baskı, İmge Kitapevi Yayınları, Ankara.

KORPI, Walter ve Joakim PALME (1998), "The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in The Western Countries", **American Sociological Review**, 63(5), 661-687.

LAMPING, Wolfram ve Monika STEFFEN (2009), "European Union and Health Policy: The "Chaordic" Dynamics of Integration", **Social Science Quarterly**, 90(5), 1361-1379.

METİN, Onur (2011), "Sosyal Politika Açısından AKP Dönemi: Sosyal Yardım Alanında Yaşananlar", **Çalışma ve Toplum Dergisi**, 28, 179-200.

MORAN, Michael (1999), **Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom and Germany**, Manchester University Press, Manchester.

MORAN, Michael (2000), "Understanding the Welfare State: The Case of Health Care", **British Journal of Politics and International Relations**, 2(2), 135-160.

ÖZDEMİR, Süleyman (2007), **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul.

REIBLING, Nadine (2010), "Healthcare Systems in Europe: Towards an Incorporation of Patient Access", **Journal of European Social Policy**, 20(1), 5-18.

SERİN, İlhan (2004), **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği**, Kazancı Kitap Yayınları, İstanbul.

STANDING, Guy (1996), "Social Protection in Central and Eastern Europe: A Tale of Slipping Anchors and Torn Safety Nets", iç. Gosta Esping-Andersen (Ed.) **Welfare States in Transition**, Sage Publications, London, 225-255.

ŞENKAL, Abdulkadir ve Doğa B. SARIİPEK (2007), "Avrupa Birliği'nin Karşılaştırmalı Refah Modelleri ve Sosyal Politikada Devletin Değişen Rolü", **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 14 (2), 146-175.

ŞENKAL, Abdulkadir (2005), **Küreselleşme Sürecinde Sosyal Politika**, Alfa Yayınları, İstanbul.

TAŞÇI, Faruk (2010), **Sosyal Politikalarda Can Simidi Sosyal Yardım**, Birinci Baskı, Nobel Yayıncılık, Ankara.

TAŞÇI, Faruk (2013), "Refah Devleti Modelleri İçinde Türkiye'nin Pozisyonu: "Yaşlı Algısı" Üzerinden Değerlendirmeler", **İnsan ve Toplum Dergisi**, 3(5), 5-35.

TATAR, Mehtap (2011), "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, 1(1), 103-133.

GJEBS

Global Journal of Economics and Business Studies
Küresel İktisat ve İşletme Çalışmaları Dergisi
www.gjebs.com - ISSN: 2147-415X



Bahar-2014

Spring-2014

Cilt: 3 Sayı: 5 (15-31)

Volume: 3 Issue: 5 (15-31)

UZ, Hulki (1998), "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri", iç. Osman HAYRAN ve Haydar SUR (Ed.), **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Yüce Yayım, İstanbul, 91-112.

WENDT, Claus; Lorraine, FRISINA ve Heinz ROTHGANG (2009), "Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison", **Social Policy & Administration**, 43(1), 70-90.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin ve Türkan YILDIRIM (2011), **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye**, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.