

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**GENİŞLEMİŞ GÜNEY AVRUPA REFAH MODELİNDE TÜRK
KAMU SAĞLIĞI POLİTİKALARIN GELECEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doğucan ERDOĞAN

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Sosyal Hizmet Programı

EYLÜL, 2023

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**GENİŞLEMİŞ GÜNEY AVRUPA REFAH MODELİNDE TÜRK
KAMU SAĞLIĞI POLİTİKALARIN GELECEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doğucan ERDOĞAN
(Y2016.060008)

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Sosyal Hizmet Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Poyraz KOLLUOĞLU

EYLÜL, 2023

ONAY FORMU

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Genişlemiş Güney Avrupa Refah Modelinde Türk Kamu Sağlığı Politikalarının Geleceği” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.
(15/09/2023)

Doğucan ERDOĞAN

ÖNSÖZ

Tez çalışmam sürecinde bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, sayesinde yeni birçok bilgi öğrendiğim ve böylesine değerli bir akademisyen ile çalışma fırsatı bulabildiğim için kendimi gerçekten şanslı hissediyorum. Danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Poyraz KOLLUOĞLU'na tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

Jüri üyesi olan sayın İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Melek İPEK ve tez jüri üyesi sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayşem Biriz KARAÇAY hocalarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Çalışmam süreci boyunca her zaman yanımda olan ve yardımını benden hiçbir zaman esirgemeyen yüksek lisans bölüm arkadaşlarıma ve İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü Araş. Gör. İsmail KURUHALİL hocama tüm içtenliğimle teşekkür ediyorum.

Ve bana her zaman her konuda inanan, güvenen ve her koşulda yanımda olup hiçbir zaman desteğini ve sevgisini benden esirgemeyen çok sevdiğim aileme tüm içtenliğimle teşekkür ediyorum.

Eylül, 2023

Doğucan ERDOĞAN

GENİŞLEMİŞ GÜNEY AVRUPA REFAH MODELİNDE TÜRK KAMU SAĞLIĞI POLİTİKALARIN GELECEĞİ

ÖZET

Sosyal politikaların, dezavantajlı birey ve grupların refahını sağlama amacıyla devletler tarafından uygulanması, refah devletlerinin temelini oluşturur. Farklı sosyal politika modelleri (liberal, muhafazakar ve sosyal demokrat) ve Güney Avrupa Refah Modeli, devletlerin vatandaşların sosyal gereksinimlerini nasıl karşıladığını belirler. Özellikle son yıllarda ortaya çıkan Covid-19 pandemisi, Türkiye'nin sağlık politikalarını ön plana çıkarmıştır. Pandemi döneminde gerçekleştirilen sağlık politikalarının sosyal hizmet ve sosyal politika perspektifinden değerlendirilmesi de hedeflenmektedir. Buna ek olarak, bu tezde Türkiye'nin sağlık politikalarının gelecekte beklenen değişiklikleri, önerilen stratejileri ve potansiyel zorlukları ve fırsatları analiz etmek için de genişlemiş Güney Avrupa refah modeli kullanılmıştır. Bu model, özellikle kamu sağlığı politikalarının planlanması ve uygulanması konusunda Türkiye'ye değerli bir çerçeve sağladığı ifade edilir. Modelin sunduğu stratejik çerçeve, Türkiye'nin sağlık hizmetlerini etkin ve verimli bir şekilde yönetmesine ve sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasına yardımcı olabilir. Bu tartışma, devletin sosyal politika ve sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanmasındaki rolünün yanı sıra sosyal çalışmacıların bu süreçteki önemine de dikkat çekecektir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Politikalar, Güney Avrupa Refah Modeli, Türk Kamu Sağlık Politikaları, Covid-19 Pandemisi, Sosyal Hizmet.

THE FUTURE OF TURKISH PUBLIC HEALTH POLICIES IN THE EXPANDED SOUTHERN EUROPEAN WELFARE MODEL

ABSTRACT

Social policies, implemented by states with the purpose of ensuring the welfare of disadvantaged individuals and groups, form the basis of welfare states. Different social policy models (liberal, conservative, and social democratic) and the Southern European Welfare Model mark how the state meet the social needs of their citizens. Especially in recent years, the outbreak of the Covid-19 pandemic has put emphasis on Turkey's health policies. One of the objectives of this dissertation is also to assess the health policies implemented during the pandemic from the perspective of social work and social policy. In addition, the expanded Southern European welfare model is used to analyze the anticipated changes, proposed strategies, and potential challenges and opportunities of Turkey's health policies in near future. This model has provided a valuable framework for Turkey in terms of planning and implementing public health policies. The strategic framework provided by the model can assist Turkey in effectively and efficiently managing health services and increasing access to healthcare. Moreover, this review will draw attention to the role of the state in the formulation and implementation of social policy and health policies, as well as the importance of social workers in this process.

Keywords: Covid-19 Pandemic, Southern European Welfare Model, Social Policies, Social Services. Turkish Public Health Policies.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
I. GİRİŞ	1
II. REFAH DEVLETİ KAVRAMI VE SINIFLANDIRMASI	4
A. Refah Devleti Sınıflandırması	5
1. Gosta Esping-Andersen'in Üçlü Refah Devleti Sınıflandırması	5
B. Refah Modelleri	6
1. Kuzey Avrupa (İskandinav) Refah Modeli.....	6
2. AngloSakson (Liberal) Refah Modeli.....	9
3. Kıta Avrupa Refah Modeli.....	10
4. Güney Avrupa (Latin) Refah Modeli.....	12
III. GÜNEY AVRUPA REFAH MODELİ.....	14
A. Güney Avrupa Refah Modelinin Temel Özellikleri	16
1. Kutuplaşmış Yapı (İkili Gelir Desteği Sistemi).....	19
2. Klientalizm.....	21
B. Güney Avrupa ve Türkiye Refah Modellerinin Karşılaştırılması	23
C. Güney Avrupa Refah Devletleri ve Türk Sağlık Politikası	24

a. Asgari Gelir Eşitsizliği ve Güvensizliği	29
D. Güney Avrupa Refah Modeli'nin Evrimi.....	31
E. Genişlemiş Güney Avrupa Refah Modeli.....	32
IV. KAMU SAĞLIĞI SİSTEMİ	35
A. Foucault ve Biyopolitika.....	35
B. Türkiye'de Kamu Sağlığı Sistemi	36
1. Türk Kamu Sağlığı Politikalarının Genişlemiş Güney Avrupa Refah Modeli ile Karşılaştırılması	38
C. Türkiye'de Sağlık Politikaların Tarihsel Gelişimi.....	40
1. 1920-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları	42
2. İspanyol Gribi'nin Türkiye Kamu Sağlığı Politikalarına Etkileri	44
3. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları	45
4. 1960-1980 yılları Arası Sağlık Politikaları	46
5. 1980-2000 Yılları Arası Sağlık Politikaları	49
6. 2000'li Yıllarda Sağlık Politikaları	51
D. Türk Kamu Sağlığı Politikalarının Mevcut Durumu	55
1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Adalet	57
2. COVID-19 ve Türkiye'deki Kamu Sağlığı Politikalarına Etkisi	58
V. BULGULAR.....	60
A. Türk Kamu Sağlığı Politikalarının Geleceği: Öneriler ve Çözüm Yolları	60
1. Genişlemiş Güney Avrupa Refah Modeli Işığında Türk Kamu Sağlığı Politikalarının Gelecekteki Yönü	60
2. Potansiyel İyileştirmeler ve Stratejiler	61
VI. SONUÇ.....	62
VII.KAYNAKÇA	64
ÖZGEÇMİŞ.....	77

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AC	: Özerk topluluk
EOPYY	: Sağlık Hizmetleri Sağlama Ulusal Organizasyonu
GNHS	: Yunan Ulusal Sağlık Sistemi
GSYİH	: Gayri safi yurt içi hasıla
MF	: Devlet Memurları için Karşılıklılık
OOP	: Nakit Ödenek
PS	: Sosyalist Partinin
SNS	: İspanyol Ulusal Sağlık Sistemi

I. GİRİŞ

Bu tez, Türkiye'nin Güney Avrupa Refah Modeli kapsamında olup olmadığını ve Türk kamu sağlığı politikalarının geleceğini derinlemesine incelemeyi amaçlamaktadır. Türkiye'nin kamu sağlığı politikalarının tarihsel gelişimi, genişlemiş Güney Avrupa refah modeli ile olan ilişkisi ve bu politikaların gelecekteki potansiyel zorlukları ve fırsatları, bu çalışmanın merkezinde yer almaktadır.

Öncelikle, sosyal politikalar, dezavantajlı birey ve grupların ihtiyaçlarını karşılamak ve sosyal refahı artırmak için oluşturulmuştur. Bu politikalar, sosyal hizmet sektörünün temelini teşkil eder ve sosyal çalışmacılar tarafından mevcut kanunlar ve politikalar doğrultusunda hayata geçirilir (Danış, 2007: 52). Ekonomik ve sosyal yoksunluk, istihdam sorunları gibi faktörler, sosyal sorunların büyük bir kısmını oluşturur. Bu sebeple, sosyal politika ve hizmetler aracılığıyla ekonomik ve sosyal koşulların iyileştirilmesi, devletlerin temel görevleri arasındadır.

Literatürde refah devleti ve sosyal politikaların analizi konusunda öne çıkan isim İsveçli siyaset bilimci Gosta Esping-Andersen'dir. Esping-Andersen, refah devleti kavramının anlaşılmasında kritik bir rol oynamış ve liberal, muhafazakar ve sosyal demokrat olmak üzere üç temel refah modeli tanımlamıştır. Bu modeller, devletin sosyal hizmetlerdeki rolüne ve bireyin sosyal haklarına farklı perspektifler sunar (Özdemir, 2005).

Esping-Andersen'in liberal refah modelinde, devletlerin vatandaşların belirlenen gereksinimlerini giderme kapsamında piyasaya müracaat etmesi öngörülmektedir. Eğer sosyal gereksinimler piyasadan sağlanamazsa, liberal model anlayışı doğrultusunda devletler bu ihtiyaçları minimum düzeyde karşılayacaktır. Muhafazakar refah modelinde ise, devletin refah alanında öncü olduğu vurgulanmaktadır. Piyasa yerine devlet, refah hizmetlerini sağlamaktadır. Bu modelde sosyal haklar, bireyin toplumsal konumuna göre belirlenir. Ayrıca, model kapsamında aile refahına büyük önem verilir ve geleneksel aile modelinin

korunması ve mevcut toplumsal refahın "muhafaza" edilmesine yönelik politikalar yürütülür (Yıldırım ve Şahin, 2019,2531-2533).

Esping-Andersen'in refah modelleri, Kuzey Avrupa'nın sanayileşme ve modernleşme dinamikleriyle şekillenmiştir. Ancak, 1990'larla birlikte Avrupa Birliği'nin genişlemesi sonucu yeni refah modelleri ortaya çıkmıştır. Bu yeni modellerden biri olan Güney Avrupa Refah Devleti modelinde, aile ve hısımlık ilişkileri refahın temel taşı olarak kabul edilir (Günel, 2010: 82). Güney Avrupa refah modeli genellikle İtalya, İspanya, Yunanistan ve Portekiz gibi ülkeleri kapsar, ancak son zamanlarda bu modelin etkisi diğer Akdeniz ülkelerine de yayılmıştır.

Sosyal refah devletleri, sağlık sisteminden sorumludur. Bu sorumluluğu, sağlıkla ilgili düzenlemeler yaparak ve sosyal sigortalar aracılığıyla yerine getirirler. Sağlık politikaları, halkın yararına olacak şekilde düzenlenmelidir. Bu düzenlemeler, sosyal refah devlet anlayışının kritik unsurlarındandır (Koçak ve Tiryaki, 2011: 57-58).

Sosyal çalışmacıların sağlık sektöründeki rolü, biyopsikososyal kavramın belirginleşmesiyle başlamıştır. Bu kavram, bireyin çevresel, ruhsal ve eylemsel durumlarını ele alır. Sosyal hizmet yaklaşımına göre, sosyal çalışmacılar toplumun sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanmasını sağlar (Polat, 2014: 144).

Özellikle COVID-19 pandemisi sırasında, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık politikaları öne çıkmıştır. Bu bağlamda, Türkiye'nin sosyal politikaları özel bir öneme sahiptir.

Bu tez, sistematik literatür taraması yöntemiyle hazırlanmıştır (Yıldız, 2022). Belirlenen anahtar kelimelerle DergiPark, Web of Science, PubMed, ScienceDirect vb., bilimsel veritabanlarında aramalar yapılmış ve seçilen makaleler detaylıca incelenmiştir. Elde edilen bulgular analitik bir şekilde değerlendirilerek Türkiye'deki sağlık politikalarının gidişatının piyasalaşmaya paralel olarak Güney Avrupa Refah modelini bazı açılardan örtüştüğünü bazı açılardan ise kalıntısalsal bir refah rejiminin özelliklerini sergilendiğini yönünde olduğuna işaret etmektedir.

Güney Avrupa refah modeline dahil olan ülkeler, kamu sağlığı politikalarında hem sosyal demokrat hem de liberal refah devleti özelliklerini barındırır. Bu ülkeler, evrensel bir sağlık sigortası sistemiyle tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini garanti ederken, özel sektörün katılımını da teşvik eder.

Araştırma sonuçları, yukarıda ifade edildiği üzere, Türkiye'nin refah modelinin hem evrenselleştirici hem de piyasa temelli özelliklere sığındığını göstermektedir. Önemli bir çıkarım ise Türkiye'nin kamu sağlığı politikaları, sosyal demokrat refah devleti modeliyle de örtüşmektedir. Diğer yandan, Türkiye'nin piyasa odaklı yaklaşımları liberal refah devleti modeliyle benzerlik gösterir. Dolayısıyla, Türkiye'nin refah modelinin karma bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu karma yapının hem kamu hizmetlerine erişimi artırmak hem de özel sektörün katılımını teşvik etmek gibi avantajları bulunmaktadır. Bu bağlamda, Güney Avrupa Refah Devleti modelinin son dönem seyrinin de yukardaki tespitlere kaydığını vurgulanması gerek.

Sonuç olarak, Türkiye'nin kamu sağlığı politikaları hem ulusal hem de uluslararası düzeyde önemlidir. Bu politikaların geleceği, Güney Avrupa refah modeli gibi karma yapıları içinde barındırarak sosyal hizmetlerin iyileştirilmesi ve toplumsal refahın artırılması açısından önemli bir rol oynayacaktır.

II. REFAH DEVLETİ KAVRAMI VE SINIFLANDIRMASI

"Refah devleti" terimi, dönem ve yerine bağlı olarak farklı çağrışımlara sahip olup, toplumun sosyoekonomik durumu, kültürel yapısı ve siyasi yapı etrafında şekillenmektedir. Sonuç olarak, "refah devleti" için farklı tanımlar bulunmaktadır. Asa Briggs'e göre, "refah devleti" in en yaygın olarak kullanılan tanımı "devlet modeli" dir. Bu, vatandaşların ekonomik durumlarına bakılmaksızın asgari bir gelir garantisi sağlandığı ve "düzenlenmiş kamu gücünün piyasa güçlerinin rolünü azaltmak için kasıtlı olarak kullanıldığı" bir devlet modelidir (Özdemir, 2007; Enkal ve Saripek, 2007; 164). Wedderburn'ün tanımı ise, refah devletin en çok eleştirilen ve dikkat çeken bileşenini tanımlamayı hedefleyen Briggs'in tanımına benzer bir nitelik taşımaktadır; piyasa güçlerinin işleyişini değiştiren "bir devlet" şeklinde ifade edilmektedir. Refah devletin gerçek faaliyetlerine bakıldığında, devletin ekonomiye aktif bir şekilde müdahale ettiği, fikrin ima ettiği gibi, ortaya çıkmaktadır. Eğer piyasa ekonomisi aksamaya uğrarsa, refah devleti bu zorlukları düzenleyici, yeniden dağıtıcı ve aracı fonksiyonlar aracılığıyla ele alabilir (Aktan ve Özkıvrak, 2008). Dolgoff ise refah devletin amacının kaynakların yeniden dağıtımını yoluyla sosyal eşitsizliği azaltmak olduğunu vurgulamaktadır. Piyasa hatalarını düzeltmek için hükümetin herkese asgari bir gelir garantileyen bir sistem kurması gerektiğini ancak kamusal refahın devletin yetki alanı dışında bırakılması gereken ahlaki bir görev olduğunu savunmaktadır (Dolgoff, 1999). Gosta Esping Andersen'a göre ise 21. yüzyılda hizmet sektörünün yükselişi, teknolojik ilerleme ve sosyal düzenin parçalanması yeni kazananlar ve kaybedenler ortaya çıkarmıştır. Mutlu ve güvenli bir varoluş için gereken koşullar her zaman gelişmekte ve değişmektedir. Düşük ücretler, güvencesiz iş veya uzun süreli işsizlik, sınırlı sosyal perspektife sahip bireyler için endişe kaynağıdır (Esping-Andersen, 2002). Özellikle kentselleşme arttıkça, aile bağımlılığı azaldıkça sosyal hizmetler genişlemektedir. Ulusal sosyoekonomik, kültürel ve siyasi geleneklerin etkisiyle, ailenin, piyasanın ve devletin belirtilen sorunları ve ihtiyaçları gidermek için belli bir hızda müdahale

etmesi gerektiği fikri, bu bağlamda "refah devleti" teriminin farklı bir sınıflandırmasına yol açmıştır (Lindbeck, 2008).

A. Refah Devleti Sınıflandırması

1. Gosta Esping-Andersen'in Üçlü Refah Devleti Sınıflandırması

Akademisyenler yıllardır refah devleti kavramını tartışmaktadır. Bu karmaşık meseleyi anlamak için çeşitli modeller ve sınıflandırmalar geliştirilmiştir. En önemli çalışmalardan biri olan Gosta Esping-Andersen'in "Refah Kapitalizminin Üç Dünyası" (Esping-Andersen, 1990), refah devletlerini sundukları sosyal koruma türü ve kapsamına göre sınıflandırmayı amaçlar. Esping-Andersen, Marx, Polanyi ve Titmuss gibi düşünürlerin etkisiyle, "emek piyasasından bağımsızlaşma" kavramına odaklanır. Bu kavram, bireylerin piyasaya bağımlı kalmadan nasıl geçim sağlayabileceğini inceler.

Esping-Andersen'in tipolojisi, refah devletlerini üç ana kategoriye ayırır. İlk olarak, Amerika Birleşik Devletleri gibi liberal refah sistemleri, gelir testine tabi yararlar ve mütevazı evrensel transferlerle dikkat çeker. İkinci olarak, Avrupa'nın muhafazakar refah hükümetleri, mevcut sosyal yapıları korumayı amaçlayan, statü-ayrıt edici destek programları sunar. Son olarak, Nordik ülkeleri gibi sosyal demokratik refah hükümetleri, evrensellik ve güçlü sosyal koruma standartlarına önem verir.

Ancak, Esping-Andersen'in sınıflandırması tartışmalıdır ve kapsamı sınırlıdır. Örneğin, yalnızca 18 OECD ülkesini içermesi, tipolojinin teorik kapsamını daraltmaktadır. Bamba (2007) ve diğer eleştirmenler, Latin Amerika ve Doğu Asya gibi diğer bölgeleri de içerecek şekilde tipolojinin genişletilmesi gerektiğini savunmaktadır. Ayrıca, Orloff (1993) tipolojinin cinsiyet-körü olduğunu belirtmektedir.

Deeming (2017) gibi araştırmacılar, tipolojinin yetersiz olduğunu ve refah devletinin karmaşıklığını tam olarak yansıtmadığını ifade etmektedir. Özellikle, 1980'lerin verilerine dayanması, tipolojinin günümüz refah devletleri için güncelliğini yitirmesine yol açmıştır.

Sonuç olarak, Esping-Andersen'in refah devletleri üzerine üçlü sınıflandırması, eleştirilere ve sınırlılıklarına rağmen, hâlâ refah devleti

araştırmalarında kullanılmaktadır. Bu kavramsal çerçeve, bilim insanları ve politikacılar için önemli içgörüler sunmaya devam etmekle birlikte, değişen küresel koşullara ve mevcut eksikliklere uyum sağlayabilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak; tez çalışmamızda Esping Andersen'ın üçlü Refah Devleti sınıflandırması ve bu sınıflandırmaya sonradan dahil edilen Güney Avrupa Refah Modeli esas alınarak bir inceleme yapılmaya çalışılmıştır. Gosta Esping Andersen refah devleti sınıflandırmasını "Bismarck Modeli, "Sosyal Demokrat Model" (İskandinav Model) ve "Liberal Model" olmak üzere üç gruba ayırmaktadır (Özdemir, 2007;166).

B. Refah Modelleri

1. Kuzey Avrupa (İskandinav) Refah Modeli

Kuzey Avrupa'daki refah modeli, İskandinav model olarak adlandırılır. Yıllardır, Kuzey veya İskandinav refah modeli yoğun akademik araştırma ve politik tartışmanın konusu olmuştur. İsveç, Danimarka, Norveç ve Finlandiya gibi ülkelerde geliştirilen bu paradigma, sosyal adalet, tam istihdam ve evrensel sosyal politikaya güçlü bir bağlılıkla tanımlanmaktadır. Modelin kökenleri, vatandaşların sosyal haklara sahip olması ve devletin sağlık, eğitim ve sosyal hizmetlerin sağlanmasıda önemli bir rol oynamasına dayanır (Kautto, 2010; Esping-Andersen, 1990).

İskandinav model, ayrıca "evrensel refah modeli" ya da "sosyal demokrat refah modeli" olarak da bilinir ve öncüsü İsveç'tir. Modelin diğer uygulayıcıları arasında Hollanda, Danimarka ve Finlandiya da yer alır. Kuzey refah modelinin evrenselcilik üzerine vurgusu, en belirgin özelliklerinden biridir. Ayrıca, sosyal dayanışma ve farklı sosyal sınıflar için düz oranlı yardımlar sağlanmasıdır.

Devlet bu modelde, düz oranlı yardımlar ve yüksek vergi düzeyleri gibi düzenlemeler sunarak, refahın sağlanmasıda temel rolü üstlenir. Hem orta sınıf hem de işgücü piyasasındaki diğer kesimler için yüksek faydalar sağlanır. Kısacası, gelir testine tabi programlara veya sosyal sigorta sistemlerine dayanan liberal veya muhafazakar refah devletlerinin aksine, İskandinav modeli, gelir veya sosyal statüye bakılmaksızın tüm vatandaşlara evrensel faydalar sağlar (Korpi & Palme, 1998). Bu evrensel yaklaşım, modelin temel sosyal demokratik

hedeflerini sadece yansıtmakla kalmaz, aynı zamanda pratik bir amaca da hizmet eder. İskandinav modeli, asgari ihtiyaçların karşılanmasını sağlayacak bir eşitlik mekanizması yerine, ihtiyaçların en üst düzeyde karşılanmasını sağlayacak bir refah devleti anlayışına dayanır (Özdemir, 2007;139-140). Ayrıca; eğitim, sağlık hizmetleri ve sosyal güvence gibi tüm insanlara yüksek kaliteli kamu hizmetleri sunarak, bu anlayış sosyoekonomik dengesizlikleri azaltmayı ve oyun alanını dengelemeyi amaçlar (Kautto vd., 2001).

İskandinav modelinin evrenselciliği, her vatandaşın belirli bir yaşam standardına ve sosyal hizmetlere eşit hakka sahip olduğunu savunan sosyal vatandaşlık kavramında derinlemesine kök salmıştır. Bu, erken çocukluk eğitiminden yaşlı bakımına kadar geniş bir hizmet yelpazesi sunan kapsamlı bir refah devleti aracılığıyla gerçekleştirilir. Amaç, bireylere yaşamlarının çeşitli aşamalarında kaynaklar ve fırsatlar sağlayarak onlara tatmin edici yaşamlar sürdürmeleri için yardımcı olmaktır (Esping-Andersen, 1999).

Aktif işgücü piyasası politikalarına vurgu, Kuzey refah modelinin diğer belirleyici bir özelliğidir. Yaklaşım, tam istihdamı hedefler ve insanların işgücüne girmelerine veya işgücüne geri dönmelerine yardımcı olmak için mesleki eğitim, iş sübvansiyonları ve devlet istihdam hizmetleri gibi politikaları içerir (Bonoli, 1997). İstihdama bu vurgu, sadece modelin geniş sosyal hedefleriyle bağlantılı değil, aynı zamanda ekonomik yaklaşımıyla da bağlantılıdır. İstihdam, sosyal dışlamanın önlenmesi ve sosyal entegrasyonun bir aracı olarak görülmektedir, bu nedenle aktif işgücü piyasası politikalarına bu kadar çok dikkat edilmektedir (Goul Andersen, 2002). Kıta Avrupa Refah Modeli'nden farklı olarak, İskandinav Refah Modeli, sosyal hizmete dayalı bir yapıya sahiptir (Stephens, 1996; 4).

Kuzey ülkeleri ayrıca eğitim ve beceri geliştirme konusunda da yoğun yatırımlar yapmaktadır, ekonomik rekabetçilik ve sosyal uyum için iyi eğitilmiş bir işgücünün esas olduğunu kabul ederler. Eğitim, bireyleri işgücü piyasası için hazırlamanın yanı sıra kişisel gelişim ve sosyal entegrasyon için bir araç olarak görülmektedir (Heckman vd., 1999).

Ancak İskandinav refah modeli eleştirilerden muaf değildir. Bazıları, cömert sosyal refah programlarını sürdürmek için gerekli olan yüksek vergilerin ekonomik ilerlemeyi engellediğini savunmaktadır (Svallfors, 2004). Diğerleri,

modelin evrenselcilik üzerine vurgusunun, sosyoekonomik eşitsizlikleri yeterince ele almayan "tek tip" bir yaklaşıma yol açabileceğinden endişe duymaktadır (Bambra, 2006). Ayrıca, yaşlanan nüfuslar gibi demografik eğilimler ve artan küreselleşme gibi faktörlerin ışığında modelin sürdürülebilirliği sorgulanmaktadır; bu faktörler, devlet kaynakları üzerinde baskı oluşturmakta ve geleneksel sosyal dayanışma mekanizmalarını tehlikeye atmaktadır (Castle, 2004).

Ayrıca, İskandinav ülkelerinde gelişmiş sosyal yardım mekanizmaları, atipik istihdam veya emeklilik ödeneği üzerinde herhangi bir azalmaya yol açmaz. Bu durum, bu sistemlerde sağlanan yardımların önceden yapılan prim katkılarına bağlı olmamasından kaynaklanır. Örneğin, Danimarka'da, bireylerin çalışma durumlarına bakılmaksızın, sadece o ülkede ikamet etmeleri nedeniyle yardıma hak kazanabilirler. Hollanda'da da benzer bir uygulama mevcuttur, burada kamu fonlarından ödenen emeklilik ödeneği miktarı herkes için eşittir (Başterzi, 2006; 143).

Bu rezervlere rağmen, Kuzey refah modeli, ekonomik verimlilik ve sosyal eşitlik arasında bir denge kurabilme yeteneği nedeniyle popülerliğini korumaktadır. Çeşitli çalışmalar, bu modeli izleyen ülkelerin yaşam beklentisi, eğitim düzeyi ve sosyal hareketlilik gibi geniş bir sosyal gösterge yelpazesi üzerinde iyi performans gösterdiğini göstermektedir, aynı zamanda rekabetçi bir ekonomi sürdürebilmektedirler (Esping-Andersen, 1999; Heckman vd., 1999). Kuzey refah modeli kusursuz değildir, ancak sosyal refahı iyileştirmek ve eşitsizliği azaltmak isteyen politikacılara ve akademisyenlere öğretebileceği dersler vardır.

Son olarak, sosyal demokratik geleneklere dayanan ve evrenselcilik ve aktif işgücü piyasası politikaları ile karakterize edilen İskandinav refah modeli, yarar sağlama konusunda benzersiz bir yaklaşım sunmaktadır. Zorluklara ve eleştirilere rağmen, sosyal eşitlik ve ekonomik verimlilik konusundaki başarıları, refah devletlerinin incelenmesinde sürekli bir ilgi ve alaka konusu olmaya devam etmektedir. Modeli değişen küresel sahneye uyarlama ve mevcut zayıf yönlerini ele alma konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır, ancak temel ilkeleri ve başarıları, sosyal refah sorunları üzerine devam eden tartışma için sağlam bir çerçeve sağlamaktadır.

2. AngloSakson (Liberal) Refah Modeli

Bu model, genellikle Birleşik Krallık, ABD, Kanada ve Avustralya gibi AngloSakson ülkelerinde bulunur. Bu modelde, hükümetin sosyal hizmetlerin sağlanmasında daha sınırlı bir rolü vardır ve bireylerin kendi başlarına gelenlere karşı sigorta alması beklenir (Pierson, 1998). Ancak, yoksullukla mücadele ve asgari yaşam standartlarının korunması amacıyla sosyal yardım programları bulunmaktadır (Mishra, 1999).

Refah devleti sıralamasında alt sıralarda yer edinmekle birlikte bu modelin özelliklerini taşıyan ülkeler arasında Amerika, Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda gösterilmektedir. Liberal Refah Modeli, adından da anlaşılacağı üzere bünyesinde “liberal ekonomi” ve “serbest piyasa” barındırmaktadır. Refah temini özel sektör eliyle yürütülmekte, devlet hizmeti sınırlı olduğundan vergi toplanmasına ihtiyaç duyulmamaktadır. Devletin fonksiyonu ücretleri düşük tutmak ve özel sektörü teşvik edici düzenlemeler hayata geçirerek istihdamı artırmaktır. Bu sayede işsizliğin azalması öngörülmekte, yardımdan faydalanacak bireylerin sayısında azalma meydana gelmesi tahmin edilmektedir (Spicker, 2013). Bu modelde devlet, bireyler için en son çare olarak addedilmekte ve yalnızca en yoksul kesim için devreye girmektedir. Minimum düzeyde sağlanan sosyal yardımlar gelir araştırmasına göre verilmekte, yardım talebinde bulunan bireylerin sayısını azaltmak amacıyla “damgalayıcı” bir özelliği bulunmaktadır. Bu durumda sosyal transferlerin kısıtlı ve sosyal sigortaların son derece zayıf olduğu bir model karşımıza çıkmaktadır (Taşcı, 2013; 8). Refah uygulamalarının bireylerin çalışma isteğini köreltmemesi ya da yok etmemesi gerektiği görüşü hakimdir. Yardım alma koşulları son derece ağır ve seçicilik ilkesi benimsenmektedir (Aktan & Özkıvrak, 2008; 69). İstihdam geçmişi bulunmayan yaşlı bireyler için gelir testi aracılığıyla düşük düzeyde de olsa bir ivaz sağlanmaktadır. Bu ülkelerde istihdam bağlantılı kamu emeklilik ivazı sınırlı olduğundan birçok çalışan işveren aracılığıyla özel emeklilik fonuna üyedir. Düşük emeklilik ivazı ve işsizlik ödeneğinin ana nedeni; Liberal ülkelerde sosyal güvenlik sistemlerinin maliyetlerinin sınırlı olmasıdır (Ederveen & Soede, 2003; 7-8). Liberal Refah Modelinde kamu sektöründeki istihdam oranının son derece düşük, özel sektör istihdam oranının ise OECD ortalamasından daha yüksek düzeylerde olması dikkat çekmektedir. Refah olanaklarının kısıtlı olması herhangi

bir finansman kriziyle karşı karşıya kalınmasını engellemektedir. Sendikaların etkinliği ve işlevselliğinin zayıf olduğu bu modelde, ücret eşitsizliği ve gelir adaletsizliği görülmektedir (Özdemir, 2005; 243). Bu modelin sakıncalı yanı halkın çoğunluğunu kapsamı altına alan özel refah vurgusunun toplumdaki ikili yapıyı güçlendirme olasılığı olup, geliri düşük bireyleri ikinci plana atarak sosyal dışlanmaya maruz bırakabilmektedir. Yoksulluk oranı bilhassa tek yaşayan anneler, çocuklu çekirdek genç aileler gibi toplumda her geçen gün artan hane halkları arasında yüksek düzeydedir. Ayrıca aile, piyasa üzerindeki refah bağımlılığını azaltma noktasında başarısızdır (Şenkal & Sarıipek, 2007).

3. Kıta Avrupa Refah Modeli

Bu model, “Muhafazakar-korporatist refah rejimleri”, “sosyal sigorta modeli”, “kıta avrupası modeli”, “kurumsal refah rejimleri”, “bismarck ülkeleri modeli”, “alman modeli”, ve “hristiyan demokratik rejimler” gibi birbirinden farklı şekilde de adlandırılır ve sosyal refah sağlama konusunda farklı bir yaklaşım sunar. Bu model, özellikle Almanya, Fransa ve Belçika gibi ülkelerde geliştirilmiş olup, istihdamı yüksek tutma amacı yerine, mevcut sosyal ve mesleki hiyerarşileri korumayı, radikal bir şekilde zenginliği yeniden dağıtmak veya evrensel faydalar sağlamaktan daha üstün tutar ve böylelikle sosyal sorunları sosyal güvenlik yoluyla çözme yöntemini benimser (Esping-Andersen, 1990). Ayrıca bu ülkeler, farklı meslek gruplarına yönelik farklı şekillerde hayata geçirilen emeklilik planları ile karakterize edilmektedir (Ederveen & Soede, 2003;5).

Kıta Avrupa Refah Devletlerinde sosyal güvenlik sisteminin ayağını oluşturan emeklilik, “Ne kadar çalışırsan o kadar kazanırsın” ilkesine dayanmakta olup”, emeklilik hakkından yararlananlar işgücü piyasasına dahil olan bireylerdir (Esping-Andersen, 1996; 10). Şema avantajları katkı temelli olarak tasarlanmış olsa da, emeklilik sistemi için para çalışan ve işveren arasında eşit bir şekilde dağıtılmaktadır. Bununla birlikte, bu modelle ilgili olarak son zamanlarda bazı endişeler ortaya çıkmıştır. Artan bağımlılık oranları, yasadışı işçilik ve erken emeklilik talebi, Kıta Avrupa sosyal refah modeline sürdürülemez bir mali baskı getirmektedir. Belçika, Belçika, Fransa, Almanya, İtalya ve Hollanda'da, işgücü maliyetlerindeki artış, iki çocuğu olan evli bir çalışan için toplam ücretlerin

neredeyse %50'sine denk gelmektedir. Ayrıca, tek gelirliler ve iki çocuklu evli çiftlerin, OECD'deki ortalama bekar bir çalışana göre daha düşük bir vergi yüküne sahiptir (OECD, 2023; 3). Bununla birlikte, geri ödenmez emeklilik hakları, işçilerin maaşlarından önemli bir miktarın kesilmesini gerektirerek, bu ülkelerdeki işletmelerin daha az kişi istihdam etmesini teşvik etmektedir.

Bu kavram, Bismarck tarzı sosyal sigortada derinlemesine kök salmıştır; faydalar, maaş ve istihdam durumuna bağlı olarak belirlenir. Bu, sosyal güvenlik sisteminin istikrarlı istihdam ve ekonomik başarıya güçlü bir şekilde bağlı olduğu anlamına gelir (Palier, 2010). Bismarck sistemi, çalışanlara ve ailelerine hastalık, işsizlik ve yaşlılık gibi risklere karşı sosyal sigorta sağlamayı amaçlar. Ancak, evrensel kapsama hedefleyen İskandinav modelinin aksine, Kıta modeli daha seçicidir ve genellikle işsizleri, serbest çalışanları ve yarı zamanlı çalışanları tam fayda paketinden dışlar (Bonoli, 1997).

Statü koruma üzerine vurgu, Kıta Avrupası Refah Modelinin anahtar bir özelliğidir. Sosyal Güvenlik faydaları genellikle maaşlara bağlıdır, bu da daha yüksek gelire sahip kişilerin daha büyük faydalar aldığı anlamına gelir. Bu, modelin temel önermesiyle uyumludur: mevcut sosyal yapıları sürdürmek ve aşağıya doğru sosyal hareketliliği sınırlamak (Hemerijck, 2012). Bu, sosyal eşitsizliği ortak faydalar aracılığıyla en aza indirmeyi amaçlayan İskandinav yaklaşımıyla keskin bir tezattır (Korpi ve Palme, 1998).

Ancak strateji, eleştirilerden de nasibini almıştır. Yapılan en önemli eleştirilerden biri, değişen sosyal ve ekonomik koşullara uyum sağlama konusundaki yetersizliğidir. Sosyal faydalar ve istihdam arasındaki yakın bağ nedeniyle, sistem ekonomik durgunluklara karşı savunmasızdır, bu da 2008 finansal krizi sırasında kanıtlanmıştır (Clasen & Siegel, 2007). Ayrıca, statüyü koruma üzerine yapılan vurgu, sosyal adaletsizlik eleştirilerine ve dışlananların ihtiyaçlarını karşılayamama eleştirilerine yol açmıştır (Ferrera, 1996).

Başka bir anlaşmazlık kaynağı ise, modelin nüfus değişikliği karşısındaki direncidir. Yaşlanan bir nüfus ve düşen doğum oranı nedeniyle, sosyal güvenlik sisteminin mali geçerliliği sorgulanmaktadır (Häusermann, 2010). Ayrıca, yarı zamanlı ve geçici iş gibi geleneksel olmayan çalışma biçimlerinin ortaya çıkması,

büyük ölçüde istikrarlı tam zamanlı istihdama dayalı bir sistemi zorlamaktadır (Ebbinghaus, 2011).

Bu çekincelere rağmen, Kıta Avrupası Sosyal Modeli, birçok Batı ülkesinde sosyal hizmetleri incelemek için yararlı bir çerçeve olmaya devam etmektedir. Sosyal sigorta ve statü koruma üzerine vurgusu, refah devletlerinin zorluklarına dair benzersiz bir perspektif sunar ve hem akademisyenler hem de politikacılar için önemli içgörüler sağlar. Değişen sosyal ve ekonomik koşullara uyum sağlama konusunda sorunlar yaşasa da, modelin temel ilkeleri ve yöntemleri, modern refah araştırmaları ve tartışmalar için sağlam bir temel oluşturur.

Sonuç olarak, Kıta Avrupası refah modeli, Bismarck'ın mirasına dayalı sosyal sigorta sunar ve mevcut sosyal ve mesleki hiyerarşiyi sürdürmeye yönelik bir politika sunar. Özellikle uyum ve sürdürülebilirlik açısından sorunlar ve eleştiriler yaşansa da, modelin temel varsayımları refah devletlerinin incelenmesinde sürekli bir ilgi ve alaka konusu olmaya devam etmektedir. Modeli değişen küresel ortama uyarlama ve mevcut zayıf yönlerini düzeltme konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır, ancak temel ilkeleri ve başarıları, refah sorunları hakkında devam eden konuşmalar için iyi bir platform oluşturmaktadır.

4. Güney Avrupa (Latin) Refah Modeli

Küreselleşmenin etkisi ve 1980 yılında yaşanan ekonomik krizle beraber sosyal demokrat refah modelini benimseyen devletler finansal açıdan zorluk yaşamıştır. Bu nedenle, muhafazakâr refah devleti modellerinin bazı özelliklerini benimseyerek, refah devletlerinin sürdürülebilirliğini sağlamaya çalışmıştır. Böylelikle, sosyal demokrat ve muhafazakâr refah devleti modellerinin özelliklerini bir arada taşıyan Güney Avrupa Refah Modeli ortaya çıkmıştır. Güney Avrupa Refah Modeli sosyal güvenlik, sağlık, eğitim ve konut hizmetlerini kapsamaktadır.

Bu model, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan gibi Güney Avrupa ülkelerinde bulunabilir. Bu modelde, devletin sosyal hizmetlerin sağlanmasında rolü nispeten sınırlıdır ve ailelerin veya özel sektörün bu hizmetleri sağlaması beklenir (Ferrera, 1996). Ancak, son yıllarda bu ülkelerde hükümetlerin sosyal hizmetleri genişlettikleri ve daha fazla eşitlik sağlamak için çaba gösterdikleri görülmüştür (Moreno, 2006).

- Sosyal güvenlik: Tüm vatandaşlara temel sosyal güvenlik hizmetleri sağlanmaktadır. Bu hizmetler, emeklilik, işsizlik, hastalık ve engellilik gibi risklere karşı korumayı amaçlamaktadır.
- Sağlık hizmetleri: Tüm vatandaşlara ücretsiz veya düşük maliyetli sağlık hizmetleri sağlanmaktadır.
- Eğitim hizmetleri: Tüm vatandaşlara ücretsiz veya düşük maliyetli eğitim hizmetleri sağlanmaktadır.
- Konut hizmetleri: Yoksul ve dezavantajlı vatandaşlara konut yardımı sağlanmaktadır.

Konu bütünlüğünün sağlanabilmesi amacıyla refah modelleri başlığı altında kısa bir bilgi verilmiş olup daha detaylı olarak 3. Bölümde değinilmiştir.

III. GÜNEY AVRUPA REFAH MODELİ

Güney Avrupa refah modeli, büyük ailelerin ve sivil toplumun sosyal hizmetlerin sağlanmasında dominant rol oynadığı, devletin henüz refah açısından tamamlanmamış “kalıntı” olduğu bir modeldir (Ferrera, 1996). Bu model, kapsamlı sosyal hizmetler yerine ailelerin ve özel kuruluşların sosyal güvence sağladığı bir yapının belirgin bir örneğidir. Ferrera'nın (1996) analizine göre, bu modelde devletin katkısı genellikle ad hoc ve düzensizdir, genellikle belirli sektörler veya topluluklar için hedeflenen sosyal yardım biçiminde gerçekleşir.

Bu modelin karakteristik özellikleri arasında düşük sosyal harcamalar, düzensiz sosyal haklar ve genellikle eksik sağlık ve sosyal hizmetler bulunur (León, 2004). Güney Avrupa ülkeleri, refah harcamalarında genellikle Kuzey Avrupa ülkelerinden daha düşük seviyelerle karakterize edilir. Bunun yanı sıra, sosyal haklar ve hizmetler genellikle daha düzensizdir ve bu durum genellikle belirli grupların veya bölgelerin yoksulluk ve sosyal dışlanma riskini artırır (Buğra vd., 2003, s. 17; Çakar, 2003, s. 3).

Güney Avrupa refah modeli genellikle İtalya, İspanya, Yunanistan ve Portekiz gibi ülkeleri kapsar, ancak son zamanlarda bu modelin etkisi diğer Akdeniz ülkelerine de yayılmıştır (Moreno, 2006). Özellikle bu ülkeler, genellikle kırsal alanlarda yaşayan geniş ailelerin ve aile tabanlı sosyal güvence mekanizmalarının önemli bir rol oynadığı bir toplumsal yapıya sahiptir.

Güney Avrupa refah modeli, aynı zamanda, belirgin bir şekilde segmentli çalışma pazarları ve yüksek düzeyde geçici ve kayıtsız istihdamla da karakterizedir (Rhodes, 1997). Bu durum, refahın aileler ve özel sektör üzerinde büyük bir yük oluşturmasına ve sosyal dışlanma ve yoksulluk riskinin artmasına yol açmaktadır.

Bu refah modelinin uygulandığı ülkelerde, genellikle daha yüksek oranda yoksulluk ve sosyal dışlanma, daha düşük oranda istihdam ve daha düşük sosyal hizmetlere erişim gözlenir (Arts & Gelissen, 2002). Bu durum, genellikle geniş

aileler ve topluluklar tarafından sağlanan sosyal destek ve özel sektörün rolü sayesinde hafifletilir.

Son olarak, Güney Avrupa refah modeli, toplumda genellikle geniş ailelerin ve toplulukların sosyal hizmetlerin sağlanmasında oynadığı belirgin rol nedeniyle, sosyal politikaların ve hizmetlerin genellikle aileler ve topluluklar üzerinde büyük bir yük oluşturduğu bir modeldir (Saraceno, 2002).

Refah Devleti Modelleri alanında yapılmış eserler arasında en çok ilgi uyandıran eserin Esping-Andersen'in 1990 yılında yayımlanan "The Three Worlds of Welfare Capitalism" adlı eseri olduğu iddia edilmektedir. Esping-Andersen'in üçlü tipolojisinde, ulusların nasıl sınıflandırıldığını belirlemek için decomodification düzeyi ve tabakalaşma sistemi kullanılır. Tabakalaşma sistemi, sosyal gruplar arasındaki dayanışma derecesini ve olası tehdidi yönetme şeklini yansıtmakta, decomodification düzeyi ise insanların ve ailelerin yaşam standardını piyasadan bağımsız olarak koruma düzeyini ifade etmektedir. Birçok yazar, özellikle Leibfried, Esping-Andersen'in üçlü tipolojisini eleştirmiş, Güney Avrupa sosyal refah modelinin ayrı bir model tipi olarak sınıflandırılması gerektiğini ve model tiplerinin sadece decomodification düzeyini göz önünde bulundurarak yapılmasının yeterli olmadığını savunmuştur. (Castles 1993; Bonoli 1997; Arts ve Gelissen 2002; Korpi ve Palme 2003) gibi birçok kişi, sosyal refah devletlerini decomodification derecesine göre sınıflandırmanın yetersiz olduğunu iddia etmektedir. Leibfried (1992), Castles ve Mitchell (1993), Siaroff (1994), Ferrera (1996), Bonoli (1997) ve Korpi ve Palme (1998) gibi bilim insanlarına göre, Avustralya, Yeni Zelanda, Japonya ve Güney Avrupa'nın, İtalya dahil, refah sistemleri dördüncü ve beşinci sınıflandırmalar içinde yer almalıdır. Bir diğer önemli eleştiri ise, Esping-Andersen'in sınıflandırmalarının sosyal politikaların toplumda nasıl entegre olduğuyla daha çok ilgilenmesi gerektiğini belirtmektedir (Kasza, 2002; Bannink ve Hoogenboom, 2007). Bir refah sisteminin kavramsal olarak ele alındığı vurgulanmıştır. Ayrıca Esping-Andersen'in rolü ve (sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler gibi) sektörlere yönelik hükümet katılımının başarısı, rejim türlerini ayırt etmek için düşünüldüğünde göz ardı edilmiştir. Açıkça, Andersen'in taleplerinin gerçekleştirilmesi zorluklarla karşılaşacaktır. O, sosyal hizmetlerin piyasa ve aileden ayrı bir devlet taahhüdü haline getirilmesi gerektiğini düşünmektedir. Bakım hizmetlerinin duygusal bileşeni daha çok

kadınlarda yaygındır. "Cinsiyet kimliği"nin nasıl geliştiği üzerinde derin bir etkisi vardır. Bu nedenle, yaygın bir varsayım, sosyal hizmetlerin aileden tamamen ayrılamayacağı, hatta bir mal haline dönüştürülemeyeceğidir. Bu nedenle, sosyal devletin nasıl reform yapması gerektiği tartışılırken, gayri resmi aile bakımı vurgulanır. Feminizmin sosyal bilimlerde son 20 yılda önem kazanmasına rağmen, Esping-Andersen'in makalelerinde kadınlara ayrımcılık yapmadığı, refah devletinin sınıflandırılmasında başka bir eleştiri noktasıdır. Bu bağlamda, Gosta-Esping Andersen'in feminist destekçileri, kadınların işgücü piyasası pozisyonları ile ev içi hizmetlerdeki toplumsal sorumlulukları arasındaki bağı göz ardı ettikleri için "cinsiyet körü" olarak suçlamaktadır. Dekomodifikasyon teorisine göre, Esping-Andersen'in üç dünya tipolojisi sadece kadınları değil, aynı zamanda evde ücretsiz bakım vericileri olarak kadınların oynadığı önemli rolü de hesaba katmamaktadır.

A. Güney Avrupa Refah Modelinin Temel Özellikleri

Güney Avrupa, coğrafi ve ekonomik olarak diğer Avrupa bölgelerinden farklı bir konumda bulunmaktadır. Geç sanayileşen ve ekonomik olarak gelişen bu ülkeler, kaynaklarını daha sınırlı bir şekilde kullanmak zorunda kalmaktadır. Bu durumun dünyada pek çok örneğiyle karşılanmaktadır (Kniivilä, 2007, 295). Ancak bu, Güney Avrupa'nın sosyal hizmetlerde geri kaldığı anlamına gelmez. Özellikle sağlık hizmetleri konusunda, bu ülkelerin birçoğu evrensel sağlık sistemini benimsemiştir.

Evrensel sağlık sistemi, bir ülkenin tüm vatandaşlarının sağlık hizmetlerine eşit ve adil bir şekilde erişebilmesini amaçlar. Bu sistem, Güney Avrupa refah modelinin temel taşlarından biridir ve vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini ve bu hizmetlerin maliyetini kontrol altında tutmayı hedefler. Ancak, tüm Güney Avrupa ülkeleri bu sistemi aynı şekilde uygulamamaktadır (Canser ve Önder, 2017, 58). Örneğin; Portekiz ve Yunanistan gibi ülkelerde karma bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Bu ülkelerde vatandaşlar, hem kamu sağlık hizmetlerinden hem de özel sağlık sigortası kapsamında hizmet alabilmektedir. Ancak bu farklılıklar, Güney Avrupa ülkelerinin evrensel sağlık sistemini benimsememe eğiliminde olduğu anlamına gelmez. Aksine, bu ülkeler evrensel sağlık sistemini finanse etmek için çeşitli yöntemlere başvurmaktadır. Vergiler,

sosyal güvenlik primleri ve özel sağlık sigortası katkıları, bu finansman yöntemlerinin başında gelmektedir. Bu modelin temel özellikleri şunlardır (Daştan ve Çetinkaya, 2015, 106-107):

1. Geniş Kapsamlı Sosyal Hizmetler: Güney Avrupa ülkeleri, vatandaşlarına geniş kapsamlı sosyal hizmetler sunar. Bu hizmetler arasında sağlık hizmetleri, eğitim, konut yardımları, sosyal güvenlik ağları ve işsizlik sigortası gibi alanlar bulunur. Devlet, vatandaşların temel ihtiyaçlarını karşılamak ve sosyal korumayı sağlamak için aktif bir rol oynar.

2. Evrensel Sağlık Sistemi: Güney Avrupa Refah Modeli, evrensel sağlık hizmetlerinin sağlanmasını hedefler. Bu ülkelerde, vatandaşlar genellikle kamu sağlık sigortası kapsamında tıbbi hizmetlere erişebilirler. Devlet, sağlık hizmetlerinin yaygın, kaliteli ve erişilebilir olmasını sağlamak için önemli bir rol oynar.

3. İşçi Hakları ve Sendikaların Güçlü Rolü: Güney Avrupa ülkelerinde işçi haklarına önem verilir ve işçi sendikalarının güçlü bir rolü vardır. İşçilerin haklarının korunması, düşük ücretlerin önlenmesi, iş güvenliği ve çalışma saatlerinin sınırlanması gibi konular refah modelinin önemli unsurlarıdır. İşçi sendikaları ve işverenler arasında toplu sözleşmeler, işçi haklarının korunmasında etkili bir araç olarak kullanılır.

4. Aile Politikaları: Güney Avrupa Refah Modeli, ailelere yönelik destekleyici politikaları içerir. Doğum izni, kreş hizmetleri, çocuk yardımları gibi politikalarla ailelerin çocuk bakımı ve gelir güvenliği sağlanmaya çalışılır. Aile birimini güçlendirmek ve eşitsizlikleri azaltmak amacıyla aile politikalarına önem verilir.

5. Sosyal Adalet ve Eşitlik: Güney Avrupa Refah Modeli, sosyal adaletin sağlanması ve toplumsal eşitsizliklerin azaltılması hedeflerini benimser. Devlet, dezavantajlı gruplara destek sağlamak ve sosyal dengeleri korumak için aktif bir şekilde müdahale eder. Eşitsizliklerin azaltılması ve toplumsal katılımın artırılması refah modelinin önemli amaçlarındandır.

Güney Avrupa Refah Modeli, geniş kapsamlı sosyal hizmetler, evrensel sağlık sistemi, işçi haklarına önem verme, aile politikaları ve sosyal adaletin sağlanması gibi unsurları içeren bir refah devleti yaklaşımıdır. Bu model, Güney

Avrupa ülkelerinde toplumsal koruma ve sosyal refahın güçlendirilmesini amaçlar.

Leibfried, Gost Esping Andersen'in temel üçlü kategorizasyonunda bıraktığı boşlukları kapsayacak yeni bir tür refah düzenlemesi geliştirmiştir (Özdemir, 2007, 150). Bu sistem, Güney Avrupa Refah Rejimi olarak bilinir ve İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan'ı içermektedir (Ferrera, 2006, 198).

"Latin Kuşağı" modeli, "Katolik kurumsal" modeli ve "ilkel" model, Güney Avrupa Refah Modelinin diğer adlarıdır. Bu model, daha dağıtılmış muhafazakar kurumsal sistemlerden ve İskandinav refah devletlerinin eşitlik temelli, standartlaştırılmış ve sosyal eşitlik temelli bir yapıdan ayrılan belirgin bir yapıya sahiptir. Güney Avrupa ülkelerindeki sosyal politika yöntemleri, muhafazakar kurumsal veya Bismarck tarzı ülkelerinkine benzese de, bu politikaların altında yatan sosyopolitik kültür oldukça farklıdır (Ferrera, 2006, 216).

Büyük tarihi farklılıklara rağmen, 1960 ve 1980 yılları arasında bu ülkelerin sosyal modernizasyonunu etkileyen altta yatan mekanizmaların, örneğin kültürel mirasların, bazı özelliklere sahip olduğu açıktır. Elit profesyonel gruplar için maliyetli ödülleri azaltan politikalar, aile yardımlarını ve sosyal hizmetleri iyileştiren politikalar, çift sistemde aşırı içerdekiler korumasını azaltan politikalar ve cinsiyet eşitliğini önceliklendiren politikalar, benzer bir eğilimi gösterir (Gutiérrez, 2014, 372). Var olan bu eğilime karşın ülkelerin çeşitli şekillerde farklı olduğu açıktır. Örneğin, Yunanistan'da, Portekiz ve İspanya'nın aksine, Ortodoks gelenekler vardır. Yunanistan'ın aksine, İspanya ve Portekiz güçlü Katolik temellere, kültürel geleneklere ve ortak imparatorluk mirasına sahiptir. Monarşik ve merkezî bir politik yapıya sahip olan İspanya'nın aksine, Portekiz cumhuriyetçi bir devlet tarafından yönetildi (Günel & Semiz, 2009, 46).

Bir başka endişe kaynağı da, Türkiye ile gölge ekonomi arasındaki paralelliktir, bu da kayıt dışı ve dolayısıyla kontrolsüz işlemlerle temsil edilir (Taşçı, 2013, 50). Gayri resmi ekonominin sosyal sigortada hakim olması önemli endişelere yol açar. Aslında, sigortasız işçiler tanınmadığında, gelir temelli önlemler daha az etkilidir. Yani, gelir kontrol edilemediğinden, sosyal güvenlik sistemini modern ihtiyaçlara uyacak şekilde değiştirmek zor olabilir (Günel & Semiz, 2009, 50).

1950'ler ve 1960'lar boyunca büyük ekonomik eşitsizlik ve yoksulluğun işgücü göçü nedeniyle bir kara delik oluşturduğu Kuzey ülkelerine erkeklerin akını sonucunda, Güney Avrupa ülkelerinde güney tarzı bir finansal darboğaz oluştu. Ön ve sonrası sanayileşmiş ülkelerde, tamamen farklı sosyopolitik geleneklere sahip sınıfların çelişkili ve düzensiz ortaya çıkışı, ekonomik eşitsizlikten daha ciddi bir sorundur. Göç dalgaları tarafından getirilen düşük proletaryalaşma süreci, işgücünün yerel piyasadan çıkmasına ve tarımsal bir ekonomiden sanayi ekonomisine geçiş yapmasına yardımcı oldu, ancak bu, yüksek oranda kendi hesabına çalışan oranını azaltmak için yetersizdi (Martin, 2015, 6).

Öte yandan, bu tür rejim sistemi, tüm refah rejimlerinin en kötü sosyal politika uygulamasına sahiptir. Harcamalar nispeten düşüktür (İtalya hariç.) Devlet, aile, din ve hayır kurumlarının birleşimi, sosyal güvenliğin benzersiz bir kombinasyonunu oluşturur (Rhodes, 1996, 6). Ayrıca, Kuzey Avrupa ülkelerinin aksine, 1960'larda kadın ve genç işsizlerin göçünde keskin bir artış yaşayan tüm Güney Avrupa ülkelerinde bir sosyal güvenlik sistemi olarak da tanımlanabilir; 6.

Bu tür bakım sistemleri ve rejimlerin karşılaştırmalı çalışmaları daha yenidir, bu nedenle akademik çalışmalarda ancak son zamanlarda bir yer edinmiştir. Çocuk bakımı çalışmasında (Saraceno, 2000), dört sınıflı ülkede, erken çocukluk hizmetlerinin ve bakımın anaokulu yerine anneler tarafından sağlandığına ve aile desteğinin çocuk bakımı taleplerini karşılamada en önemli faktör olduğuna dikkat çeker (Karamessini, 2007, 4).

Ferrera, Güney Avrupa ülkelerinin genel özellikleri üzerinde yoğun ve başarılı bir kampanya yürütmüştür. Sonuç olarak, güney Avrupa modelinde (kutuplaşmış yapı), refahın en yaygın unsurları arasında "çift gelir destek sistemleri", sağlık sistemlerinde "evrensellik", özelleştirme-müştericilik ve hatta sosyal hizmetlerin planlanması ve sağlanmasında yolsuzluk bulunur (Taşçı, 2013, 10). Kutuplaşmış yapıda ayrıca ailenin toplumsal dengede sağladığı rol, minimum gelirin yetersizliği ve eşitsizliği de tasvir edilmektedir.

1. Kutuplaşmış Yapı (İkili Gelir Desteği Sistemi)

Güney Avrupa ülkelerinde, resmi sektörlerde çalışan işçilere cömert koruma sağlanırken, gayri resmi veya düzensiz piyasalarda çalışanlar için destek düzeyi

düşüktür. Güney Avrupa ülkeleri, emeklilik düzenlemeleri ve gelir güvencesi açısından kutuplaşmış parçalı iki partili "kurumsal" bir yapıya sahiptir (Rhodes, 1996; 6). İşgücü piyasasında sigorta primi ve ticari sektörde, kamu kurumlarında ve serbest çalışanlarda yapılan miktar önemli ölçüde farklılık gösterir (Ferrera, 2006; 198).

Bu çifte gelir desteği, sosyal politika uygulamasında belirgin bir kutuplaşmaya neden olmuş olarak görülür. Yetersiz gelir desteği alan ve iş güvencesizliği yaşayan birçok vatandaş (ev hizmetleri, tarım, küçük işletmeler vb.) kayıt dışı kalırken, bu ülkelerdeki çalışanlar, memurlar ve tam zamanlı işçiler hiperkoruma alır (hastalık, engellilik, doğum, kısmi işsizlik vb.);

Güney Avrupa'daki refah sistemleri ile kıtasal Avrupa'daki refah sistemleri arasında işgücü piyasası açısından bazı benzerlikler olmasına rağmen, bazı farklılıklar da vardır. İş arayan "içerdekiler" (örneğin işsizler veya gayri resmi işçiler) gelirlerini ve sosyal haklarını iyileştirmek için mücadele ederken, "dışarıdakiler" sosyal yardımı bırakmalarını sağlayacak bir iş aramaları ayrıca önemli bir yere sahiptir (Özdemir, 2007; 291).

Güney Avrupa ülkelerindeki sanayileşme sürecinde, kamu sektörü, büyük ölçekli işletmeler vb. gibi anahtar ekonomik sektörlerde, işçi çıkarmaya karşı sıkı koruyucu istihdam rejimleri yürürlüğe konmuştur. Ön savaş dönemi İtalya'da ve otoriter kurumsal ideolojiden etkilenen diğer üç ülkede kötü işleyen işsizlik sigortası sistemleri nedeniyle, savaş sonrası işin korunması üzerinde sıkı kontrol vardı. Bu yasaya göre, gayri resmi sektörde çalışan bireylerin daha az sosyal hakları ve daha riskli işleri varken, çoğunlukla yaşlı ve orta yaşlı erkeklerin kıdemle orantılı aile ücretleri ve istikrarlı işleri vardır (Mar-Klose & Moreno-Fuentes, 2013; 477).

Yunanistan'da, devletin belirli gruplara veya sınıflara gayri meşru ve eşitsiz sosyal destek sağlamasıyla çift sistem ortaya çıkar. Ancak belirsiz sınıf, mütevazı emeklilikler, çocuklu ailelere yönelik yardımlar veya minimum gelir programları şeklinde hiçbir destek alamazken, sözde "ayrıcalıklı sınıf" kısmi gelir desteği şeklinde önemli yardım alır (Guillen ve diğerleri, 2006; 290–291).

Türkiye'deki mevcut düzensiz ve dolayısıyla kontrolsüz gayri resmi (informal) faaliyetler, Güney Avrupa ülkelerinin gayri resmi (illegal) ekonomisi

veya resmi ekonomisi ile çarpıcı benzerlikler taşımaktadır. 2010 yılında 31 Avrupa ülkesinin incelendiği bir çalışmada, Türkiye'nin gayri resmi sektörü %33,5 ile dördüncü sıradaydı (Taşçı, 2013; 11).

2. Klientalizm

Güney Avrupa'da sıklıkla rastlanan bir durum olan klientalizm, yani patrimonya olgusudur. Bu olguya göre bireylerin politik ve bireysel çıkarlarının neticesinde kamu ve sosyal politika uygulamalarında uygun olmayan gayri resmi denebilecek düzenlemeler oluşmasına neden olmaktadır. Bu kavram siyasi sistem içerisinde yer alan grupların uyguladığı manipülasyon aracıdır. Dahası, bu stratejiler ana merkezdeki güç sahibinin çıkarlarına hizmet etmekle beraber, karşılıklı faydaların geçerli olduğu sürekli ilişkileri korumak için bir ön koşul oluşturur (Roniger, 2004).

Klientalizm'e sahip ülkelerde bireyler sahip oldukları ayrıcalıkları ve statülerini korumak amacıyla refahın toplum tarafından eşit olarak dağılması düşüncesine şiddetle karşı çıkarlar. Refah mekanizmalarının düzenli sistematik ve sağlıklı bir şekilde gelişmesini bu nedenle engellerler (Günel & Semiz, 2009; 49).

Demokratikleşme ve (klientalizm) kayırmacılık arasındaki bağlantıyı incelediğinde Fox (1994, 2007), klientalizmin bazı sivil toplum kuruluşları ve bağımsız kurumlar tarafından kontrol altına alınabileceğini ve seçim demokrasisi ve devlet aktörlerinin etkileşiminin hesap verebilirlik açısından büyük fırsatlar sunduğunu bulmuştur. Fox'a göre, klientalizm ve demokratikleşme ilkeleri uyumlu görünmemektedir. Bu nedenle, güçlü bir kapitalist yapıya sahip Güney Avrupa'daki ülkelerin daha az demokratik olduğunu iddia etmek mümkündür (Kusche, 2014; 210). Klientalizmin Güney Avrupa ülkelerindeki belirginliği nedeniyle, bazı politik çıkar grupları, oldukça gelişmiş bir patronaj sistemi aracılığıyla ekonomik destek alır (Rhodes, 1996; 6).

Bu ülkelerde devletin çeşitli işlevleri bulunmaktadır; bunlar arasında korumacılık, özerklik, transferler, sübvansiyonlar ve belirli endüstriler üzerinde kontrol ve denetim yer almaktadır. Devletin korumacı önlemlerinin başlıca kazananları, Güney Avrupa Kapitalist sınıfının çoğunluğunu oluşturan toprak sahipleri, sanayiciler, bankerler ve armatörlerdir. Bu kişiler, devletin otoritesini kullanmanın yanı sıra, gönüllü olarak krediler verme, sözleşmeler imzalama ve

diğer harcamalar yapma yoluyla mevcut mali ve sosyal durumlarını daha da pekiştirirler. Devletin işleyişinin bir başka yönü ise vergi tahsilatındaki gevşektir ve özel sektördeki çiftçiler ve işçiler, kamu sektörü çalışanlarına kıyasla sosyal güvenlik, sağlık hizmetleri ve emeklilik haklarına daha az sahiptirler (Sotiropoulos, 2004; 408).

Güney Avrupa'da yer alan Yunanistan, klientalist ağlarla iç içe olan kamu kurumlarına sahiptir. İdari talepler, bürokratlarla yapılan bağlantılar veya tanınmış politik figürlerin katılımı yoluyla karşılanır. Bu nedenle, Yunanistan'ın karmaşık emeklilik sistemi düzenlemeleri, belirli birkaç kişiye büyük faydalar sağlar. Yunanistan hükümetinin, bu tür problemleri bu şekilde yönetemese, karmaşık bürokratik sistemle başa çıkamayacağı muhtemeldir (Ferrera, 2006; 216).

1995 seçimlerinin ardından Portekiz'in yönetimini ele geçiren Sosyalist Parti (PS), partizan ilişkilerine dayanarak çok sayıda bakanlık ve kamu kurumunun en üst düzey görevlerine 6.000 kişi atamıştır, ancak bu bir örnek teşkil etmemektedir. Aksine, Portekiz 1997 yılında patrimonyayı önemli ölçüde azaltmak amacıyla kamu kurumları ve ajansları için tutarlı bir işe alım sürecini hayata geçirmiştir (Sotiropoulos, 2004; 409).

"Kitle patronajı" partileri olarak da adlandırılan İtalyan partileri, oy karşılığında seçmenlere iş imkanları, idari yardım ve terfi fırsatları gibi çeşitli ayrıcalıklar sunar. Hükümet ajansları, devlet sahip olduğu işletmeler, sosyal güvenlik fonları vb. mevcuttur. Patronaj yoluyla ödenen bedellerin sadece küçük bir kısmı karşılığında faydalar elde edilir (Ferrera, 2006; 211).

Belediye hükümetlerinin, politik partilerin, işçi sendikalarının ve Kilisenin işbirliği ile İspanya'da oy karşılığında sosyal destek hizmetleri alan kişi sayısı neredeyse iki katına çıkmıştır (Ferrera, 2006; 214). Bu örnekler, verimsizliğin ve yolsuzluğun, Güney Avrupa bürokrasilerinin yapısal özelliklerinden ziyade davranışsal sonuçlar gibi görüldüğünü göstermektedir. Ayrıca, yolsuzluk değerlendirmelerini karşılaştırmak zor olabilir (Sotiropoulos, 2004;406-407).

Klientalizm konusuna Türkiye açısından baktığımızda, Güney Avrupa ülkeleri ile benzerlikler görülebilmektedir. Özkanan ve Erdem (2014)'e göre, Türkiye'deki politik partiler, tüm pozisyonlarını politik atamalarla doldurarak

kamu kurumlarını politize eden çeşitli çıkar grupları gibi hareket etmektedir. Klientalizmi önlemeye veya azaltmaya yönelik tasarlanmış yasaların aksine bir etkisi de vardır. Diğer yandan, yasanın gerektirdiği şekilde liyakatin uygulanması gerektiği vurgulandığı için klientalizm pratikte var olmaktadır, bu da gizli işsizliğe yol açar ve bu da aşırı istihdamı beraberinde getirir (Özkanan & Erdem, 2014;183).

B. Güney Avrupa ve Türkiye Refah Modellerinin Karşılaştırılması

Türkiye'nin Güney Avrupa refah modeli ile olan benzerlikleri, bu modelin Türkiye'de uygulanmasının potansiyel avantajlarına işaret etmektedir. Ancak bu modelin uygulanmasında karşılaşılabilecek zorlukları göz ardı etmemek gerekir. Bu zorlukların üstesinden gelmek için etkin politika ve stratejilerin geliştirilmesi şarttır.

Sosyal güvenlik sistemi, Türkiye ile Güney Avrupa ülkeleri arasındaki benzerliklerin başında gelir. Hem Türkiye'de hem de Güney Avrupa ülkelerinde sosyal sigorta temelli bir yapı bulunmaktadır (Buğra vd., 2003, 17; Çakar, 2003, 3). Örneğin, İtalya ve İspanya'da sosyal sigorta sistemi, çalışanlara emeklilik, sağlık ve işsizlik yardımları sunar. İşgücü piyasasının esnekliği ve kısa süreli iş sözleşmelerinin yaygınlığı da bu ülkeler arasında ortak bir özelliktir. Bu benzerlikler ekonomik, sosyal ve siyasi boyutlarda kendini gösterir (Buğra vd., 2003, 17). Ancak, Türkiye'nin bu modelle tam bir uyum içinde olmadığı, yoksulluk oranı ve eğitim düzeyi gibi alanlarda farklılıkların olduğu unutulmamalıdır.

Aile yapısı, hem Türkiye'de hem de Güney Avrupa ülkelerinde, ekonomik ve sosyal destek sağlama kapasitesiyle önemli bir role sahiptir. Ekonomik zorluklarla karşılaşan bireyler genellikle ailelerinin desteğiyle bu zorlukları aşarlar. Devletin sosyal yardımlar, sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik gibi alanlarda aktif bir rol alması da bu ülkelerde benzer bir durumdur. Ancak, 2023 yılı istatistiklerine göre, Türkiye'nin işsizlik oranı, sosyal güvenlik kapsamındaki demografik dağılım ve yoksulluk oranı bazı Güney Avrupa ülkelerinden farklılık gösterir.

Türkiye'nin Güney Avrupa refah modeli ile en belirgin farkları yoksulluk oranı ve eğitim düzeyi parametrelerinde bulunmaktadır. 2022 verilerine göre, Türkiye'de yoksulluk oranı %14'tür ve bu oran Güney Avrupa ülkelerinden daha yüksektir (TÜİK, 2022a). Aynı şekilde, Türkiye'de işsizlik oranı %9,4'tür ve bu oran da Güney Avrupa ülkelerinden yüksektir (TÜİK, 2023). Eğitim düzeyi, özellikle yükseköğrenim görmüş bireylerin oranı açısından, Türkiye'de bu ülkelere kıyasla daha düşüktür (TÜİK, 2022b). Sosyal yardım ve hizmetlerin kapsamı ile devletin refah dağıtımındaki rolü de ülkeler arasında değişiklik gösterebilir.

C. Güney Avrupa Refah Devletleri ve Türk Sağlık Politikası

Güney Refah Devleti ülkelerinin kısmen kendine özgü emeklilik yapısı bulunsa da asgari gelir düzeyinden yoksunluk, evrensellik ilkesine dayalı Beveridge sağlık sistemi ve önemli bir tarım sektörü hizmetiyle Muhafazakar Refah Devleti anlayışının ilkel, olgunlaşmamış, alt versiyonu olarak karşımıza çıkmaktadır (Dieckhoener & Peichl, 2009; 13). Ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasında ve sağlık bakımında Muhafazakar Korporatist yapıdan esinlenilmektedir (Rhodes, 1996; 6). İspanyol, İtalyan, Portekiz ve Yunan anayasalarında sağlık hizmetinden herkesin yararlanmasının vatandaşlık hakkı olduğu açık şekilde belirtilmiştir. Sağlık sistemi işteki statüye göre belirlenmiş, parçalı bir yapıya sahip iken, söz konusu ülkelerde son dönemde ortaya konulan düzenlemelerde, sağlık sisteminde belirli norm ve standartların olduğu, finansmanın vergilerle sağlandığı, sağlık hizmetlerinin bütün vatandaşlar için ücretsiz hale getirildiği yapı ortaya konulmaya çalışılmaktadır (Kol, 2014; 143). Ancak şu an için hiçbir Güney Sağlık sisteminin ana prensibinin vergiyle finanse edilebilme özelliği olmadığına dikkat etmelidir. Dört ülkede de primlerden vergilere topyekün geçiş sürekli vurgulansa da hiçbiri bu geçişi sağlayamamıştır. Sağlık hizmetlerine erişim hususunda mesleki farklılıklar nedeniyle farklı oranlarda sağlanan hizmetlerin (özellikle Portekiz ve Yunanistan'da) finansmanının karmaşık yapısı ve bölgesel eşitsizlikler Güney Avrupa'da kağıt üstünde varlığını sürdüren retoriğe aykırı bir yapı sergilemektedir (Ferrera, 2006; 208).

Evrensellik ilkesine dayalı olarak oluşturulan sağlık sistemleri 1970'li yıllarda İtalya'da başlamıştır. Bundan sonraki on yıllık periyod içerisinde diğer Güney Avrupa ülkeleri de bu doğrultuda sağlık sistemleri yapılanmasına gitmiştir. Örneğin Portekiz nüfusunun %75'i devlet tarafından sağlanan sağlık güvencesi altındadır (Doğan, 2014; 50). Gelir kalan diğer %25'lik kesim ise çeşitli sivil veya askeri kuruluşlar tarafından destek almaktadır. Portekizde, parçalı, işteki statüye göre oluşturulan sağlık sisteminden evrensel sisteme otoriter yönetim sonrası 1976'da geçiş yapılmıştır. Ancak geçiş öncesi varolan zorunlu sigorta programları bütünüyle kaldırılmamış, Ulusal Sağlık Hizmeti, (Servicio Nacional de Saude) sistemdeki ikili yapıyı güçlendirerek bilhassa kamu sektörü çalışanları ve beyaz yakalılar için imtiyazlı/ayrıcalıklı imkanlar ortaya koymuştur. Bunun yanı sıra sakatlar, işsizler, kronik rahatsızlığı olanlar, yoksullar, göçmenler, uyuşturucu bağımlılarının da bu sistemden kısıtlı da olsa yararlanması sağlanmıştır (Ferrera, 2006;207).

İspanya'da 1986 yılında Genel Sağlık Yasası İspanya'da ikamet eden yabancılar da dahil olmak üzere 1980 yılında %83,1 iken bu oran 1991 yılında %99,8 dolaylarına ulaşarak hemen hemen herkesi kapsamı altına almıştır. İspanya'daki sağlık harcamaları 2009'a kadar uluslararası yükseliş trendini izlemiştir. O zamandan bu yana hem kişi başına düşen harcamalar hem de GSYİH'ya oranı bakımından trend tersine dönmüştür. Aslında, 2009 ve 2015 yılları arasında, GSYİH'nın 0.9 puanı kadar bir miktarla hükümetin sağlık harcamaları azalmıştır. Bu, %5,3'lük bir azalmaya eşdeğerdir ve 2009'da 68 870 milyon € olan harcamalar 2015'te 65 199 milyon €'ya düşmüştür – ancak 2015'ten bu yana artan bir trend görülmektedir. 2015 yılında yapılan kamu harcamalarının çoğu, AC'ler tarafından yönetilen yasal SNS'ye gitmiştir (%92,4), memurlar ve iş kazaları ve meslek hastalıkları için MF'ler (%5,6), belediyelere bağlı hizmetler (%1) ve kalan merkezi hükümet hizmetleri toplam kamu harcamalarının %0,9'unu harcamıştır. Kamu harcamaları toplam sağlık harcamalarının %71,1'ini oluşturur; bu yüzde 1995'ten 2005'e kadar azalmıştır (%72,2'den %70.6'ya), 2005 ve 2010 arasında artmış (%74.4'e kadar) ve 2015'e kadar tekrar düşmüştür (%71.1). Buna karşılık, sağlık üzerine özel harcamalar (toplam sağlık harcamalarının bir yüzdesi olarak) dönem boyunca U şeklinde bir ilerleme göstermiştir ve 2010'da trendde güçlü bir değişiklik görülmüştür. O zamandan bu yana, bu pay 2015'te %28,9'a

yükselmiştir. Gönüllü sağlık sigortası, sağlık üzerine özel harcamaların bir parçası olarak, 1995'ten 2005'e kadar büyümüştür (%12,1'den %18,9'a), daha sonra azalmış ve 2015'te %14,9'a ulaşmıştır. Cebinden (OOP) yapılan harcamalar toplam sağlık harcamalarının bir yüzdesi olarak 2010'a kadar azalmıştır (%23,5'ten %22,1'e), daha sonra tekrar artmıştır (2015'te %23,9'). 2015 yılında kamu sektörünün mevcut sağlık harcamalarındaki payı (%71) o yıl İsveç, Birleşik Krallık ve İtalya'dakinden (%84, %80 ve %75 sırasıyla) daha düşüktür. Fransa ve Almanya da daha yüksek değerler göstermiştir (%79 ve %84 sırasıyla). Genel hükümet harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı 2015'te %15'ti. Bu oran, Almanya, İsveç, Birleşik Krallık ve Fransa için olan oranların altındadır (%21,4, %18,4, %18,3 ve %15,3 sırasıyla). Kamu sağlık harcamaları ayrıştırıldığında, en yüksek tek kalemi yatan hasta bakımı oluşturmaktadır ki bu, 2015'te toplam sağlık harcamalarının %54,5'ini oluşturmuştur (aslında, bu pay yıllar içinde artmış ve 2015'te maksimum seviyeye ulaşmıştır). Ayaktan hasta bakımı harcamaları, 2015'te %15,4 ile ikinci en yüksek kalemi temsil ederken, ilaçlar üçüncü sırada yer alır ve %14,1'dir. Her bir hizmetin finansmanı konusunda, yatan hasta bakımı ve kamu sağlığı esas olarak hükümet bütçeleri tarafından finanse edilirken (%92,4 ve %96,1 sırasıyla), diğer hizmetlerin finansmanı esas olarak hükümet bütçeleri ve cebinden (OOP) finansman arasında paylaşılmaktadır; ayaktan hasta bakımında hükümet fonlarına karşı %42,6 ve OOP'a karşı %43,2; uzun süreli bakımda %76'ya karşı %21,7; ve ilaç bakımında %56,3'e karşı %40,7. Diğer protez cihazları esas olarak OOP ödemeleri ile finanse edilmektedir (%94,8).

Yunanistan'da ise 1983'den beri yürürlükte olan ulusal sağlık sistemi teoride evrenselci nitelikte gözükse de uygulamada sosyal sigortanın yerini alma noktasında başarısızdır. Bu nedenle varlığını geniş özel sektör ile birlikte yürütmektedir. Yunanistan'da hasta tatmin yüzdesi oldukça düşük seyretmekte, yolsuzluk ve patronaj ilişkileri bu sektörde de hüküm sürmektedir (Guillen vd., 2006; 291). Uzun yıllar boyunca, GNHS sürekli bir kriz durumunda olup, verimlilik ve etkinlikte sorunlar, sağlık hizmeti sunumu, organizasyon, yapı, yönetim, gerçekleştirilebilirlik değerlendirmelerinin eksikliği, parçalanmış bir idari çerçeve, önemli bir özel sektör, yetersiz PHC hizmetleri, yetersiz hastaneler ve iş gücü ile karşı karşıya kalmıştır. Bu zayıflıklar ve dolayısıyla sağlıkta idari

ve organizasyonel sistemin acil bir şekilde reforma ihtiyacı ve verimliliğinin artırılması, seçilen makalelerde geniş çapta rapor edilmiştir. GNHS'deki yönetim krizi de belirgin hale gelmiş, önemli sağlık harcamalarında kesintiler yapılmıştır ancak gerçek sorun sağlık hizmetlerine harcanan paranın miktarı değil, nasıl ve nerede harcandığıdır. Sağlık Bakanlığı'nın resmi yıllık verilerine göre, krizin GNHS hizmetlerine kısa vadede negatif bir etkisi olmamıştır çünkü 2010-2011'de hastane verimliliğinde bir artış yaşanmış, 2009-2010'da sağlık harcamaları %5, 2011'in ilk çeyreğinde %30 azaltılmıştır ve genel olarak, 2009 ile 2011 arasında yıllık kamu sağlık harcamaları %19,5 azalmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından ilk olarak uygulanan önlemlerden bazıları, en büyük dört sosyal güvenlik kuruluşunun Sağlık Hizmetleri Sağlama Ulusal Organizasyonu (EOPYY) altında birleştirilmesi, hastanelerin faaliyet ve harcamaları hakkında aylık bazda veri toplanması, sağlık iş gücünün maaşlarının kesilmesi, sağlık personeli alımının sınırlandırılması, tanıya bağlı grup ödeme sisteminin uygulanması ve ilaçların ve tıbbi malzeme temininin fiyatlarının düşürülmesi olmuştur. 2009 sonrası uygulanan bu sağlık bütçesi azalmaları, sağlık hizmetlerine ulaşamayan kişi sayısının artmasıyla birlikte gelmiştir ve en çok etkilenen gruplar savunmasız gruplar olmuştur. Ayrıca ayaktan hasta kliniklerine ziyaretler için kullanıcı ücretleri 3€'dan 5€'ya çıkarılmıştır.

Ancak, sağlıkta daha düşük kamu harcamaları, hizmet kullanıcılarının sağlıkta cebinden ödeme yapma oranının arttığını göstermemiştir. Yunan Sağlık Bakanlığı tarafından 2010'da tanıtılan yeni tıbbi malzeme sağlama sistemi, yıllık 80 milyon € tasarruf sağlamıştır. Özellikle, 2010'dan bu yana ilaç ve tıbbi cihazların temini, Sağlık Tedarik Komitesi (EPY) tarafından yapılmış ve GNHS harcamalarında azalmalara yol açmıştır. Finansal kriz, aynı zamanda hasta erişiminin ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesine, ayrıca sağlık profesyonellerine daha verimli ve daha az maliyetli sağlık hizmetleri sunmak için daha fazla teşvik sağlanmasına yol açabilecek sağlık sektöründe reformları ele alma şansı sağlayacağı ön görülmektedir.

1989'da İtalya'da sağlıkla ilgili kamu harcamalarının %37,5'u özel merkezler tarafından yapılmaktadır. İtalya'daki kamu ve özel hizmet harmanı hem büyük miktarlarda kamu parasının ziyan edilmesine yol açmakta hem de özel sektör tedarikçileri ile sağlık sektörü yöneticileri arasındaki manipülasyonların

oluşmasına zemin oluşturmaktadır (Ferrera, 2006; 209). 1992 yılındaki reform, üniversite hastaneleri ve ulusal önemi haiz yüksek düzeyde uzmanlaşmış hastanelere bir vakıf statüsü kazandırdı. Bu reform ile beraber, bu türden hastaneler hem mali bağımsızlığa sahip oldu hem de bütçe, finansman, yönetim ve teknik işleyiş gibi konularda tam yetki ve sorumluluk kazandı. Yatan hasta bakımı açısından, hastaların teşhise dayalı grup şemasına uygun bir şekilde sınıflandırılmasına karar verilmiştir. Bunun yanı sıra, ayaktan tedavi, tanı hizmetleri ve uzmanlık tedavileri söz konusu olduğunda, geri ödeme, hizmetler için belirlenen ücretlere dayalı olmalıdır. Rehabilitasyon ve uzun süreli bakım gibi hizmetler ise yatak-gün oranına göre maliyeti değişmektedir.

Özel durumları olan sağlık hizmetleri, bölgesel hükümetlerden ek finansman almakta olup, bu hizmetler arasında acil servisler, omurilik üniteleri, yanık üniteleri, organ nakli merkezleri (taşıma, donör ve alıcı desteği ile nakil aktivitesi koordinasyonu), AIDS merkezleri, evde bakım hizmetleri, eğitim faaliyetleri ve öğretim ve araştırma aktiviteleri bulunmaktadır.

1999 yılındaki reform ise, teşhise dayalı gruplar üzerinden bir ödeme sistemi prensibini daha da güçlendirdi. Bu gelişme, hastane yönetimine daha fazla öneme verilmesini ve performans ölçümünün daha hassaslaşmasını sağlamıştır.

Yapılan reformlar neticesinde, İtalyan sağlık hizmetlerinin sunumunu ve organizasyonunu büyük ölçüde etkileyerek, sağlık hizmetlerinin daha hasta merkezli, etkin ve hesap verebilir bir biçimde sunulmasında önemli değişiklikler getirdi. Hastaneler, mali bağımsızlıklarını artırma ve hastaların ve sağlık hizmetleri kullanıcılarının ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verme konusunda daha fazla sorumluluk alma imkanı buldu. Öngörülebilir ödeme sistemleri ve yeni finansman mekanizmaları ile hastaneler, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini artırmak için mali performanslarını iyileştirmeye teşvik edildi. Bu reformlar, İtalya'nın sağlık sistemini hem hasta bakımı hem de hizmet verimliliği yönünden geliştirmesine yardımcı oldu. Bu, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve organizasyonunu güçlendirdi ve daha etkin ve hesap verebilir hale getirmiş.

Sağlık alanında yapılan çalışmalarla birlikte Türkiye'ye Güney Avrupa ülkelerine benzemeye başlamıştır. Kamu ve özel sektörün ortaklığı ile kurulan kampüs ve şehir hastaneleri bu duruma verilebilecek en güzel örneklerden bir

tanesisidir. Bu hastaneler, kamu tarafından finanse edilmekte ancak özel sektör tarafından işletilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile gerçekleştirilen anlaşmalara istianeden özel hastaneler de bütün sigortalılara hizmet vermektedir. Bu durum, karlılığın sektör açısından önemini vurgularken var olan sistemin kamu ve özel sektörün bir karışımı olduğunu ortaya koymaktadır (Taşcı, 2013; 11).

a. Asgari Gelir Eşitsizliği ve Güvensizliği

Güney Avrupa ülkelerindeki yapılar olarak birbirine benzer olsa da, asgari gelir programları ve refahın oluşmasında istikrarsızlık göstermektedir. Oluşturulan sosyal yardımlar programları küçük ölçekli ve bölgelere göre değişiklik arz etmektedir.

Benzer kurumsal ve yönetsel yapılara sahip olan Güney Avrupa ülkelerinde asgari gelir programları ve refahın oluşmasında istikrar yoktur; sosyal yardım programları dar kapsamlı ve çeşitli bölgelerdeki uygulamaları farklılık arz etmektedir. Bu farklılığın nedeni programların oluşturma ve uygulama basamaklarının yerel yönetimin elinde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneğin İtalya’da asgari bir gelir planı bulunmamaktadır. Dolayısıyla gerçekleştirilen desteklerin çoğu belirli değişkenlik göstermektedir. İtalya’nın gerçekleştirmekte olduğu harcamalar orta seviyede yer almaktadır. Diğer yaş gruplarına göre yaşlılara yapılan harcamalar daha fazladır. Yapılan çalışmaların etkisinin büyüklüğünü gösteren büyük bir işaret ise verilen emekli aylığının yoksulluk oranını %44,2 oranında azaltmasıdır (Karaaslan, 2016;140). Asgari gelir desteğinin ortaya çıkışı ve yürürlüğe girişi ilk kez 1998 yılında gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen yardımda bireylerin hangi kalemlere ne kadar harcadığına bakılmaksızın hanenin büyüklüğüne ve mevcut duruma göre düzenlenmektedir.

İtalya ile benzer şekilde İspanya’da uygulamalar yerelde farklılık göstermektedir. Bölgelerin çoğunda gerçekleştirilen uygulamada sağlanan gelir düşük ve sadece tamamlayıcı niteliktedir. Bunun dışında sadece Madrid ve Katalonya’da bu durumun tersi söz konusudur. Bu bölgelerde programlar daha kapsamlı ve gelişmiştir (Guillen vd., 2006; 646). Gerçekleştirilen destekler normal şartlar altında bir yıllık süre kaydına sahiptir; ancak kişinin ihtiyaç

durumu göz önünde bulundurulan süre uzatılabilmektedir. Alınan yardım sonucunda kişinin zorunlu olarak çalışması gerekmektedir. Böylelikle kişinin becerilerinin gelişmesi, yeni eğitimler alması yoluyla toplumsal entegrasyonu destekleyeceği ön görülmektedir (Erdem, 2005). Asgari yardımlar ilk olarak Salazar döneminde ortaya çıkmasına rağmen gerçekleşmesinde sürecinde kurumlar arasında koordinasyonda yaşanan sorunlar nedeniyle istenen ölçüde bir etki yaratamamıştır. İlk olarak koordineli ve etkin bir biçimde sosyal yardımların dağıtıldığı tarih 1974 yılıdır. Bu yardımlara ek olarak toplumsal içerme programlarında (doğum, aile vb., yardımlar) da ilerleme sağlanmıştır (Buğra vd., 2004; 238).

Yunanistan'da gerçekleştirilen yardımların asıl amacı var olan yoksulluğun azaltılması suretiyle sosyal korumanın desteklenmesidir. Ancak böyle bir programın ilk ortaya çıkışı ve uygulanmasında ön görülemeyen durumlarla karşılaşılması söz konusudur (Guillen vd., 2006; 645).

İstihdamın dağılımı Güney Avrupa Ülkeleri arasında karşılaştırıldığında Yunanistan ve Portekiz'de tarım sektörünün uzun yıllar hakim sektör olduğu İtalya ve İspanya içinse bu sürecin 1970'li yıllarda değişmeye uğradığı bilinmektedir. Bu ülkelerin genelinde kendi işinin sahibi olan serbest meslek sahibi kişisi de bir hayli fazladır. Dolayısıyla bu ülkelerde yarı zamanlı çalışma veya kadınların çalışma hayatında istihdamı Portekiz'e göre düşüktür. Buna karşın kayıt dışı istihdam da bir o kadar yüksektir. Ayrıca, işsizlik sorunundan en çok gençler ve kadınlar zarar görmektedir. Buna karşın orta yaşlı erkek ve yaşlıların çalışma konusunda görece bir avantajı bulunmaktadır. Bu nedenle yeterli sosyal korumadan bahsetmek mümkün olmamaktadır (Karamessini, 2007; 4). Ayrıca, ulusal ölçekte asgari gelir programları bulunmamasının yanı sıra var olan programlar daha küçük ölçekli ve gelişmemiştir. Örneğin işsizlik sigortası prim esasına dayandığından ötürü sadece çalışmakta olan bireyler tarafından yararlanılabilmektedir (Naldini & Jurado, 2009;6).

Türkiye'de, Güney Avrupa ülkelerinden farklı olmayan bir tablo görülmektedir when it comes to the minimum income level. Yardımlar genellikle aynı şekilde sağlanmakta ve güvencesizdir. Ayrıca, aynı düzeyde muhtaçlık yaşayan bireylere yapılan yardımlar arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Yardımların eşitsiz ve adil olmamasının temel sebebi, yetkililerin kendi

kanaatlerine göre yardımların belirlenmesidir. Sonuç olarak, bu yetersiz ve eşitsiz yoksulluk yardımları, muhtaç bireylerin yardım talep etmek yerine iş isteme konusunu öncelikli tercih olarak görmelerine neden olmaktadır (Koca, 2015;507).

D. Güney Avrupa Refah Modeli'nin Evrimi

Güney Avrupa refah modeli, özellikle 1980'lerden itibaren bir dizi dönüşüm geçirmiştir. Bu dönüşüm, sosyal politikaların genişlemesi, devletin sosyal hizmetlerin sağlanmasında daha aktif bir rol üstlenmesi ve çalışma yaşamının düzenlenmesinde işçi haklarının ve korumalarının genişlemesi ile karakterize edilmiştir (Ferrera & Gualmini, 2004).

Bu dönüşümün başlangıcında, Güney Avrupa ülkeleri genellikle sağlık hizmetlerinin genişlemesi, eğitim olanaklarının artırılması ve işçi haklarının genişletilmesi gibi alanlarda önemli sosyal politika reformlarına girişti (Bonoli, 1997). Ancak, bu reformlar genellikle ad hoc ve düzensizdi ve genellikle belirli sektörler veya topluluklara odaklandı, genel bir refah devleti modeli oluşturma çabası yerine.

1980'lerin sonlarında ve 1990'ların başında, Güney Avrupa ülkeleri genellikle daha sistemli ve kapsamlı sosyal politika reformlarına girişti (Ferrera, 1996). Bu reformlar genellikle sağlık hizmetlerinin genişlemesi, eğitim olanaklarının artırılması ve işçi haklarının genişletilmesi gibi alanlarda gerçekleşti, ancak genellikle genel bir refah devleti modeli oluşturma çabası yerine belirli sektörler veya topluluklara odaklanmıştır.

Bu süre zarfında, devletin sosyal hizmetlerin sağlanmasında daha aktif bir rol üstlendiği ve daha geniş bir sosyal politika reformu gündemi benimsediği görülür (León, 2004). Bu dönemde, devlet genellikle sosyal politika reformlarına liderlik etti ve genellikle belirli sektörler veya topluluklar yerine geniş sosyal gruplara hizmet veren genel bir refah devleti modeli oluşturma çabası göstermiştir.

Güney Avrupa Refah Modeli'nin uyarılma süreci, her ülkenin kendi özgün sosyal, ekonomik ve siyasi koşullarına bağlı olarak farklılık göstermiştir. Her ülke, kendi refah sisteminin önceliklerini ve özelliklerini belirlemiştir. Örneğin, İspanya ve İtalya gibi ülkelerde, sağlık hizmetleri ve emeklilik sistemi gibi

alanlarda önemli reformlar yapılmıştır. Bu ülkeler, sosyal refah politikalarını güçlendirerek toplumun genel refahını artırmayı hedeflemişlerdir.

Güney Avrupa Refah Modeli'nin uyarlama süreci, aynı zamanda ekonomik ve mali koşullarla da ilişkilidir. Özellikle son yıllarda, ekonomik krizler ve mali sıkıntılar bazı Güney Avrupa ülkelerini sosyal harcamaları kısma ve refah politikalarını yeniden değerlendirmeye zorlamıştır. Bu durum, bazı ülkelere sosyal refah politikalarının kısıtlanmasına ve dengeli bir yaklaşımın benimsenmesine yol açmıştır.

Güney Avrupa Refah Modeli'nin evrimi ve uyarlama süreci, sürekli bir değişim ve dönüşüm içindedir. Bu süreç, toplumsal ihtiyaçlar, ekonomik şartlar ve siyasi tercihler gibi faktörlerin etkisiyle şekillenmektedir. Her ülkenin kendi sosyal refah politikalarını geliştirmesi ve modeli kendi koşullarına göre uyarlama süreci devam etmektedir.

Bu şekilde, Güney Avrupa Refah Modeli, her bir ülkenin tarihinden, siyasi süreçlerinden ve sosyal refah politikalarının evriminden etkilenmiştir. Her ülkenin kendi özgün sosyal refah sistemi ve politikaları bulunurken, ortak temel ilkeler ve hedefler etrafında birleşmeyi hedeflemektedirler. Bu sayede, Güney Avrupa ülkeleri toplumun refahını artırmak ve sosyal adaleti sağlamak için sosyal refah politikalarını sürekli olarak geliştirmektedirler.

E. Genişlemiş Güney Avrupa Refah Modeli

Genişlemiş Güney Avrupa refah modeli, insanların sosyal politika ve refah devletini nasıl gördüğünde önemli bir değişikliği temsil etmektedir. Ferrera ve Gualmini (2004) tarafından belirtildiği gibi, bu model devletin sosyal hizmetlerin sunumunda daha aktif bir rol alacağını, işçi haklarını ve güvencelerini iyileştireceğini ve daha geniş ve tamamlanmış bir sosyal politika iyileştirme programı benimseyeceğini öngörmektedir.

Bu paradigmanın benimsenmesi genellikle sosyal hizmetlerin sunumunda geniş ailelerin ve toplulukların önemini azaltmayı gerektirir. Örneğin İtalya'da, yaşlı bakımı tipik olarak aile üyeleri tarafından sağlanıyordu; ancak bu model tanınmışlık kazandıkça, devletin yaşlı bakım hizmetleri daha popüler hale

gelmiştir (Naldini & Saraceno, 2008). Bu, sosyal hizmetlerin daha eşit bir şekilde dağıtılmasını ve toplumun daha geniş bir kesimine ulaşmasını sağlar.

Bu modelin bir diğer kritik özelliği, daha geniş ve metodik bir sosyal politika reformu gündemini varsaymasıdır. Bu iyileştirmeler sıklıkla daha iyi sağlık hizmetleri, eğitim fırsatları ve işçi hakları şeklinde ortaya çıkar (Bonoli, 1997). Örneğin İspanya'da, sağlık hizmetleri neredeyse evrenselleşmiş ve düşük gelirli bireyler için eğitim fırsatları genişletilmiştir (Guillén & León, 2011). İş güvencesi ve çalışma koşulları gibi alanlarda işçi hakları iyileştirilmektedir.

Ancak bu paradigma, kusurları ve eleştirilenleri olmadan değildir. Örneğin, devletin sosyal hizmetlerin sağlanmasında daha aktif bir rol alması, mali sürdürülebilirlik konusunda endişelere yol açabilir. Ayrıca, böyle bir modelin başarısı, bireysel ülkelerin sosyoekonomik koşullarına ve siyasi iradesine bağlıdır. Buna karşılık, daha iyi bir Güney Avrupa refah modeli, sosyoekonomik eşitsizliği azaltma ve sosyal uyumu artırma potansiyeline sahiptir.

Daha Genişlemiş bir Güney Avrupa refah modeli, devletin sosyal hizmet sunumunda daha aktif bir rol almasını, daha büyük ve daha sistematik bir sosyal politika değişikliği programını yürütmesini ve işçi haklarını ve korumalarını artırmasını görmek isteyecektir. Bu sistem, sosyal yardımın daha eşit bir şekilde sağlanmasını ve toplumun daha büyük bir kesimine ulaşmasını garanti edebilir. Ancak, bu yaklaşımın etkili olabilmesi için mali sürdürülebilirlik, siyasi irade ve sosyoekonomik koşullar gibi değişkenler ele alınmalıdır.

Güney Avrupa'nın Genişlemiş refah modeli karmaşık ve çeşitlidir. Ancak, modelin uygulanabilirliği ve etkinliği, çeşitli faktörlere bağlıdır ve bu faktörler modelin başarısını veya başarısızlığını belirleyebilir. Örneğin, mali sürdürülebilirlik, böyle bir zenginlik stratejisinin yaşayabilirliği için kritiktir. Daha aktif bir devlet rolü, sosyal hizmetlerin sunumunda artan devlet harcamalarına yol açabilir. Bu, özellikle ekonomik durgunluk dönemlerinde mali sürdürülebilirlikle ilgili endişelere yol açabilir (Sacchi, 2015).

Ayrıca, bu paradigmanın kullanımı, bir ülkenin sosyoekonomik koşullarına ve siyasi iradesine bağlıdır. Örneğin, Yunan ekonomik krizi, Güney Avrupa'da genişleyen refah modelinin yaşayabilirliğini zayıflattı. Kriz, sosyal hizmetlerin durdurulmasına ve işçi haklarının erozyonuna yol açmıştır (Matsaganis, 2003).

Bu yöntemin bir diğerk kritik bileşeni, toplumun daha büyük bir kesimine ulaşmayı hedeflemesidir. Bu, özellikle düşük gelirli bireyler için çok önemlidir. Bu paradigmanın tanıtılması, örneğin, Portekiz'de eğitim ve sağlık kaynaklarının daha adil bir dağılımına yol açmıştır (Rodrigues, 2013). Örneğin, devletin sosyal hizmet sunumunda daha aktif bir katılımı, bürokratik engellere ve verimsizliklere yol açabilir (Papadopoulos ve Roumpakis, 2013). Ayrıca, farklı sosyal ve ekonomik koşullara sahip ülkeler için "tek tip" bir strateji kabul edilebilir olmayabilir (Arriba & Moreno, 2005).

Sonuç olarak, Genişlemiş Güney Avrupa refah modeli, sosyal politika ve refah devleti hakkında nasıl düşündüğümüzde önemli bir değişiklik yapmaktadır. Bu fikir, sosyal eşitsizliği azaltırken sosyal uyumu artırma potansiyeline sahiptir. Ancak, bu tekniğin etkili olabilmesi için mali sürdürülebilirlik, siyasi irade ve sosyoekonomik koşullar gibi unsurlar ele alınmalıdır. Bu özellikler, modelin etkinliğini ve uygulanabilirliğini etkileyebilir ve bu alanda daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

IV. KAMU SAĞLIĞI SİSTEMİ

A. Foucault ve Biyopolitika

Kamu sağlığı politikaları biyopolitika kavramı anlayışı içinde ele alacağım. Biyopolitika kavramı, Michel Foucault, Fransız bir filozof ve tarihçi, tarafından geliştirilmiştir. Foucault, güç, bilgi ve insan oluşu üzerine çağdaş kavramların gelişiminde kritik bir rol oynamıştır. Çalışmaları, biopolitika kavramının gelişimine önemli bir etki yapmıştır. Foucault'ya (2003,2) göre, biopolitika "bilgi, güç ve özneleşme süreçleri üzerindeki güç rejimleri aracılığıyla insan yaşam süreçlerini yöneten stratejiler ve mekanizmaları" ifade eder.

Collège de France'da "Toplum Savunulmalıdır" adlı ders serisinde, Foucault 1975-1976 yıllarında "biopolitika" terimini ortaya atmıştır. "Cinsellik Tarihi, Cilt 1" (Ball, 2015) adlı kitabında bu temayı genişletmiştir. Foucault'ya göre, klasik dönem biyoloji, anatomi ve fizyoloji gibi çeşitli disiplinlerin ortaya çıkmasına tanıklık etmiş, bu da insan vücudu hakkında yeni türden bilgilerin gelişmesine yol açmış olabilir. Örneğin, 18. yüzyılda bitkilerin ve hayvanların sınıflandırılması, yaşam yönetimi için bilimsel bir temel atmıştır (Foucault, 2003).

Foucault'ya göre, biopolitika sadece insan varlığını kontrol etmek için bir yasa veya teknikler sistemi değil, esas olarak beden yönetimi ve yaşam süreçlerinin bilinçli manipülasyonu ile ilgilendir. Bu, doğurganlık, ölümlülük, sağlık durumu ve diğer nüfusla ilgili konuların düzenlenmesini içerir. Örneğin, 19. yüzyıl boyunca kamu sağlığı göstergelerinin ve istatistiksel yaklaşımların gelişmesi, devletlerin yaşamı giderek karmaşık bir şekilde yönetmelerini sağlamıştır (Rose, 2001).

Foucault'ya göre, biopolitika, devletin beden üzerindeki kontrolünü sadece açık politik veya yasal düzenlemeler aracılığıyla değil, aynı zamanda gözetim ve normalleştirme gibi daha ince mekanizmalar aracılığıyla da genişletir. Örneğin, çağdaş ceza sistemi, bedeni sadece cezalandırmak veya rehabilite etmek yerine "disipline etmeyi" amaçlar (Foucault, 2018).

Foucault'nun biopolitikasının en temel bileşenlerinden biri kapitalizmle olan bağlantısıdır. Foucault'ya göre, biopolitika hem kapitalizmin bir ürünü hem de bir bileşenidir. Örneğin, Sanayi Devrimi'nin endüstriyel sistemi, işçiler üzerinde yeni izleme ve disiplin kontrolü biçimleri sağlamıştır (Foucault, 2018).

Ancak, Foucault'nun biopolitika kavramı çeşitli yollarla eleştirilmiştir. İtalyan filozof Giorgio Agamben'e göre, Foucault biopolitika ve egemenlik arasındaki ilişkiyi yeterince incelememiştir (Agamben, 1998). Feminist bilim insanlarına göre, biopolitika cinsiyetlidir ve özellikle üreme hakları ve cinsel sağlık gibi alanlarda kadınların bedenlerini düzenli olarak etkiler (Braidotti, 1994).

Eleştirmenlerine rağmen, Foucault'nun biopolitika kavramı, siyaset bilimi, sosyoloji ve kamu sağlığı gibi akademik disiplinler üzerinde uzun süreli bir etkisi olmuştur. Ayrıca, sağlık hizmetleri, biyoetik ve insan hakları konularında kamu politikası tartışmalarını etkilemiştir. Örneğin, İnsan Genom Projesi'nin etik ve politik sorunları, projenin insan yaşamının en temel bileşenleri üzerinde biopolitik kontrolü nasıl genişlettiğini vurgulayarak “Foucauldian” bir lens aracılığıyla analiz edilebilir (Rose, 2001).

Michel Foucault'nun biopolitika kavramı, modern toplumda insan varlığının nasıl inşa edildiği ve yönetildiği konusunda karmaşık bir çerçeve sunar. Biopolitika, modern yaşamın tüm yönlerini etkiler; sağlık hizmetlerinden ceza adaletine, emekten kapitalizme kadar, sadece bedenlerimizi ve davranışlarımızı değil, 21. yüzyılda insan olmanın ne anlama geldiğini de değiştirir.

B. Türkiye'de Kamu Sağlığı Sistemi

Türkiye, karmaşık bir kamu sağlığı sistemi ile sağlık hizmetlerini sunan çok katmanlı bir yapıya sahiptir. Genel olarak, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı bu hizmetleri düzenler ve sağlık politikalarını belirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Bakanlık, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumu konusunda genel gözetim ve denetim yetkisine sahiptir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri, genel hastaneler, özel hastaneler ve üniversite hastaneleri gibi farklı kuruluşlar aracılığıyla sunulur. Genel hastaneler genellikle devlet tarafından işletilir ve çoğunlukla temel sağlık hizmetleri sunar. Özel

hastaneler özel sektör veya kar amacı gütmeyen organizasyonlar tarafından işletilir ve daha özelleşmiş sağlık hizmetleri sunar. Üniversite hastaneleri ise tıbbi eğitim ve araştırma faaliyetleri ile birlikte sağlık hizmetleri sunar ve yüksek seviyede uzmanlık sağlarlar.

Türkiye 2000' yılların ortalarından itibaren, aile hekimliği hizmetlerinin uygulanması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin genişletilmesi ile birlikte, daha bütüncül ve hasta merkezli bir yaklaşım benimsemektedir (Akdağ, 2015). Aile hekimliği, her vatandaşa sürekli bir sağlık hizmeti sağlama amacı güder ve bu sayede hastaların sağlık sorunları erken teşhis edilir ve etkili bir şekilde yönetilir.

Türkiye, sağlık hizmetlerinin finansmanında genel sağlık sigortası modelini benimsemiştir (Tatar et al., 2011). Bu model, tüm vatandaşların belirli bir sağlık hizmetleri paketine erişimini garanti altına alır. Genel sağlık sigortası, vatandaşların sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlar ve sağlık hizmetlerinin maliyetini toplum geneline yayarak sosyal adaleti destekler.

Ancak, Türkiye sağlık sistemi hala bir dizi önemli zorlukla karşı karşıyadır. İlk olarak, sağlık hizmetlerine erişimde coğrafi eşitsizlikler önemli bir sorundur. Örneğin, kırsal bölgelerde yaşayan bireyler, özellikle özel tıbbi tedavi gerektiren durumlarda, uzak mesafeleri kat etmek zorunda kalabilirler (Tatar et al., 2011). Bu, sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanması konusundaki çabaları zorlaştıran bir faktördür.

İkinci olarak, sağlık çalışanlarının dağılımındaki eşitsizlikler sistem için önemli bir sorundur. Özellikle büyük şehirlerdeki hastaneler, uzman doktorlar ve modern tıbbi teşhis ekipmanlarına daha fazla erişime sahipken, kırsal bölgelerdeki kamu hastaneleri bu kaynaklardan yoksun olabilir (Erus ve Hatipoğlu, 2017). Bu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve etkinliği üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir.

Üçüncü olarak, sağlık hizmetlerinin kalitesindeki farklılıklar bir diğer önemli sorundur. Özel hastaneler genellikle yüksek kaliteli hizmetler sunarken, kamu hastaneleri, özellikle kırsal bölgelerde, gerekli altyapı ve insan kaynaklarına sahip olmadıkları için kalite konusunda sınırlamalarla

karşılaşabilirler (Erus ve Hatipoglu, 2017). Bu, vatandaşların farklı bölgelerde farklı düzeylerde sağlık hizmetleri aldığı anlamına gelir.

Dördüncü olarak, kronik hastalıkların yükselmesi (örneğin diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser) Türkiye'nin sağlık sistemi için önemli bir zorluk oluşturur. Bu hastalıkların yönetimi için uzmanlaşmış sağlık personeline ve teşhis ekipmanlarına artan bir talep vardır (Yazıcıoğlu ve Bağçıvan, 2022). Bu, mevcut sağlık kaynaklarını daha fazla gerer ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini etkileyebilir.

Sonuç olarak, Türkiye'nin kamu sağlık sistemi, genel sağlık sigortası ve birinci basamak sağlık hizmetlerini genişletme gibi reformlarla önemli gelişmeler kaydetmiştir. Ancak, sağlık hizmetlerine erişimdeki coğrafi eşitsizlikler, sağlık çalışanlarının dağılımındaki eşitsizlikler, sağlık hizmetlerinin kalitesindeki farklılıklar ve kronik hastalıkların artan yükü gibi zorluklar hala çözülmeyi bekleyen sorunlar olarak durmaktadır. Bu zorlukların ele alınması, Türkiye'nin daha adil, etkili ve sürdürülebilir bir kamu sağlık sistemi oluşturmasını desteklemek için elzemdir.

1. Türk Kamu Sağlığı Politikalarının Genişlemiş Güney Avrupa Refah Modeli ile Karşılaştırılması

Genişlemiş Güney Avrupa Refah Modeli, Ferrera (1996) tarafından, sosyal politika ve refah hizmetleri bağlamında belirli özellikler taşıyan, genellikle İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan gibi Güney Avrupa ülkelerine atfedilen bir modeldir. Bu model, devletin sağlık hizmetlerinin sağlanmasında daha sınırlı bir rol, ailenin merkezi öneme sahip olduğu ve sınırlı sosyal hakların mevcut olduğu bir çerçeve sunmaktadır. Türkiye ilk bakışta kamu sağlığı politikaları açısından Güney Avrupa Refah modeli içinde değerlendirilmesi mümkündür çünkü yaşlı bakımı ve kronik hastalıkların yönetimi söz konusu olduğunda, Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim ve bakım konusunda aile önemli bir rol oynamaktadır, (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Bununla birlikte, Türkiye'nin sağlık sistemi, genişlemiş Güney Avrupa refah modelinde tipik olan devletin daha sınırlı rolünün ötesine geçmiştir. 2003'te başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), devletin sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki rolünü genişleterek, tüm vatandaşlara belirli bir sağlık

hizmetleri paketine erişim garantisi sunan genel sağlık sigortası sistemini başlattı (Tatar et al., 2011). Türkiye'nin kamu sağlığı politikalarını bu modelle karşılaştırdığımızda, bazı benzerlikler ve farklılıklar görülmektedir.

Benzerlikler:

1. Ailenin Rolü: Türkiye'de aile, genellikle yaşlı ve engelli bakımı gibi alanlarda önemli bir rol oynamaktadır. Bu durum, genişlemiş Güney Avrupa modelinde de benzer bir şekilde görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

2. Devletin Rolü: Hem Türkiye'deki hem de genişlemiş Güney Avrupa modelindeki sağlık sistemlerinde devlet, sağlık hizmetlerinin düzenleyicisi ve sağlayıcısı olarak önemli bir rol oynamaktadır (Ferrera, 1996).

Farklılıklar:

1. Sosyal Haklar: Türkiye'de, 2003'te başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte genel sağlık sigortası sistemini uygulamaya koymuştur. Bu, Türkiye'deki vatandaşlara, genişlemiş Güney Avrupa modelinden daha geniş sosyal haklar tanıyan bir sağlık hizmetleri paketine erişim garantisi sunmaktadır (Tatar et al., 2011).

2. Sağlık Hizmetlerinin Sağlanması: Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki rolü, genişlemiş Güney Avrupa refah modelinden daha kapsamlıdır. Türkiye, sağlık hizmetlerinin sağlanmasında devletin rolünü genişletmiştir, örneğin aile hekimliği sisteminin uygulamaya konması ve hastanelerin modernizasyonu gibi (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Türkiye'nin kamu sağlığı politikaları, genişlemiş Güney Avrupa refah modeli ile bazı benzerliklere sahip olsa da, Türkiye'nin bu modelden daha geniş sosyal haklar ve daha geniş kapsamlı sağlık hizmetleri sağlama yönünde önemli farklılıklar gösterdiği görülmektedir.

Türkiye'de kamu sağlığı politikaları, hem evrenselci hem de piyasacı özellikler yansıtmaktadır. Evrenselci özellikler, tüm vatandaşların temel sağlık hizmetlerine erişiminin ücretsiz veya düşük maliyetli olmasını içerir. Piyasacı özellikler ise, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sağlanmasının ve bireylerin kendi sağlık sigortalarını satın almasının teşvik edilmesini içerir.

- Evrenselci özellikler:
 - Ücretsiz sağlık hizmetleri: Türkiye’de, temel sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Bu hizmetler arasında aile hekimliği, aşılama, koruyucu sağlık hizmetleri ve bazı tedavi hizmetleri yer almaktadır.
 - Zorunlu sağlık sigortası: Türkiye’de, tüm vatandaşlar zorunlu sağlık sigortası sahibi olmak zorundadır. Bu sigorta, temel sağlık hizmetlerinin yanı sıra bazı ek hizmetleri de kapsamaktadır.
 - Kamu sağlık sistemi: Türkiye’de, sağlık hizmetleri büyük ölçüde kamu tarafından finanse edilmektedir.
- Piyasacı özellikler:
 - Özel sağlık kuruluşları: Türkiye’de, özel sağlık kuruluşları da yaygın olarak bulunmaktadır. Bu kuruluşlar, kamu sağlık sistemine alternatif olarak hizmet sunmaktadır.
 - Sağlık sigortası: Türkiye’de, özel sağlık sigortası da yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu sigorta, bireylere özel sağlık kuruluşlarında hizmet alma imkanı sunmaktadır.
 - Teşvikler: Türkiye’de, hükümet, özel sağlık kuruluşlarını teşvik etmek için çeşitli politikalar uygulamaktadır. Bu politikalar arasında, özel sağlık kuruluşlarına finansal destek sağlanması ve özel sağlık sigortasının teşvik edilmesi yer almaktadır.

C. Türkiye’de Sağlık Politikaların Tarihsel Gelişimi

Türkiye’nin sağlık politikaları günümüzdeki haline gelene kadar tarihin farklı dönemlerinde çeşitli değişikliklere maruz kalmıştır. Türkiye Cumhuriyeti’nin 1923 yılında kurulmasını müteakip 20. yüzyılın başlarına dek siyasi politikaların evrimi izlenebilir:

- 1923 yılı Refik Saydam dönemi
- 1946 yılı Behçet Uz dönemi
- 1963 yılı Sağlık Hizmetlerinde sosyalizasyon

- 2003 yılı Sağlıkta Dönüşüm Programı
- 2006 yılında ise Dokuzuncu Kalkınma Planı

Cumhuriyet öncesinde 1920 yılında kurulan Sağlık Bakanlığı, başlangıçta sıtma ve tüberküloz gibi dönemin baskın bulaşıcı hastalıkları ile mücadeleye yönelmiştir. Örneğin, Sağlık Bakanlığı 1920'li yıllarda Sıtma Kontrol Projesi'ni hayata geçirmiş, bu projede insektisit kullanımı ve toplumsal farkındalık kampanyaları ile sıtma insidansının azaltılması hedeflenmiştir (Temel, 2020; Yolun ve Kopar, 2015).

1961 Türkiye Anayasası ile sağlık hizmetleri sosyal hak olarak tanımlanarak anayasal güvence altına alınmıştır. Bu merkezi, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) oluşturulmasını tetiklemiş; fakat SGK sistemi fragmente bir yapıya sahip olmuş, nüfusun sadece bir kısmını kapsamış ve işsizler ile gayri resmi istihdamdaki bireyleri muaf tutmuştur (Temel, 2020; Yolun ve Kopar, 2015).

Bu mevcut problemleri ele almak amacıyla, Türkiye 2000'li yılların başında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı (SDP) lanse etmiştir. SDP'nin çoklu hedefleri arasında sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, erişimde eşitliği temin etmek ve sağlık harcamalarını regüle etmek yer almaktadır. SDP çerçevesinde gerçekleştirilen kritik reformlardan biri, farklı sağlık sigortası planlarını SGK bünyesinde birleştirerek evrensel sağlık kapsamı oluşturmaktır (Atun et al., 2013). Ayrıca, dönem içindeki alkınma planı içerisinde yer alan sağlık hizmetleri kısmı doğrudan SDP ile uyumlu olacak şekilde hazırlanmıştır. Böylelikle sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılma hedeflenirken aynı zamanda ulaşılan hizmetin de kalitesi artırılmaya çalışılmıştır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın görev ve sorumlulukları arasında yer alan planlama ve denetleme yetkisi güçlendirilmesi hedeflenmiştir (Gümüş vd., 2010).

Ancak sistem, kırsal ve kentsel alanlar arasında sağlık hizmetlerine erişimdeki dengesizlik gibi bazı sorunlarla karşı karşıyadır. Kentsel bölgelerde hem kamu hem de özel sağlık tesislerinin sayısındaki artış, kırsal bölgeleri yetersiz bırakmıştır. Bu coğrafi dengesizlik, sağlıkta eşitsizliklere yol açmıştır (Tatar et al., 2011).

Hizmet kalitesi de bir diğerk problemdir. Özellikle kırsal bölgelerdeki kamu hastaneleri, gerekli altyapı ve insan kaynaklarına sahip olmadığı için yüksek kaliteli bakım sağlayamamaktadır (Erus et al., 2017).

Artan kronik hastalık yükü de kamu sağık sistemine yeni zorluklar getirmektedir. Diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi kronik hastalıkların yükü, akut bakımdan kronik hastalık yönetimine odaklanmayı zorunlu kılmıştır (Yazıcıoğlu ve Bağçıvan, 2022).

Bu kronik hastalıkların sürekli yönetimi, entegre bir sağık sistemi gereksinimini ortaya koymuştur. Örneğin, diyabet hastası için sürekli bakım sağlamak yalnızca birinci basamak hekimleri ve uzmanlar arasında etkin bir iletişim ile mümkündür (Yazıcıoğlu ve Bağçıvan, 2022).

Son dönemde ruh sağılığı da dikkat çeken bir başka önemli konudur. Tarihsel perspektiften, ruh sağılığı Türkiye'nin kamu sağılığı ajandasında öncelikli bir konu olmamıştır. Ancak depresyon ve anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıkların artan prevalansı, ruh sağılığı hizmetlerinin geliştirilmesini zorunlu kılmıştır (Sağık Bakanlığı, 2011).

Teknoloji de sağıkta önemli gelişmelere yol açmıştır. Ancak bu hızlı teknolojik ilerlemeler etik ve yasal problemleri de beraberinde getirmiştir (Dogac vd., 2011).

Uluslararası iş birlikleri ve anlaşmalar, Türkiye'nin kamu sağık politikalarını etkilemektedir. Türkiye, Dünya Sağık Örgütü'nün bir üyesidir ve "Herkes İçin Sağık" programına dahil olmuştur (DSÖ, 1998).

Nihayetinde, Türkiye'nin kamu sağık politikalarının tarihsel gelişiminde çeşitli sosyo-politik ve ekonomik faktörler rol oynamıştır. Ancak, bölgesel eşitsizlikler, sağık hizmetleri kalitesindeki farklılıklar ve kronik hastalıkların artan prevalansı gibi sorunlar, daha eşit ve etkin bir sağık sistemi için ele alınması gereken meydan okumalardır.

1. 1920-1946 Yılları Arası Sağık Politikaları

Sağık Bakanlığı'nın kuruluşu, 3 Mayıs 1920 tarihinde, TBMM'nin açılışının ardından 3 sayılı kanun ile gerçekleştirilmiştir. Adnan Adıvar, Bakanlık'ın ilk Sağık Bakanı olarak atanmıştır. Bu dönemde sağıkla ilgili

düzenli bir kayıt tutma imkanı olmamasının yanı sıra, sağlık politikaları daha çok savaş yaralarının iyileştirilmesine ve mevzuat geliştirilmesine yönelik olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

Adnan Adıvar'ın 10 Mart 1921'de görevinden ayrılmasının ardından, Refik Saydam Sağlık Bakanlığı görevine getirilmiştir. Bu görevi aralıklarla toplamda 15 yıl süresince üstlenmiş olan Saydam, koruyucu sağlık hizmetleri ve toplumsal bir sorun haline gelen bulaşıcı hastalıklarla mücadele konularına büyük önem atf etmiştir. Bu kapsamda, salgın hastalıklarla mücadele için dikey örgütlenme yapısına geçilmiş ve özgün hastalıklarla savaşmayı amaçlayan örgütler kurulmuştur. Sıtma, trahom, frengi ve lepra ile mücadele için ayrı ayrı örgütler oluşturulmuştur. Bu yapılanmanın bir parçası olarak, koruyucu sağlık hizmetleri topluma ücretsiz sunulmuş ve bu hizmetlerde çalışan doktorlara, tedavi hizmetlerinde çalışanların genellinden daha yüksek ücret ödenmiştir (N. Fişek, 1991).

Refik Saydam döneminin sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi, koruyucu tıbbın merkezi yönetime, tedavi edici tıbbın ise yerel yönetimlere bırakılması ve tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması gibi temel ilkeleri içermiştir. Buna ek olarak, mecburi hizmet uygulaması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele programları ve koruyucu hekimlik kavramının yasal düzenlemelerle geliştirilmesi, bu dönemin diğer önemli ilkeleri arasında yer almıştır (referans).

Bu dönemde, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş ve her ilçede hükümet tabibi bulunması hedeflenmiştir. 1924 ve 1936 yıllarında, nüfusu yoğun olan bölgelerde muayene ve tedavi evleri açılmıştır. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan doktorların maaşları artırılmış, ancak serbest çalışmaları yasaklanmıştır. 1924 ve 1936 yılları arasında, illere rehber olacak şekilde Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas ve Haydarpaşa Numune Hastaneleri açılmıştır. Daha sonraki yıllarda Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri'nin de hizmete girmesiyle, Numune Hastanesi sayısı 7'ye çıkmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

Refik Saydam dönemi boyunca, sağlık ve sosyal yardım konularında çok sayıda yasa ve mevzuat yürürlüğe konulmuştur. Bu dönemde, ülkemizin sağlık

mevzuatının anayasaları sayılabilecek nitelikte 51 yasa ve 18 tüzük hayata geçirilmiştir. Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun (1927), İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu (1928), 1219 sayılı tıp mensuplarının görevlerini ve yetkilerini tanımlayan Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928), kamu sağlığı konusundaki en geniş yasal düzenlemeleri içeren Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930) ve Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkilerini düzenleyen Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936), bu dönemin önemli mevzuatlarından bazılarıdır (Koyunoğlu, 2003).

2. İspanyol Gribi'nin Türkiye Kamu Sağlığı Politikalarına Etkileri

1918-1919 yıllarındaki İspanyol Gribi pandemisi, o dönem Osmanlı İmparatorluğu'na dahil olan Türkiye'nin kamu sağlığı politikaları üzerinde derinlemesine bir etki yaratmıştır. Salgın, imparatorluğun zaten yıllar süren savaşlar ve iç karışıklıklarla zayıflamış olduğu bir dönemde meydana gelmiş, bu tür bir felaketi yönetecek kapasitede olmayan sağlık sisteminin yetersizliklerini gözler önüne sermiştir. Hükümetin ilk tepkisi, hastanelerin aşırı kalabalık olduğu ve ilaç ile uzman personelin yetersiz olduğu bir hazırlıksızlıkla damgalandı. Karantina ve seyahat kısıtlamaları etkisiz kaldı ve ekonomik baskılar nedeniyle erken bir şekilde kaldırıldı, bu da hastalığın tekrar yayılmasına yol açtı (İlkan Rasimoğlu, 2012).

1920 yılında Sağlık Bakanlığı'nın (SB) kurulması, Türkiye'nin kamu sağlığı tarihinde bir dönüm noktasıydı. İlk hedeflerinden biri, o dönem yaygın olan sıtma ve tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmektir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı, halkı temizlik ve sanitasyon konusunda bilgilendirmek için kamu sağlığı inisiyatifleri başlattı. Örneğin, 1920'lerin başında Sağlık Bakanlığı, "Temizlik Sağlıktır" kampanyasını başlatarak insanların iyi hijyen uygulamalarını benimsemelerini teşvik etti (Yolun ve Kopar, 2015).

Salgın, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini vurguladı. İspanyol Gribi'nin yüksek ölüm oranı nedeniyle, tedavi odaklı sağlık hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetlerine bir geçiş yaşandı. Hükümet, aşılama programlarına ve kamu sağlığı inisiyatiflerine büyük yatırımlar yaptı. Örneğin, Sağlık Bakanlığı, insanları temizlik ve sanitasyonun önemi konusunda eğitmek için kamu sağlığı inisiyatifleri oluşturdu (İlkan Rasimoğlu, 2012).

Pandemi, tıp eğitimi üzerinde de derin bir etki yarattı. Kriz boyunca, eğitimli tıbbi uygulayıcılara duyulan ihtiyaç yoğundu. Bunun sonucunda, yeni tıp okulları kuruldu ve ileri tıp müfredatı uygulandı. Örneğin, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1924 yılında kamu sağlığı ve koruyucu tıp derslerini içerecek şekilde yeniden yapılandırıldı (Yolun ve Kopar, 2015).

Bu ilerlemelere rağmen, sağlık hizmetlerine erişimde bölgesel farklılıklar önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Örneğin, İstanbul ve Ankara gibi kentsel bölgelerde sağlık tesislerinin sayısı artmışken, kırsal bölgeler hala yetersiz hizmet almaktadır (Tatar ve diğerleri, 2011).

İspanyol Gribi'nin Türk kamu sağlığı önlemleri üzerindeki etkisi önemli olmuştur. Salgın, sağlık reformunu tetiklemiş ve Türkiye'nin modern sağlık sistemine zemin hazırlamıştır. Bu, sağlık hizmetlerinin merkezileştirilmesine, koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanılmasına ve tıp eğitiminde değişikliklere yol açmıştır. Bu yenilikler, kamu sağlığı politikası üzerinde uzun vadeli sonuçlar doğurmuş ve bugün Türkiye'deki sağlık hizmetlerini etkilemeye devam etmektedir.

İspanyol Gribi salgını, Türkiye'nin kamu sağlığı politikasında bir dönüm noktasıydı. Bu, sağlık sisteminin yetersizliklerini ortaya çıkardı ve önemli düzenlemeleri gerektirdi. Bu reformlar, uzun vadeli bir etki yaratmış ve Türkiye'nin modern sağlık sistemine yol açmıştır. Ancak, bölgesel farklılıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıkların artan yükü gibi zorluklar devam etmektedir. İspanyol Gribi'nden alınan derslerin Türkiye'nin sağlık sistemine nasıl uygulanabileceğini anlamak için daha fazla araştırma gerekmektedir.

3. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Refik Saydam dönemi örgütlenme ve uygulama modelinin zamanla etkinliğini yitirmesiyle birlikte, 1938-1960 yılları arasında sağlık hizmetlerinde belirgin dönüşümler yaşanmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında global düzeyde ortaya çıkan sıtma, çiçek hastalığı ve tüberküloz gibi salgınlar Türkiye'yi de etkilemiş, bu durum Sağlık Bakanlığı'nı artan bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye yönlendirmiştir. Bu kapsamda, 1945'te 'Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu' çıkarılmış, 1946'da ise şehirlerde Verem Savaş Dernekleri oluşturulmuştur.

Kentlerde elde edilen başarıların kırsal alanlarda tekrarlanamaması üzerine 1960 yılında Verem Savaş Genel Müdürlüğü kurulmuştur (Şakar, 2004).

Behçet Uz'un 1946-1950 yılları arasında Sağlık Bakanlığı yaptığı dönemde, Yüksek Sağlık Şurası tarafından 1946'da onaylanan ve Cumhuriyet döneminin ilk yazılı sağlık planı olarak kabul edilen 'Birinci On yıllık Sağlık Planı' bu dönemin önemli gelişmelerinden birisidir. Bu plana göre, ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak, her bölgenin örgütlenmesi kendine yetecek hale getirilecektir. Her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezinin kurulması ve bu merkezlere iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşirenin atanması kararlaştırılmıştır. Ancak bu planın asıl amacı göz ardı edilmiş ve yanlış bir uygulamayla her ilçeye bir sağlık merkezi kurulması şekline dönüşmüştür (Çalışkan, 1999).

1954-1955 yıllarında ikinci kez Sağlık Bakanı olan Behçet Uz, 1954'te 'Milli Sağlık Planı' adıyla bir programı gündeme getirmiştir. Ancak Behçet Uz döneminde gündeme getirilen her iki program da hayata geçirilememiştir. Bu dönemde, özel sermayedarların çıkarlarını tehdit edebilecek hususların planların yasalaşmasını engellediği ileri sürülmüştür. Ekrem Hayri Üstündağ'ın, bakanlar kuruluna sunmak üzere genişlettiği planı ele alırken kabine dışı bırakılması dikkat çekicidir (Özdemir, 2001).

1950'li yıllarda Demokrat Parti'nin iktidara gelmesiyle sağlık politikalarında önemli dönüşümler başlamıştır. 1953'te özel idare hastanelerinin devletleştirilmesi ve hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesi bu dönüşümlerden en önemlisidir. Ancak bu kararlar koruyucu sağlık hizmetleri bakanlık düzeyinde ikinci planda kalmıştır. İnsanlara entegre sağlık hizmetleri sunması beklenen sağlık ocakları kurulmuştur (N. H. Fişek, 1987).

Bu dönemde, 1945'te İşçi Sigortalıları Kurumu'nun kurulması, bu kurumun 1952'de sağlık kuruluşları ve hastaneler açmaya başlaması ve 1964'te SSK adını alması önemli bir gelişmedir. Refik Saydam döneminde, sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmesi ilkesinden bu dönemde vazgeçilmiştir (Şakar, 2004).

4. 1960-1980 yılları Arası Sağlık Politikaları

1960'lı yıllar, Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin şekillendirilmesinde dönüm noktası teşkil etmektedir. Bu evrede yapılan reformlar arasında, anayasal düzeyde

sağlık hakkının tanımlanması ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi bulunmaktadır.

Söz konusu dönemde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hedefi, hizmetlere erişimin geniş bir yelpazede yayılmasını öngörmüştür. Bu hedef kapsamında, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilmiştir. Anılan kanun, bireylerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görebilmesi hakkını anayasa güvencesi altına almış, aynı zamanda bu hizmetlerin sosyal adalet prensiplerine uygun bir biçimde gerçekleştirilmesini amaçlamıştır. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi politikasına paralel olarak, devletten maaş almayan doktor ve sağlık personeli için özel sağlık kuruluşları açabilme imkanı sağlayan düzenlemeler de hayata geçirilmiştir (Gülöz Şahin, 2006).

Söz konusu dönemde, sağlık politikalarının belirlenmesinde beş yıllık kalkınma planlarından yararlanma sürecine geçiş yapılmıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin ve politikalarının daha sistemli bir şekilde planlanmasına ve uygulanmasına olanak sağlamıştır. Bu dönemde yapılan anılan reformlar, sağlık hizmetlerinin genel anlamda iyileştirilmesi ve genişletilmesi yönünde önemli adımlar olarak kabul edilmektedir. Bu değişikliklerle birlikte, 1960'lı yıllarda çıkarılan ve sağlık hizmetlerini düzenleyen çeşitli yasalar da, sağlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde sunulmasına ve düzenlenmesine katkı sağlamıştır. Bu dönemde yürürlüğe giren önemli yasalar arasında; Optisyenlik ve Optisyenler Yasası (1940), Türk Tabipler Birliği Yasası (1953), Eczacılar ve Eczaneler Yasası (1953), Hemşirelik Yasası (1954), ve Türk Eczacılar Birliği Yasası (1956) yer almaktadır.

224 sayılı kanun, sağlık hizmetlerinin Türkiye genelinde yaygınlaştırılması ve sosyalleştirilmesini hedeflemiştir. Bu kanun, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve halkın ihtiyaçlarına göre şekillendirilmesi gerekliliğini belirlemiş ve bu bağlamda entegre sağlık hizmetleri sisteminin oluşturulması için zemin hazırlamıştır (Şakar, 2004).

Bu dönemde özellikle benimsenen sağlık evi-sağlık ocağı-sağlık merkezi-hastane zinciri şeklindeki örgütlenme modeli ile hizmetlerin daha düzenli ve geniş çapta sağlanması hedeflenmiştir. Bu hizmetlerin genellikle ücretsiz ya da

kısmen ücretsiz olması, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği temin etmeyi amaçlamıştır. Ancak, hizmetlerin genişlemesi için gereken sermaye yatırımlarının yetersiz olması, bu hedefin tam anlamıyla gerçekleşmesini engellemiştir. Zira, bu tür bir genişleme, altyapı, tıbbi donanım ve diğer ihtiyaçların gerektirdiği sermaye yatırımlarının çoğunlukla geri planda kaldığı bir gerçektir (Daştan & Çetinkaya, 2015).

Sağlık sektörüne yönelik ilk beş yıllık kalkınma planı 1963 yılında uygulamaya konmuştur. Bu plan ile koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, sağlık personelinin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması, toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi ve özel hastanelerin kurulmasının desteklenmesi gibi önemli hedefler belirlenmiştir. Ayrıca, genel sağlık sigortasının (GSS) kurulması ve devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin uygulanması gibi hedefler de bu planın bir parçası olmuştur. Söz konusu adımlar, sağlık sektörünün daha da gelişmesini ve geniş kitlelere hizmet vermesini hedeflemiştir (Özkan & Uydacı, 2015).

İkinci ve Üçüncü Kalkınma Planlarında da sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarına devam edilmiştir. İkinci Plan döneminde, toplumun ruh ve beden sağlığı ile kalkınma arasındaki ilişki ön plana çıkmıştır. Ancak bu dönemde, özel girişimlerin sağlık tesisleri kurma konusunda teşvik edilmesi kararı ile birlikte sosyalleştirme sürecinde birtakım zorluklarla karşılaşmıştır. Ayrıca, genel sağlık sigortası (GSS) ile ilgili yasa tasarıları çıkarılmış ancak bu tasarılar yasalaşamamıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin genişletilmesi ve halka daha geniş bir şekilde sunulması amacıyla atılan adımların tam anlamıyla başarılı olamamasına sebep olmuştur (Devlet Planlama Teşkilatı, 1968, 1973).

Üçüncü Kalkınma Planında ise özellikle kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince yaygınlaştırılmadığı vurgulanmıştır. Kırsal yörelerde yaşayanların sağlık hizmetlerine olan talebinin artması ve koruyucu hizmetlerin yeterince örgütlenememesi nedeniyle, hastane hizmetlerine gereksiz yere aşırı talep olduğu belirtilmiştir (Devlet Planlama Teşkilatı, 1973).

Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile ilgili olarak 1967 yılında bir kanun taslağı hazırlanmış, ancak Bakanlar Kurulu'na sevk edilmemiştir. 1969 yılında İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda GSS'nin kurulması yeniden öngörülmüştür. 1971 yılında GSS kanun taslağı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne (TBMM) gönderilmiş, ancak kanunlaştırılmamıştır. 1974 yılında tekrar meclise sunulan taslak görüşülmemiştir. 1978 yılında "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun" çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır. Ancak 1980 yılında "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun" ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve doktorlara tekrar muayenehane açma serbestliği getirilmiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve özelleştirilmesi konularında uygulanan politikaların zaman içinde nasıl değiştiğini göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

Sonuç olarak, 1960'lı yıllarda Türkiye'de sağlık hizmetleri alanında yapılan reformlar, hizmetlerin genişletilmesi ve halka daha geniş bir yelpazede sunulmasını hedeflemiştir. Ancak, bu hedeflerin tam anlamıyla gerçekleşmesi için gereken sermaye yatırımlarının yetersiz olması ve özel sektörün sağlık hizmetlerine dahil olmasının teşvik edilmesi, sosyalleşme sürecinde çeşitli zorluklarla karşılaşmıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin Türkiye genelinde genişletilmesi ve halkın ihtiyaçlarına daha etkin bir şekilde yanıt verilmesi hedefinin tam anlamıyla gerçekleşmesini engellemiştir. Buna rağmen, bu dönemde atılan adımların sağlık hizmetlerinin Türkiye'deki yapısını ve uygulamalarını şekillendirmede önemli bir rol oynadığı unutulmamalıdır.

5. 1980-2000 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Ülkemizde, 1982 anayasa değişikliği, sosyal devletin parçasını 1961 Anayasası'ndan farklı bir şekilde yeniden çerçeveledi. Artık tıbbi hizmetler, 1961 Anayasası'nda belirtildiği gibi devlet tarafından garanti edilen temel bir sosyal ve ekonomik hak olmaktan ziyade, devlet tarafından denetlenip düzenlenmektedir. 1982 Anayasası'nın 56, 58 ve 61. maddeleri, devletin tüm nüfus için sağlık hizmetlerini denetleme ve düzenleme sorumluluğunda olduğunu açıkça belirtmiştir. Bu düşünceye göre, tıbbi hizmetler, hizmet etkinliğini ve kalitesini

rekabet yoluyla artırmak için bir pazar ekonomisinde daha sık üretilir, sunulur ve tüketilir (Altay, 2007).

1982 Anayasası'nın 56. maddesine göre, "Devlet, herkesin fiziksel ve ruhsal sağlık içinde yaşamasını sağlamakla yükümlüdür; Devlet, bu görevini kamu ve özel sektörün kontrolü altındaki tıbbi ve sosyal kurumları kullanarak yerine getirecektir." Sonuç olarak, cumhuriyet tarihinde ilk kez özel sektör, sağlık sektöründe anıldı. Anayasa, özel sektörü sağlık sektörüne entegre ederek vatandaşlarına sağlık hizmetleri sağlamada yardımcı olmasını talep eder, bu önemli bir noktadır. Madde 60, herkesin "sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve bu durumun devletin sorumluluğunda olduğunu" belirtir.

Son zamanlarda artan sağlık endişelerine yanıt olarak kamusal alanı küçülten sağlık politikaları nedeniyle, pazar normları kurulmaktadır. 1990'ların başından bu yana, Türkiye, uyum programlarına dayalı projeler aracılığıyla sağlık hizmetlerinin finansmanını ve sunumunu büyük ölçüde özelleştirmeye çalışmıştır. Son zamanlarda artan sağlık endişelerine yanıt olarak kamusal alanı küçülten sağlık politikaları nedeniyle, pazar normları kurulmaktadır. 1990'ların başından bu yana, Türkiye, uyum programlarına dayalı projeler aracılığıyla sağlık hizmetlerinin finansmanını ve sunumunu büyük ölçüde özelleştirmeye çalışmıştır (Yıldırım, 2000).

Sağlık finansmanı yönetiminin yükselişiyle, 1987'de GSS konusu tekrar gündeme geldi, ancak ilgili yasal düzenlemeler tamamlanamadı. Aynı yıl, "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" No. 3359 kabul edildi. Bu kanun, sağlık hizmetlerinin genel hedeflerini ilerletmeyi amaçlayan tüm devlet kurumları, özel hukuk tüzel kişileri ve özel kişileri kapsar. Kanunun yasal gereklilikleri karşılanamasa da, mevzuat, sağlık hizmetleri sunan devlet kurumları ve kuruluşlarının, ilgili bakanlığın önerisi ve Sağlık Bakanlığı'nın onayı üzerine kamu hukuk tüzel kişilerine dönüşmesini belirtir(Tengilimoğlu vd., 2012).

Kaynak aşırı kullanımı, hizmet sunumundaki verimsizlikler, entegre sağlık hizmetleri yönetimi ve diğer nedenlerle sağlık hizmetleri sistemine yönelik şikayetler giderek artmaktadır. 1988'de, Dünya Bankası ve DPT uzmanları, sağlık hizmetleri finansmanını incelemek için işbirliği yaptı. DPT, 1990'da "Sağlık

Sektörü Ana Plan Çalışması"nı yürüttü ve sağlık reformunun ana yollarını belirledi(Özdemir, 2001).

Sağlık hizmetleri reformu konuları, 1992'deki Birinci Ulusal Sağlık Kongresi'nde, önemli kuruluşları, sektörleri, üniversiteleri ve meslek birliklerini içeren bir kongrede detaylı olarak tartışıldı. İkinci Ulusal Sağlık Kongresi'nden bu yana, Türkiye hükümeti eylemleri sağlık reformu kavramlarını içerir.1988 ve 1993 yılları arasında, Sağlık Bakanlığı ve DPT, ihtiyaçları değerlendirmek ve en iyi eylem planını belirlemek için kapsamlı sağlık reformu çalışmaları yürüttü. Ulusal Sağlık Politikası, 1990'da resmi olarak hükümet tarafından belirlendi. Ayrıca, aile hekimliği ve GSS uygulamaları Türkiye'de kapsamaktadır. Bu politika belgesi, anne ve çocuk sağlığı gibi önemli sağlıkla ilgili öncelikleri belirler ve bu hedeflere ulaşmak için kesin hedefler belirler.

1992'deki Birinci Ulusal Sağlık Kongresi'nden sonra yeniden yapılandırma çabası başladı, DPT sağlık sektörü için kapsamlı bir strateji geliştirdi. Ulusal sağlık politikası, 1993'teki İkinci Sağlık Kongresi'nde belirlendi. İkinci Ulusal Sağlık Kongresi'nin ardından oluşturulan uyum programı, sağlık reformlarına bağlandı. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği hakkındaki taslak kanun ile sağlık hizmetleri finans kurumunun kuruluşu ve işleyişi hakkındaki taslak kanun Bakanlar Kurulu'na sunulmuştur. Yedinci ve sekizinci beş yıllık planların ana yapısal programları, sağlık hizmetlerinde değişiklikleri içeriyordu. Zamanla, sosyal güvencesi olmayan ve sağlık hizmetleri için ödeme yapamayan kişilere yardımcı olmak için yeşil kart uygulaması geliştirilmiştir(Tengilimoğlu vd., 2012;137).

Sonuç olarak, hastane reformu, ülkemizin 1990 sonrası sağlık hizmetleri faaliyetlerinin kritik bir bileşenidir. Ancak, diğer sağlık reformu alanlarında olduğu gibi, hastane yönetimi ve hizmetleri, amaçlanan sonuçları elde etmek için açıkça yetersizdir.

6. 2000'li Yıllarda Sağlık Politikaları

2002 genel seçimleri sonrasında kurulan 58. hükümet, sağlık reformları konusunda önemli çalışmalara imza atmıştır. Bu süreçte Acil Eylem Planı ile Türkiye'nin sağlık politikalarında köklü değişiklikler öngörülmüştür. Bu plan, evrensel bir sosyal güvenlik sisteminin oluşturulmasını, Sağlık Bakanlığı'nın idari

ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılmasını, sağlık kuruluşlarının merkezi bir çatı altında toplanmasını, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşmasını, aile hekimliği uygulamasına geçilmesini, koruyucu hekimliğin genişletilmesini ve özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasının teşvik edilmesini içermektedir. Bu plan kapsamında ayrıca, alt kademelere yetki devri, sağlık sektöründe e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi ve devletin temel sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara sunulması gerekliliği vurgulanmıştır. Acil Eylem Planı'nın bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) başlatılmıştır. 1 Temmuz 2003'te hayata geçirilen ve 2003 yılının Aralık ayında kamuoyuna duyurulan bu program, geçmiş sağlık reformları ve proje çalışmalarını değerlendiren bir çerçeve sunmuştur. Programın hedefi, gelecekte geçilmesi düşünülen sağlık sisteminin tasarlanması ve bu sisteme geçişi kolaylaştıracak düzenlemelerin yapılmasıdır. Bu bağlamda SDP, sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde organize edilmesi, finanse edilmesi ve sunulması üzerinde durmaktadır(TC Sağlık Bakanlığı, 2008;21).

SDP kapsamında uygulanacak politikaların temel amacı, halkın sağlık düzeyini yükseltmektir. Bu bağlamda, hastalıkların tedavi edilmesinden ziyade, insanların hastalanmalarının önlenmesi hedeflenmiştir. Bu amaç, anne ve bebek ölümlerinin azaltılması ve doğuşta beklenen yaşam süresinin artırılması gibi epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemelerle mümkün olacaktır. Ayrıca, kaynakların etkin kullanımıyla maliyetlerin düşürülmesi ve aynı kaynakla daha fazla hizmet üretilmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda, insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarının SDP'nin hedeflerine uygun bir şekilde değerlendirilmesi ve yönetilmesi gerekmektedir. SDP'nin bir diğer hedefi ise, halkın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşabilmesi ve hizmetlerin finansmanına maddi güçleri oranında katkı sağlamasıdır. Bu da hizmetlerin hakkaniyet ilkesi çerçevesinde sunulmasını gerektirir (TC Sağlık Bakanlığı, 2007;269).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), bireye odaklanan, sürdürülebilir, sürekli kalite gelişimine önem veren, katılımcılık esasına dayanan, uzlaşmacı, gönüllü katılımı benimseyen, güçler ayrılığına vurgu yapan, desantralizasyonu

önemseyen ve hizmette rekabeti teşvik eden temel ilkeler üzerine inşa edilmiştir (TC Sağlık Bakanlığı, 2007;269-270):

Program, Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici rolünü vurgulamaktadır. Bakanlık, politikaları ve stratejileri belirleme, hizmetlerin kalitesini ve erişilebilirliğini artırma görevine sahiptir. Ayrıca, genel sağlık sigortası konseptiyle, tüm bireylerin kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişiminin garanti altına alınması amaçlanmıştır.

SDP, erişilebilir, yaygın ve güler yüzlü bir sağlık hizmet sistemini hedefler. Bu kapsamda, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği uygulamaları, etkili ve kademeli sevk zincirleri ve idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri ön plana çıkmaktadır. Programın bir başka önemli hedefi de bilgi ve beceriyle donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücünün oluşturulmasıdır. Ayrıca, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumlarına özel önem verilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini artırmak için kalite ve akreditasyon mekanizmaları, SDP'nin önemli bir bileşenidir. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma da programın hedefleri arasında yer almaktadır. Karar verme sürecinde bilgiye hızlı ve etkin erişim sağlayan sağlık bilgi sistemi, bu programın stratejik hedeflerini tamamlar niteliktedir.

Sağlık reformunun ikinci aşaması, Sosyal Güvenlik Kurumları olan Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve SSK'nın tek bir çatı altında toplanmasını hedefler. Bu üç kurum, 2006 yılında çıkan bir kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu adı altında birleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı bu sayede birbirinden ayrılmıştır.

2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, primli sosyal güvenlik sistemini getirerek bu yapının bir tamamlayıcısı olmuştur. Bu süreçte, yeşil kart uygulamasının kapsamı genişletilerek, ilaç ve ayakta tedavi de bu sisteme dahil edilmiştir. Sosyal güvenlik kapsamında olmayan büyük bir nüfus kitlesi, yeşil kart sistemine dahil edilmiştir.

Aile hekimliği sistemi, SDP'nin önemli bir bileşenidir. Daha önce çeşitli nedenlerle uygulanamayan aile hekimliği, 2003'te hükümetin Acil Eylem Paketi'nde yeniden ele alınmıştır. Aile hekimliği, çağdaş bir yaklaşımla birinci

basamak sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemeyi, bu hizmetleri yaygınlaştırmayı ve tüm toplum bireylerinin tercih edilebilir şekilde sunmayı hedefler. Bu bağlamda, herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği ve her türlü konuda danışabileceği bir aile hekiminin olması gereklidir. Bu kapsamlı reformlar, Türkiye'nin sağlık politikalarının etkinliğini ve erişilebilirliğini önemli lde artırmıştır.

Aile hekimliği, Sağlık Bakanlığı tarafından "koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunan, kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik hem ruhsal hem de sosyal yönleriyle ilgili olan ve kişilerin kendilerinin seçecekleri bir hekimlik" olarak tanımlanmaktadır. Bu sistem, etkili bir sevk zinciriyle işlemektedir. Hastalar önce aile hekimlerine başvuracak, aile hekimleri gerek görürse uzmanlara veya hastanelere sevk edeceklerdir. Aile hekimliği sisteminin pilot uygulaması, "Temel Sağlık Hizmetleri Projesi" ile Eskişehir ve Bilecik illerinde başlatılmış ve sonraki dönemlerde tüm illere yaygınlaştırılmıştır (Sevim, 2006).

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması ise 06.04.2011 tarihli ve 6223 sayılı Kanun'un verdiği yetkiye dayanarak gerçekleştirilmiştir.

Bakanlar Kurulu tarafından 11.10.2011 tarihinde kararlaştırılan ve 2 Kasım 2011 tarihli mükerrer Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile bu düzenleme yürürlüğe konulmuştur. Bu kapsamda, 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile sona erdirilen teşkilat yapısı yerine, Bakanlık teşkilatı yeniden düzenlenmiştir. Merkez, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlar olmak üzere yeni hizmet birimleri kurulmuştur.

2011 yılında yayınlanan "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile bakanlık teşkilatındaki taşra yönetim modeli, Halk Sağlığı Kurumu ve Kamu Hastaneler Kurumu yönetim modeli şeklinde devam etmiştir. Bu süreçte, illerde kurulan il sağlık müdürlükleri ve ilçelerdeki ile sağlık müdürlükleri, taşra yönetimini üstlenirken, ile sağlık müdürlüğünün olmadığı yerlerde ise sağlık grup başkanlıkları oluşturulmuştur. Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Hastaneleri Kurumu, Halk

Sağlığı Müdürlükleri ise taşra yönetim teşkilatının bir parçası olarak belirlenmiş ve bu kuruluşlara bağlı hizmet birimleri oluşturulmuştur.

Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığına bağlı olarak temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek bu kurumun görevidir ve merkez ile taşrada faaliyet gösterir. Kamu Hastaneleri Kurumu ise Sağlık Bakanlığı politika ve hedeflerine uygun olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sağlamak amacıyla hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi görevini üstlenmiştir. Kamu Hastane Birlikleri, kurumlarına bağlı olarak taşrada yönetim görevini yerine getirmektedir.

15 Temmuz 2016'da ülkemizde yaşanan darbe girişimi sonrasında tüm kamu kurumları değişim sürecine girmiştir. Olağanüstü hal kapsamında alınması gereken tedbirler ve terörle mücadele çerçevesinde önlemler belirlemek amacıyla 20.07.2016 tarihli Bakanlar Kurulu Kararı ile olağanüstü hal ilan edilmiş ve Kanun Hükmünde Kararname yayınlanmıştır. Bu süreçte, 669 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Gülhane Askeri Tıp Akademisine (GATA) bağlı sağlık kuruluşları ve Jandarma Genel Komutanlığına bağlı sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Aynı Kararname ile GATA'ya bağlı yükseköğretim birimleri de Sağlık Bilimleri Üniversitesine aktarılmıştır. 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı'nın kamu hastanelerinin yönetimine ilişkin düzenlemeler değiştirilmiştir. Bu yeni düzenlemeye göre, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Kamu Hastane Birlikleri kapatılmış, yerlerine Halk Sağlığı ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlükleri kurulmuştur (Karakuzu & Ergözen, 2019).

D. Türk Kamu Sağlığı Politikalarının Mevcut Durumu

Türk sağlık sistemi, geçtiğimiz iki on yıl içerisinde önemli dönüşümler geçirmiştir ve bu değişimlerin çoğu için 2000'li yılların başlarında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) temel oluşturmuştur. SDP, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı, erişimde eşitliği sağlamayı ve sağlık harcamalarını kontrol etmeyi amaçlamıştır (Atun vd., 2013). Ancak, 2018-2023

dönemi, kapsamlı bir analizi hak eden hem ilerlemeleri hem de zorlukları beraberinde getirmiştir.

Bu dönemin en dikkat çekici başarılarından biri, evrensel sağlık kapsamının genişlemesidir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) altında farklı sağlık sigortası planlarının birleştirilmesi daha da düzenlenmiştir. Örneğin, kapsama mevsimlik tarım işçileri de dahil edilmiştir; bu grup daha önce sistem dışında bırakılmıştı (Temel, 2020; Yolun ve Kopar, 2015). Bu, daha eşitlikçi bir sağlık sistemi yaratmış ve sağlık hizmetlerine erişimdeki dengesizlikleri azaltmıştır.

Bu iyileştirmelere rağmen, bölgesel dengesizlikler halen önemli bir endişe kaynağıdır. İstanbul ve Ankara gibi kentsel alanlar, hem kamu hem de özel sağlık tesislerinin artışı görmüşken, kırsal alanlar hizmet açısından yetersiz kalmaktadır. Örneğin, Güneydoğu Türkiye'de küçük bir köyde yaşayan bir kişi, en yakın hastaneye ulaşmak için saatlerce yolculuk yapmak zorunda olabilir (Tatar vd., 2011). Bu coğrafi dengesizlik, hükümetin kırsal alanlarda sağlık altyapısına yönelik hedefli yatırımlar aracılığıyla aktif olarak ele almaya çalıştığı sağlık eşitsizliklerine yol açmıştır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi de tartışmalı bir konu olmaya devam etmektedir. Özel hastaneler sıklıkla son teknoloji tesisler ve hizmetler sunarken, özellikle kırsal alanlardaki kamu hastaneleri gerekli altyapıya sahip değildir (Erus vd., 2015). Örneğin, kırsal bir alandaki bir kamu hastanesi, MRI makinesi gibi özel medikal ekipmana sahip olmayabilir, bu da hasta bakımının eksik olmasına yol açabilir. Kamu hastanelerindeki tesisleri iyileştirmek için çabalar gösterilmekle birlikte, ilerleme yavaş olmuştur.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların (BNH) artan yükü—örneğin, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser—Türk sağlık sisteminin karşılaştığı başka bir zorluktur. Başlangıçta bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek için tasarlanan sistem, değişen sağlık ortamına uyum sağlamak zorunda kalmıştır. Örneğin, yaşam tarzı ile ilişkili hastalıkların, diyabet gibi, artışı akut bakımdan kronik hastalık yönetimine odak değiştirmeyi gerektirmiştir (Yazıcıoğlu ve Bağcıvan, 2022). Bu değişiklik, bu uzun dönemli koşulları daha iyi yönetebilmek için sağlık altyapısında ve tıbbi eğitimde değişiklikler yapmayı zorunlu kılmıştır.

Son yıllarda ruh sağlığı da dikkat çekmeye başlamış, Sağlık Bakanlığı 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politikası'nı başlatmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Depresyon ve anksiyete gibi ruh sağlığı bozukluklarının artan yaygınlığı, ruh sağlığı hizmetlerine daha fazla odaklanılmasına yol açmıştır. Örneğin, ruh sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre etmek ve ruh sağlığı bozuklukları ile ilişkili damgalamayı azaltmak için çabalar sarf edilmektedir.

Sağlıkta teknolojinin rolü, özellikle 2018-2023 dönemi arasında önemli gelişmeler göstermiştir. E-sağlık sisteminin, "e-Nabız" olarak bilinen, tanıtımı bir dönüm noktası olmuştur (Dogac vd., 2011).

Sonuç olarak, 2018-2023 dönemi Türk sağlık sistemi için kritik bir aşama olmuştur. Evrensel sağlık kapsamını genişletme ve sağlığa teknolojiyi entegre etme konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da, bölgesel dengesizlikler, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve BNH'ların artan yükü gibi zorluklar devam etmektedir. Bu zorlukların üstesinden gelmek, daha eşitlikçi ve verimli bir sağlık sistemi sağlamak için hem hükümetin hem de sağlık sağlayıcılarının ortak çabalarını gerektirecektir.

1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Adalet

Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim ve sağlıkta adalet, son on yıllarda önemli derecede gelişmiştir. 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), halkın sağlık hizmetlerine erişimini genişletme ve eşitsizlikleri azaltma hedefiyle bir dizi reformu hayata geçirdi (Akdağ, 2015).

Özellikle, genel sağlık sigortası sisteminin uygulanması, tüm vatandaşların belirli bir sağlık hizmetleri paketine erişimini garanti altına alarak, sağlık hizmetlerine erişimi genişletmiştir (Tatar et al., 2011). Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerinin genişletilmesi ve aile hekimliği sisteminin uygulanması, erken teşhis ve önleyici sağlık hizmetlerine erişimi artırmıştır (Akdağ, 2015).

Bu reformlar sonucunda, sağlık hizmetlerine erişimde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Örneğin, 2013 yılında yayınlanan bir çalışma, Türkiye'de hane halkının %99,5'inin sağlık sigortası olduğunu belirtmektedir (Atun et al., 2013).

Ancak, sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlıkta adalet konusunda hala önemli sorunlar bulunmaktadır. Özellikle, Türkiye'nin doğu ve güneydoğu

bölgelerinde sağlık hizmetlerine erişim, batıdaki kıyı bölgelerine kıyasla daha sınırlıdır. Bunun nedenleri arasında sağlık çalışanlarının coğrafi dağılımındaki dengesizlikler, sağlık altyapısının yetersizliği ve sosyoekonomik faktörler yer almaktadır (Atun et al., 2013). Ayrıca, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin kalitesi ve etkinliği konusunda da önemli farklılıklar bulunmaktadır.

Bununla birlikte, Türkiye hükümeti sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlıkta adaleti artırmaya yönelik politikalarıyla bu sorunları ele almaktadır. Örneğin, sağlık çalışanlarının eğitimi ve dağılımı, sağlık altyapısının geliştirilmesi ve sağlık sigortasının genişletilmesi konularına odaklanan bir dizi politika ve program uygulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

2. COVID-19 ve Türkiye'deki Kamu Sağlığı Politikalarına Etkisi

COVID-19 pandemisi, Türkiye'nin kamu sağlığı politikalarına ve sağlık sisteminin genel yapısına etkili ve geniş çapta bir etki yaptı. COVID-19, Türkiye'nin, sağlık hizmetlerini vatandaşlarına nasıl sunacağını ve toplum sağlığını koruyacak stratejileri nasıl şekillendireceğini yeniden düşünmesini gerektirdi (WHO, 2021).

COVID-19'un başlangıcında, Türkiye hızlı bir şekilde yanıt verdi ve ulusal bir pandemi planı uygulamaya koydu. Bunun bir parçası olarak, Türkiye Sağlık Bakanlığı, hastalığın yayılmasını önlemek ve sağlık hizmetlerini yönetmek için bir Pandemi Kurulu oluşturdu (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Ayrıca, hastalığın yayılmasını kontrol altına almak için sıkı bir karantina ve kısıtlama politikası uygulandı (Karakoç et al., 2020).

Pandemi, Türkiye'nin sağlık hizmetleri teslimatına yönelik yaklaşımını da değiştirdi. COVID-19 hastalarının tedavisi için hastaneler ve yoğun bakım üniteleri hızla uyarlandı ve yeni hastaneler inşa edildi. Telesağlık uygulamalarının ve uzaktan danışmanlığın kullanımı hızla arttı, bu da sağlık hizmetlerine erişimi artırmada önemli bir rol oynadı (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

COVID-19 ayrıca Türkiye'nin aşılama politikalarını da etkiledi. Türkiye, COVID-19 aşısını geniş ölçekte dağıtmak için geniş bir aşılama kampanyası başlattı. Bu, özellikle yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar gibi en savunmasız grupları hedefledi (WHO, 2021).

COVID-19 pandemisi, Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık politikalarında önemli değişiklikler yapmasını gerektirdi. Ancak, bu değişiklikler aynı zamanda Türkiye'nin sağlık sisteminin esnekliğini ve hızla değişen koşullara uyum sağlama yeteneğini de göstermiştir.

V.BULGULAR

A. Türk Kamu Sağlığı Politikalarının Geleceği: Öneriler ve Çözüm Yolları

1. Genişlemiş Güney Avrupa Refah Modeli Işığında Türk Kamu Sağlığı Politikalarının Gelecekteki Yönü

Türkiye'nin kamu sağlığı politikalarının genişlemiş Güney Avrupa refah modeli ışığında gelecekteki yönünü tartışırken, ülkenin mevcut sağlık politikalarının bu modelle bazı benzerlikler ve farklılıklar taşıdığını göz önünde bulundurmak önemlidir.

Türkiye, sağlık hizmetlerine erişimi artırmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek için önemli adımlar atmıştır (Tatar et al., 2011). Bu bağlamda, gelecekte, Türkiye'nin sağlık politikaları muhtemelen daha kapsayıcı ve daha geniş sosyal hakları içeren bir refah modeline doğru evrilecektir. Bu, genişlemiş Güney Avrupa refah modelinden daha ileri bir model olan İskandinav refah modeline doğru bir kayma anlamına gelebilir.

Özellikle, genişlemiş Güney Avrupa refah modelinde ailenin merkezi bir rol oynamasına karşın, Türkiye'nin kamu sağlığı politikalarının ailenin rolünü azaltma ve devletin rolünü artırma yönünde evrilebileceğini tahmin etmek mümkündür. Bu, özellikle yaşlı bakımı ve engelli hizmetleri gibi alanlarda aile yerine devletin daha fazla sorumluluk almasını gerektirebilir.

Bununla birlikte, Türkiye'nin sağlık politikalarının gelecekteki yönü, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ilgili mevcut zorlukları da dikkate almalıdır. Örneğin, kırsal alanlarda sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sağlık çalışanlarının eğitimi ve yetiştirilmesi gibi konular, Türkiye'nin sağlık politikalarının gelecekteki yönünü şekillendirecek önemli faktörler olacaktır (Tatar et al., 2011).

Sonuç olarak, Türkiye'nin kamu sağlığı politikalarının gelecekteki yönü, genişlemiş Güney Avrupa refah modeline göre daha geniş sosyal haklar ve

devletin sağlık hizmetlerinde daha büyük bir rol içerebilir, ancak aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi mevcut zorlukları da dikkate almalıdır.

2. Potansiyel İyileştirmeler ve Stratejiler

Türkiye'nin sağlık politikalarında yapılması gereken potansiyel iyileştirmeler ve stratejileri genişlemiş Güney Avrupa refah modeli ışığında değerlendirebiliriz.

1. Eşitlikçi Erişim: Türkiye'nin sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri azaltmaya yönelik stratejiler geliştirmesi gereklidir. Özellikle, kırsal ve yoksul alanlardaki sağlık hizmetlerine erişim, eşitsizlikleri azaltmak için önemli bir odak noktası olmalıdır. Bu, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği artırmaya yardımcı olabilir ve Türkiye'nin sağlık politikalarını daha ileri bir refah modeline doğru kaydırabilir (Tatar et al., 2011).

2. Kalite İyileştirme: Sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmeye yönelik stratejiler, Türkiye'nin sağlık politikalarının bir başka önemli yönü olmalıdır. Bu, sağlık hizmetleri sağlayıcılarının eğitimini ve yetiştirilmesini içerebilir, ayrıca sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek için etkin bir sistem geliştirme ve uygulama gerektirebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

3. Devletin Rolünün Artırılması: Devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün artırılması, Türkiye'nin sağlık politikalarını daha ileri bir refah modeline doğru kaydırabilir. Özellikle, aile hekimliği sisteminin uygulamaya konması ve hastanelerin modernizasyonu gibi adımlar, Türkiye'nin sağlık politikalarının genişlemiş Güney Avrupa refah modelinden daha ileri bir refah modeline doğru evrilmesine yardımcı olabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

4. Bütüncül Sağlık Yaklaşımı: Türkiye'nin sağlık politikaları, bireylerin tüm yaşam döngüsü boyunca sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için bütüncül bir sağlık yaklaşımını benimsemelidir. Bu, yaşlı bakımı ve engelli hizmetleri gibi alanlarda aile yerine devletin daha fazla sorumluluk almasını gerektirebilir.

VI. SONUÇ

Güney Avrupa Refah Modeli, özellikle sağlık politikaları alanında, Türk politika yapıcılarını için önemli bir referans olmuştur. Türkiye, bu modelin sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalitesi ve etkinliğini artırma, maliyetleri kontrol altında tutma gibi öğelerini benimsemiştir. Özellikle pandemi gibi olağanüstü dönemlerde, Türkiye'nin sağlık politikaları, Güney Avrupa ülkelerine kıyasla daha hızlı ve esnek bir adaptasyon göstermiştir.

COVID-19 pandemisi, global olarak sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanmasında büyük değişikliklere neden olmuştur. Türkiye, bu süreçte hızlı ve etkili kararlar alarak, pandemi yönetimi ve aşılama stratejileri gibi kritik alanlarda başarılı olmuştur. Ancak, pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinin dağıtımında ve sağlık çalışanlarının yoğun çalışma koşullarında bazı zorluklar yaşandığını göz ardı etmemek gerekir.

COVID-19, Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırdı ve sağlık eşitsizliklerini derinleştirdi. Bu, hükümetin sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapmasını ve kapsayıcı sağlık politikaları oluşturmasını zorunlu kıldı. Bu değişiklikler, Türkiye'nin sağlık politikalarının evrensel bir yaklaşıma doğru evrileceğini gösteriyor.

Ancak, Türkiye'nin sağlık politikalarının piyasa odaklı bir yöne kayması da olasıdır. Bu, özel sektörün sağlık hizmetlerinde daha aktif olmasını ve bireylerin kendi sağlık sigortalarını satın almasını teşvik eden politikaları içerebilir.

Sosyal politikaların sosyal hizmetlere olan etkisi her zaman kritik olmuştur. Özellikle COVID-19 süreci, Güney Avrupa refah devletlerinin sosyal politikalarını derinden etkiledi. Salgın, bu ülkelerde sosyal eşitsizlikleri ve yoksulluğu artırdı, bu da hükümetlerin sosyal refah hizmetlerine daha fazla yatırım yapmasını ve kapsayıcı sosyal politikalar oluşturmasını gerektirdi.

Bu araştırmada, Güney Avrupa Refah Modeli'nin Türk sağlık politikalarına etkisi ve pandemi döneminde uygulanan politikaların incelenmesi üzerine

odaklanılmıştır. Bu konular üzerine daha derinlemesine çalışmaların yapılması, Türkiye'nin sağlık ve sosyal hizmet politikalarının daha etkin hale getirilmesine katkıda bulunabilir. Bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular ışığında, aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

Politika Entegrasyonu: Türkiye'nin, Güney Avrupa Refah Modeli'nden öğrenilen derslerin ve deneyimlerin yanı sıra kendi iç dinamiklerini dikkate alarak, sağlık ve sosyal hizmet politikalarını daha etkin bir şekilde entegre etmesi gerekmektedir. Sağlık politikalarının sosyal politikalarla daha iyi hizalanması, bütüncül ve kapsayıcı bir yaklaşım sağlayabilir.

Esnek ve Hızlı Politika Uygulaması: Pandemi süreci, sağlık politikalarının hızlı ve esnek bir şekilde uygulanabilme yeteneğinin önemini göstermiştir. Bu nedenle, Türkiye'nin acil durumları yönetme ve hızla uyum sağlama kapasitesini geliştirmeye devam etmesi önemlidir.

Sağlık Çalışanlarının Desteklenmesi: Pandemi dönemi, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının önemini ve bu çalışanların desteklenmesinin gerekliliğini vurgulamıştır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve sürdürülmesi için sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarının karşılanması ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi önemlidir.

Araştırma ve Değerlendirme: Bu araştırma, Güney Avrupa Refah Modeli'nin Türk sağlık politikalarına etkisi, pandemi döneminde uygulanan sağlık politikalarının ve sosyal politikaların sosyal hizmetlere etkisinin önemine dikkat çekmektedir. Bu konular üzerine daha fazla ve detaylı araştırma yapılması, Türkiye'nin sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Özellikle sosyal hizmetlere yönelik politikaların, pandemi gibi kriz dönemlerinde toplumun en savunmasız kesimlerinin korunması ve desteklenmesi açısından incelenmesi önemlidir.

Sosyal Hizmetlere Yatırım: Sosyal hizmetlerin geliştirilmesine ve genişletilmesine yönelik yatırımlar, toplumun genel sağlık ve refah düzeyinin artırılmasına yardımcı olabilir. Sosyal hizmetlerin etkinliğini ve erişilebilirliğini artırmak için gereken kaynakların sağlanması, politika öncelikleri arasında yer almalıdır.

VII. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- AKTAN, C. C., ÖZKIVRAK, Ö. (2008). **Sosyal Refah Devleti**, İstanbul, Okutan Yayıncılık.
- BELAND, D., LEIBFRIED S., MORGAN, K. J., OBINGER, H., PIERSON, C. (2012). **The Oxford Handbook of the Welfare State**, Oxford University Press.
- BRAIDOTTI, R. (1994). **Nomadic subjects: Embodiment and sexual difference in contemporary feminist theory**, New York, Columbia University Press.
- BUĞRA, A., KEYDER, Ç., YAKUT ÇAKAR, B., BALABAN, U. B. (2004). **Sosyal Politika Yazıları**, İçinde Ayşe Buğra ve Çağlar Keyder (Ed.), İstanbul, İletişim Yayınları.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990). **The Three Worlds of Welfare Capitalism**, Polity Press.
- ESPING-ANDERSEN, G. (2002). **Towards the good society, once again? Why we need a new welfare state**, New York, Oxford University Press.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1996). **“Welfare states without work: The impasse of labour shedding and familialism in continental European social policy Welfare states in transition.**
- FERRERA, M., GUALMINI, E. (2004). **Rescued by Europe?: social and labour market reforms in Italy from Maastricht to Berlusconi**, Amsterdam University Press.
- FİŞEK, N. H. (1987). **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirici Merkezi Yayını, London, The Macmillan Press Limited.

- FOUCAULT, M. (2003). **“Society Must Be Defended”**: Lectures at the Collège de France, 1975-1976, Macmillan.
- FOUCAULT, M. (2018). **Discipline**. In **Rethinking the subject**, Routledge.
- FOUCAULT, M. (1991). **The Foucault effect: Studies in governmentality**, University of Chicago Press.
- GUILLEN, A. M., LEON, M. (Eds.). (2011). **The Spanish welfare state in European context**, Ashgate Publishing, Ltd.
- HEMERIJCK, A. (2012). **Changing Welfare State**, Oxford University Press.
- İLİKAN RASİMOĞLU, C. G., (2012). **Tuberculosis, Medicine and Politics: Public Health in the Early Republican Turkey**, LAP Lambert Academic Publishing.
- KARAMESSİNİ M. (2007). “The Southern European social model: Changes and continuities in recent decade”, **International Institute For Labour Studies**.
- KAUTTO, M. (2010). The Nordic Countries In F. G. Castles, Leibfried, J. Lewis, H. Obinger, C. Pierson (Eds.), **The Oxford Handbook of the Welfare State**, Oxford University Press.
- KNIIVILA, M. (2007). “Industrial development and economic growth: Implications for poverty reduction and income inequality. Industrial development for the 21st century”, Sustainable Development Perspectives, **Department of Social and Economic Affairs**, cilt 1, sayı 3, ss.295-333.
- KORAY, M. (2022). **Sosyal Politika**, İmge Yayınevi.
- KOYUNOĞLU, S. (2003). **Turist Sağlığı: Turizm Sigortası Ve Tüketicinin Korunması: Genel Yaklaşım**, Ankara, Detay Yayıncılık.
- ÖZDEMİR, S. (2007). **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, İstanbul, İstanbul Ticaret Odası Yayınları
- PALIER, B. (2010). **A long goodbye to Bismarck?: the politics of welfare reform in continental Europe**, Amsterdam University Press.

- PALIER, B. (2010). **Continental Western Europe: The Bismarckian Welfare System in The Oxford Handbook of the Welfare State.**
- RODRIGUES, C. F. (2013). **The welfare state in Portugal in the age of austerity. In The European Social Model in Crisis,** Edward Elgar Publishing.
- SACCHI, S., VESAN, P., (2005). **Employment Policy: segmentation, deregulation and reforms in the Italian labour market. In The Italian welfare state in a European perspective,** Policy Press.
- SARACENO, C. (2002). **Social Assistance Dynamics In Europe,** Bristol Policy Press.
- SIAROFF, A., (1994). **Work, welfare and gender equality: a new typology. In Gendering Welfare States Gendering welfare states.**
- SPICKER, P. (2013). **Liberal Welfare State,** The Routledge handbook of the welfare state.
- STEPHENS, J. D. (1996). **The Scandinavian welfare state Welfare States in Transition,** London, Sage.
- ŞAKAR, M. (2004). **Sosyal Sigortalar Uygulaması,** İstanbul, Der Yayınları.
- TENGİLİMOĞLU, D., IŞIK, O., AKBOLAT, M. (2012). **Sağlık İşletmeleri Yönetimi,** Ankara, Nobel Kitabevi.
- WALKER, A., WONG, C. K. (Eds.). (2005). **East Asian Welfare Regimes In Transition: From Confucianism To Globalisation,** Policy Press.

DERGİLER

- AKDAĞ, R. (2015). “Lessons from health transformation in Turkey: Leadership and challenge”, **Health Systems & Reform**, cilt 1, sayı 1, ss.3-8.
- ALTAY, A. (2007). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, sayı 64, ss.33–58.
- ARRIBA, A., MORENO, L. (2005). Spain: poverty, social exclusion and safety net In **Welfare State Reform in Southern Europe**, **Routledge**, ss.169-198.

- ARTS, W., GELISSEN, J. (2002). "Three worlds of welfare capitalism or more? A stateofheart report", **Journal of European Social Policy**, cilt 12, sayı 2, ss.137–158.
- ATUN, R., AYDIN, S., CHAKRABORTY, S., SÜMER, S., ARAN, M., GÜROL, I., Akdağ, R. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. **The Lancet**, ss.65-99.
- BALL, K. (2015). "Michel Foucault, the history of sexuality: an introduction" **ESC: English Studies in Canada**, cilt 41, sayı 4, ss.6-6.
- BİLGİN, H. A., KURT, E., KURT, D. T., SÜNER, A., ANIK, Y., & GÜL, H. (2021). "COVID-19 pandemisinde acil sağlık hizmetlerinin durumu: Türkiye örneği", **Acil Tıp Dergisi**, sayı 3.
- BAMBRA, C. (2007). "Going beyond The three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research" **Journal of Epidemiology & Community Health**, cilt 61, sayı 12, ss.1098–1102.
- BANNINK, D., HOOGENBOOM, M., (2007). "Hidden change: disaggregation of welfare state regimes for greater insight into welfare state change", **Journal of European Social Policy**, cilt 17, sayı 1, ss.19-32
- BONOLI, G. (1997). "Classifying welfare states: a two-dimension approach", **Journal of Social Policy**, cilt 26, sayı 3, ss.351-372.
- BONOLI, G. (1997). "Pension politics in France: patterns of cooperation and conflict in two recent reform" **West European Politics**, cilt 20, sayı 4, ss.111–128.
- BURSTROM, B., TAO, W. (2018). "Social determinants of health and inequalities in COVID-19", **European Journal of Public Health**, cilt 30, sayı 4, 617-618.
- CANSER, B. O. Z., ÖNDER, E. (2017). "Oecd Ülkelerinin Sağlık Sistemi Performanslarının Değerlendirilmesi", **Sosyal Güvence**, sayı 11, ss.24-61.
- CRAWFORD, R. (2006). "Health as a meaningful social practice", **Health**, cilt 10, sayı 4, ss.401-420.

- CASTLES, F. G., MITCHELL D., (1993). "Worlds of welfare and families of nations. Families of nations: Patterns of public policy in western democracies", **Dartmouth**.
- DANIŞ, M. Z. (2007). "Sosyal Hizmet Mesleği Ve Disiplininde Sosyal Politikanın Yeri Ve Önemi", **Toplum Ve Sosyal Hizmet Dergisi**, cilt 18, sayı 2, ss.51-64.
- DAŞTAN, İ., ÇETİNKAYA, V. (2015). "OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması" **SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi**, cilt 5, sayı 1, ss.104-134.
- DIECKHONER, C., PEICHL, A. (2009). "Financing social security: Simulating different welfare state systems for Germany", **IZA**.
- DOĞAÇ, A., YÜKSEL, M., AVCI, A., CEYHAN, B., HÜLÜR, Ü., ERYILMAZ, Z., & AKDAĞ, R. (2011). Electronic health record interoperability as realized in the Turkish health information system. **Methods of Information in Medicine**, cilt 50, sayı 2, ss.140-149.
- DOLGOFF, R. (1999). "What does social welfare produce?" **International Social Work**, cilt 42, sayı 3, ss.295–307.
- EDERVEEN, S., SOEDE, A. (2003). "Social europe, european Network of economic Policy Research Institute", **Occasional Paper**.
- ELGAZZAR, H. E., ELTAWHEEL, A. A., YOUSSEF, M. R., SAIED, M., ELGAYAR, N. H., & ZAID, H. (2020). "COVID-19: A global public health disaster", **International Journal of Clinical Practice**, cilt 74, sayı 10.
- EROĞLU, İ., YILDIRIM, N. (2020). "COVID-19 salgını sürecinde Türkiye'nin sağlık politikaları ve uygulamaları" **Sağlık ve Sosyal Politika Araştırmaları Dergisi**, Cilt 1, Sayı 1, ss.115.
- ERUS, B., & HATİPOĞLU, O. (2017). "Physician payment schemes and physician productivity: Analysis of Turkish healthcare reform" **Health Policy**, cilt 12, sayı 5, ss.553-557.
- FERRERA, M. (1996). "The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe", **Journal of European Social Policy**, cilt 6, sayı 1, ss.17–37.

- FİŞEK, N. (1991). "Türkiye Cumhuriyeti hükümetlerinde sağlık politikaları", **Toplum ve Hekim**, sayı 48, ss.2-4.
- GUTIERREZ, R. (2014). "Welfare performance in Southern Europe: employment crisis and poverty risk. South European Society and Politics", **Routledge** cilt 19, sayı 3, ss.371-392.
- GÜMÜŞ, F. Ç. V. E., ÇELİKAY, F., & GÜMÜŞ, E. (2010). "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, cilt 11, sayı 1, ss.177-216.
- GÜNAL, P. (2010). "Avrupa Birliği'nin Güney Avrupa Sosyal Devlet Modeline Etkisi: İspanya Örneği", **Yardım Ve Dayanışma**, cilt 1, sayı 1, ss.81-95.
- HERTTUAINEN, J., JARVELAINEN, J. (2021). "Trust in public institutions, news media, and information channels: A comparative study of five European countries during the COVID-19 pandemic", **European Societies**, cilt 23, sayı 1, ss.676-692.
- HOLLIDAY, I. (2005). "East Asian Social Policy in the Wake of the Financial Crisis: Farewell to Productivism?", **Policy & Politics**, cilt 33, sayı 1, ss.145-162.
- KARAKOÇ, A., YILDIRIM, O., DÖNMEZ, C. (2020). "COVID-19 salgını sürecinde Türkiye'de uygulanan politikalar", **Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, cilt 22, sayı 2, ss.249-266.
- KARAKUZU, E., ERGÖZEN, (2019). "Askeri Dalgıç, Denizaltı, Kurbağa Adam Özel İhtisaslı Personel ile Sivil Profesyonel Sualtıadamları Muayene ve Değerlendirme Usüllerinin Karşılaştırılması", **Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi**, cilt 6, sayı 2, ss.115-118.
- KARAOSMANOĞLU H. K., ÖZTÜRK, S., & ÖZDEMİR, R. (2021). "COVID-19 Salgınının Türkiye'de Kamu Yönetimine Etkileri: Sorunlar ve Çözüm Önerileri", **Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, cilt 19, sayı 1, ss.107-128.
- KILIÇ, B., EVRENOS, A. A., İŞGÖR, İ., AVŞAR, F. Z. (2020). "COVID-19 Pandemisi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşireliği: Sorunlar ve Çözüm

- Önerileri”, **Journal of Biotechnology and Strategic Health Research**, cilt 1, sayı 2, ss.47-52.
- KOCA, M. (2015). “Sosyal Dışlanma Sorunu Ve Asgari Gelir Desteğinin Gerekliliği”, **Journal of International Social Research**, cilt 8, sayı 39.
- KOÇAK, O., TİRYAKİ, D. (2011). "Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği", **İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, sayı 19, ss.55-88.
- KOL, E. (2014). “Refah Rejimleri Açısından Sağlık Sistemlerinin Değerlendirilmesi: Güney Avrupa Refah Modeli Ve Türkiye”, **Gümüşhane University Electronic Journal of the Institute of Social Science/Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi**, cilt 5, sayı 10.
- KORPI, W., PALME, J., (1998). “The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western countries”, **American sociological review**, ss.661-687.
- KORPI, W., PALME, J., (2003). Walter Korpi and Joakim Palme are well-known researchers in the field of welfare studies, **JICSP**.
- KUSCHE, I. (2014). “Political clientelism and democracy: Clientelistic power and the internal differentiation of the political system”, **Acta Sociologica**, cilt 57, sayı 3, ss.207–221.
- KUTLU, Ö., CAN, B. (2020). “COVID-19 pandemisi ve hastane işletmeciliği: Türkiye’deki durum”, **Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences**, cilt 25, sayı 1, ss.60-64.
- LEIBFRIED, S., PIERSON, P. (1992). “Prospects for social Europe”, **Politics & Society**, cilt 20, sayı 3, ss.333-366
- LEON, M. (2004). “Welfare State Development and Employment in the Spanish Regions: A Comparative Perspective”, **European Urban and Regional Studies**, cilt 11, sayı 3, ss.225–242.
- LINDBECK, A. (2008). “Prospects for the welfare state”, **IFN working paper**.

- LUKE, T. W. (1999). "Environmentality as green governmentality", **Discourses of the Environment**, ss.121-151.
- LUPTON, D. (2012). "M-health and health promotion: The digital cyborg and surveillance society", **Social Theory & Health**, sayı 10, ss.229-244.
- MARI-KLOSE-, P., MORENO-FUENTES, F. J. (2013). "The Southern European welfare model in the post-industrial order: still a distinctive cluster?", **European Societies**, cilt 15, sayı 4, ss.475-492.
- MARTIN, C. (2015). "Southern welfare states: Configuration of the welfare balance between state and the family", **Southern Europe**, ss.77-100.
- MATSAGANIS, M., FERRERA, M., CAPUCHA, L., MORENO, L., (2003). "Mending nets in the south: Anti-poverty policies in Greece, Italy, Portugal and Spain", **Social Policy & Administration**, cilt 37, sayı (6), ss.639-655.
- MCKEE, M., STUCKLER, D. (2020). "If the world fails to protect the economy, COVID-19 will damage health not just now but also in the future", **Nature Medicine**, cilt 26, sayı5, ss. 640-642.
- MISHRA, R. (1999). "Globalization and the Welfare State", **Edward Elgar Publishing**.
- MORENO, L. (2006). "The model of social protection in Southern Europe: Enduring characteristic", **Revue française des affaires sociales**, sayı 5, ss.73-95.
- NALDINI, M., JURADO, T. G. (2009). "Families, markets and welfare states: the southern European model", **7th ESPAnet conference, Urbino**.
- NALDINI, M., SARACENO, C. (2008). "Social and Family Policies in Italy: Not Totally Frozen but Far from Structural Reform", **Social Policy & Administration**, cilt 42, sayı 7, ss.733-748.
- ÖZÇÜRÜMEZ, S., ŞENSES, N. (2021). "COVID-19: Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Göçmenlerin Durumu", **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi**, cilt 25, sayı 71, ss.429-446.

- ÖZDAĞ ACARLI, A. N., SAMUR, M., YILMAZ YAVUZ, H., KISACI, E. (2020). “Türkiye’de COVID-19 pandemisi sürecinde evde sağlık hizmetleri”, **Türkiye Klinikleri J Health Sci**, cilt 5, sayı 3, ss.274-280.
- ÖZDEMİR, Y. E. (2001). “Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları-Cumhuriyetin kuruluşundan 1980’li yıllara sağlık politikaları” **Yeni Türkiye**, cilt 7, sayı 39, ss.257–275.
- ÖZDEMİR, S. (2005). “Sosyal gelişim düzeyleri farklı refah devletlerinin sınıflandırılması üzerine bir inceleme”, **Journal of Social Policy Conferences**.
- ÖZKAN, Ş., UYDACI, M. (2015). “Türkiye’de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi”, **Öneri Dergisi**, sayı 11, cilt 44, ss.221–238.
- ÖZKANAN, A., ERDEM, R. (2014). “Yönetimde Kayırmacı Uygulamalar: Kavramsal Bir Çerçeve” **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, sayı 20, ss.179–206.
- ÖZMEN, Z. (2017). "Refah Modelleri Açısından Avrupa'da Ve Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı", **Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, sayı 1, ss.88-117.
- PAVOLINI, E., LEON, M., GUILLEN, A. M., & ASCOLI, U. (2015). “From austerity to permanent strain? The EU and welfare state reform in Italy and Spain”, **Comparative European Politics**, sayı 13, ss.56-76.
- PIERSON, P. (1998). “Irresistible Forces, Immovable Objects: PostIndustrial Welfare States Confront Permanent Austerity” **Journal of European Public Policy**, cilt 5, sayı 4, ss.539–560.
- POLAT, G. (2014). "Madde Bağımlılığı Tedavisinde Sosyal Hizmet Mesleği", **Okmeydanı Tıp Dergisi**, cilt 30, sayı 2, ss.143-148.
- RHODES, M. (1996). “Southern European welfare states: identity, problems and prospects for reform” **South European Society and Politics**, cilt 1, sayı 3, ss.1–22.
- RONIGER, L. (2004). Political clientelism, democracy, and market economy, **JSTOR**.

- ROSE, N. (2001). "The politics of life itself", **Theory, Culture & Society**, cilt 18, sayı 6, ss.1-30.
- SALTER, M. B. (2004). "Passports, Mobility, and Security: How smart can the border be?", **International Studies Perspectives**, cilt 5, sayı 1, ss.71-91.
- SOTİROPOULOS, D. A. (2004). "Southern European public bureaucracies in comparative perspective", **West European Politics**, cilt 27, sayı 3, ss.405-422.
- ŞENKAL, A., SARIİPEK, D. B. (2007). "Avrupa Birliği'nin karşılaştırmalı refah modelleri ve sosyal politikada devletin değişen rolü", **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, sayı 14, ss. 146-175.
- TAŞCI, F. (2013). "Refah devleti modelleri içinde Türkiye'nin pozisyonu: "yaşlı algısı" üzerinden değerlendirmeler", **İnsan ve Toplum**, cilt 3, sayı 5, ss.5-36.
- TATAR, M., MOLLAHALİLOĞLU, S., Şahin, B., Aydın, S., MARESSO, A., HERNANDEZ QUEVEDO, C. (2011). "Turkey: Health system review", **Health systems in transition**, cilt 13, sayı 6.
- TEMEL, M. K. (2020). "The 1918 "Spanish Flu" Pandemic in the Ottoman Capital, Istanbul", **Canadian Bulletin of Medical History**, cilt 37, sayı 1, ss.195-231.
- TOPRAK, Z.N. (2019). "Osmanlı İmparatorluğu'ndan Günümüze Türkiye'de Kamu Sağlığı Hizmetleri", **Tarih İncelemeleri Dergisi**, cilt 34, sayı 2, ss.487-508.
- TÜRKOĞLU, M. C., YILMAZ, F. K. (2021). "Sağlık Politikası Analizi: Türkiye'de Covid-19 Pandemi Döneminde Uygulanan Sağlık Politikaları", **Toplumsal Politika Dergisi**, cilt 2, sayı 1, ss.11-29.
- YAZICIOĞLU, İ., BAĞÇIVAN, G. (2022). "Kronik Hastalık Yönetim Modelleri: Geleneksel Derleme", **Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences**, cilt 14, sayı 4.
- YILDIRIM, A., GÜLER, A. (2021). "COVID-19 severity, selfefficacy, knowledge, preventive behaviors, and mental health in Turkey" **Death Studies**, cilt 45, sayı 9, ss.645-653.

- YILDIRIM, B., ŞAHİN, F. (2019). “Esping-Andersen’in refah devleti sınıflandırması ve makro sosyal hizmet uygulamaları temelinde Türkiye’nin konumu”, **OPUS International Journal of Society Researches**, cilt 11, sayı 18, ss.2525-2554.
- YILDIRIM, H. H. (2000). “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, cilt 5, sayı 1.
- YILDIZ, A. (2022). “Bir Araştırma Metodolojisi Olarak Sistematik Literatür Taramasına Genel Bakış” **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, cilt 22, sayı 2, ss.367-386.
- YOLCUOĞLU, İ. G. (2012). "Türkiye'de Sosyal Politika Ve Sosyal Hizmetlerin Geliştirilmesi" **Toplum Ve Sosyal Hizmet**, cilt 23, sayı 2, ss.145-158.
- YOLUN, M., KOPAR, M. (2015). “The impact of the Spanish influenza on the Ottoman Empire”, **Belleten**, ss.1099-1120.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

- URL-1 T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). COVID-19 (SARSCoV2 Enfeksiyonu) Rehberi. <https://COVID-19bilgi.saglik.gov.tr>
- URL-2 T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). Hakkımızda. <https://www.saglik.gov.tr>
- URL-3 TÜİK, (2022). Yoksulluk ve Yaşam Koşulları İstatistikleri, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yoksulluk-ve-Yasam-Kosullari-Istatistikleri-2022-49746>
- URL-4 TÜİK, (2022). Ulusal Eğitim İstatistikleri, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ulusal-Egitim-Istatistikleri-2022-49756>
- URL-5 TÜİK, (2023). İşgücü İstatistikleri, Temmuz, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-Temmuz-2023-49375>
- URL-6 World Health Organization. (2021). COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan. <https://www.who.int/publications/m/item/strategicpreparednessandr esponseplanforthenewcoronavirus>.

TEZLER

- BAŞTERZİ, F. (2006). “Yaşlılık Sigortası Bakımından Sosyal Güvenlik Normlarının Uyumlaştırılması”, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ÇALIŞKAN, Z. (1999). “Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansman Kaynakları Yönünden Türkiye’de Uygulanabilirliği”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- DOĞAN, A. S. (2014). “Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Kamusal Sosyal Yardım Ve Hizmetler”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- GÜLÖZ ŞAHİN, S. (2006). “Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı Ve Sağlık Hizmeti”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- KARAASLAN, İ. (2016). “Avrupa Birliğinde İstihdam Odaklı Asgari Gelir Desteği Ve Türkiye’nin Uyumu”, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- SEVİM, İ. (2006). 1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

DİĞER KAYNAKLAR

- Devlet Planlama Teşkilatı. (1968). İkinci beş yıllık kalkınma planı 1968-1972.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1973). Üçüncü beş yıllık kalkınma planı 1973-1977.
- ERDEM, I. (2005). “Avrupa’da Asgari Gelir Uygulamaları”, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu
- OECD, (2023). Taxing Wages 2023; Indexation of Labour Taxation and Benefits in OECD Countries.
- Semiz, C. (2009). “Avrupa Birliği’nin Sosyal Politikası Çerçevesinde Güney Avrupa Sosyal Devlet Modeli ve Türkiye”, T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma Ve Dayanışma Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002–2008.

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Doğucan ERDOĞAN

Öğrenim Derecesi: Lisans

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	Biruni Üniversitesi	2021
Lisans	Sosyal Hizmet	Biruni Üniversitesi	2020
Ön Lisans	Tıbbi Görüntüleme Teknikleri	Nişantaşı Üniversitesi	2016