

GÜZ OKULU/SOSYAL POLİTİKA

REFAH REJİMLERİ, SAĞLIK SİSTEMLERİ, HAKKANİYET VE DEĞİŞİM

Asena GÜNAL*

İkinci Dünya Savaşı sonrası kurulan refah devleti, bugün artık var olmayan bir toplum modeline yaslanıyor: Sanayi üretimine dayalı bir ekonomi; görece homojen ve ayrılmamış, çoğunluğu erkek işgücü; yüksek doğurganlık oranına sahip istikrarlı aileler; temelde ev kadını olan bir kadın nüfusu. Son otuz yıldır, sınai istihdam yerini esnek istihdama bırakıyor ve bu da sosyal güvenlik kurumlarının prim ve vergi gelirlerini tehlikeye sokuyor. Sınaisizleşme ve nüfusun yaşlanması bir arada, katkı yapılan yılları azaltırken emekli maaşı alınan yılları artırıyor. Nüfusun yaşlanması hem emeklilik hem de sağlık sistemleri üzerinde mali baskıya neden oluyor. Kadınların istihdama katılımı, bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacı artırıyor. Tüm bunlar, küreselleşmenin yarattığı rekabet baskısı ile bir arada, devletleri sosyal güvenlik alanında reform yapmaya itiyor.

Reform baskısının en çok hissedildiği alanlardan biri, sağlık hizmeti çünkü o, devletlerin bütün harcama kalemleri içinde en çok büyüyen. OECD ülkelerinin çoğunda sağlık harcamaları, genel ekonomik büyümeden daha hızlı bir artış gösteriyor. Bu ülkeler, GSYH'nın 1970 yılında yüzde 5'ini, 1990 yılında yüzde 7,1'ini sağlığa ayırırken, 2005'te bu oran yüzde 9'a yükseliyor. Bunun öncelikli nedeni, nüfusun yaşlanması. Yaşlıların sağlık ve uzun vadeli bakım gereksinimleri elbette daha fazla. Diğer bir temel neden de, tıbbın hastalıkları önleme, teşhis ve tedavi olanaklarında kaydedilen ilerlemeler. Bu ilerlemeler, vatandaşların sağlık hizmetlerinden beklentilerini yükseltiyor. Tıp teknolojisinin ve ilaç sektörünün, kar peşinde koşan şirketlerin elinde olması, girdi

maliyetlerini artırıyor. Pek çok yerde vurgu, "erişebilirlik ve kalite"den "maliyet kontrolü"ne kaymış durumda.

Fakat tüm bu baskıların refah devleti ve sağlıkta her yerde aynı geri çekilmelere sebep olduğunu söyleyemeyiz. Hatta bir geri çekilme olup olmadığı da tartışmalı. Farklı sistemler, mevcut durumlarına göre farklı tepkiler veriyor. Bu tepkileri ve gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki değişimleri anlamak için refah rejimlerine ve sağlık sistemlerine bakmak gerekiyor.

Refah rejimleri

Esping-Andersen, "refah rejimi" kavramını, "refah devleti" kavramının eksikliklerinden yola çıkarak geliştirmiş. Refah rejimi dendiğinde, insanların karşılaşılabilecekleri risklerle baş etmede sadece devletin değil, piyasa ilişkilerinin ve kişisel ve enformel nitelikli aile, cemaat ve komşuluk gibi ilişkilerin rolü de hesaba katılıyor. Geliştirdiği üçlü şema, farklı ülke örneklerini genel bir çerçevede anlamamızı sağlıyor (Esping-Andersen, 1990).

Muhafazakar refah rejimlerinde korporatist düzenlemeler hakim. Refah, mevcut sınıf ve statü farklarını sürdürmeye ve hatta güçlendirmeye hizmet ediyor. Sosyal haklar, istihdamdaki konuma ve prim katkısına göre sunuluyor. Piyasadan çok devlet, refahın sağlanmasında önemli rol oynuyor, fakat bunu yaparken yeniden dağıtım ve eşitleme amacı gütmüyor. Geleneksel aile biçimlerinin korunması teşvik edilirken evli kadınların işgücü piyasasına girmek yerine evde çocuk bakmaları isteniyor. Avusturya, Fransa, Almanya ve İtalya bu türde rejimlere örnek.

*Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu.

Liberal refah rejimlerinde ise piyasa temelli sosyal güvenlik ve sadece en muhtaç durumdakileri hedefleyen, ihtiyaç tespitine dayalı yardımlar öne çıkıyor. İnsanları çalışmaktan alıkoyacağı düşüncesiyle yardımlar sınırlı tutuluyor. Bu tür rejimlerde piyasa üzerinden güvencesi olanlarla devletten yardım alanlar arasında ciddi bir ikilik ortaya çıkıyor. ABD, Kanada ve Avustralya bu kategoride yer alıyor.

Bu iki rejimin tersine sosyal demokrat rejimlerde herkesi vatandaşlık temelinde kapsayan evrensel haklar ve eşitlik, temel prensipler olarak öne çıkıyor. Refah, mevcut sınıf, statü ve toplumsal cinsiyet farklarını ortadan kaldırmaya yarıyor. Uygulamalardan herkesin aynı oranda yararlanması amaçlanıyor. Çocuk ve yaşlı bakımı gibi geleneksel aile sorumluluklarını da devlet üstlenmeye çalışıyor. Böylelikle kadınların işgücüne katılımı teşvik ediliyor. İskandinav ülkeleri bu grupta yer alıyor.

T.H. Marshall'ın tanımladığı "sosyal vatandaşlığa" en çok yaklaşan model bu. Onun tanımlamasında vatandaşlık, bir parça ekonomik refah ve güvenliğe sahip olma hakkından, sosyal mirastan pay almaya ve toplumda hakim olan standartlar çerçevesinde medeni bir hayat sürmeye kadar geniş bir haklar dizisine yaslanıyor. Marshall, sınıf farkları temelinde biçimlenen kapitalist ekonominin eşitsiz niteliğiyle, sosyal hakların yurttaşlık statüsü temelinde sağladığı eşitlik arasındaki gerilimden söz eder. Ona göre, sosyal politika önlemleriyle bireyin geçiminin ve temel hizmetlere ulaşımının giderek piyasadandan koptuğu, yani metalaşmanın sınırlandığı bir ortamda, ekonomik eşitsizlikler giderek önemini kaybedecek ve refah devleti içindeki gerilimler azalacaktır (Marshall, 1964). Demokratik ve eşitlikçi bir toplumun inşasında "eşit vatandaşlık" önemli bir rol oynamaktadır.

Esping-Andersen bu üç farklı rejimi, insanların piyasaya bağımlılıklarını azaltma ve toplumsal katmanlaşmayı hafifletme açısından karşılaştırıyor ve ortaya çok net bir tablo çıkıyor: Liberaller en kötü, muhafazakarlar arada ve sosyal demokratlar en iyi. Burada bizim için önemli olan, refah politikalarının illa eşitlemeye hizmet etmediği gerçeği. Refah devletinin kendisi bir toplumsal katmanlaşma sistemi olarak işlev görüyor. Türkiye'de de olan bu. 1950'lerden itibaren inşa edilen sistem, vatandaşlar arasında hiyerarşi kuruyor. Bu hiyerarşide en üstte devlet memurları var, sonra formel sektördeki işçiler, sonra da kendi hesabına çalışanlar. Ancak Türkiye'deki refah rejimi, muhafazakar kategorisindeki ülkelere önemli bir noktada ayrılıyor: Bu ülkelerde sistem içindekiler arasında farklar olmakla beraber, sistemin dışında kalan bir kesim yok. Oysa Türkiye'de, nüfusun kayda değer bir kısmı, tarımda ve enformel sektörde çalışanlar, sistemin dışına itilmiş durumda. Bu yüzden Türkiye'yi, Ferrera tarafından dördüncü bir kategori olarak geliştirilen Güney Avrupa refah rejimleri içinde düşünmek mümkün (Ferrera, 1996).

İspanya, Portekiz, Yunanistan ve İtalya'nın yer aldığı bu kategoride, çok parçalı yapıya sahip eşitsiz bir korporatist güvenlik sistemi ve bu sistemin dışında kalan geniş bir kesimin varlığının yanı sıra ailenin refah sunumundaki önemli rolü, Türkiye için de söz konusu. Güney Avrupa refah rejimlerinde etkisiz ama müdahaleci bir devlet ve yaygın patronaj ilişkileri mevcut.

Sağlık sistemleri

Farklı toplumsal tarihlere, dengelere, hukuk geleneklerine, devlet ve sınıf yapılarına bağlı olarak şekillenen bu refah rejimi kategorileri, sağlık sistemleri ile büyük oranda örtüşüyor çünkü sağlık, emeklilikle birlikte, refah rejiminin önemli belirleyenlerinden biri. Sağlık sistemleri, sağlık hizmetinin nasıl sunulduğu, finanse edildiği ve düzenlendiği üzerinden tanımlanıyor. Muhafazakar rejimlerde sosyal sigorta, liberal rejimlerde özel sigorta ve sosyal demokrat rejimlerde de ulusal sağlık sistemi yürürlükte. Bunun istisnaları liberal olduğu halde ulusal sağlık sistemine sahip olan İngiltere ve Kanada ile muhafazakar olduğu halde ulusal sağlık sistemine sahip olan İtalya (Freeman, 2000). Bu türde istisnalar, sağlık alanının bir özgülüğü olduğunu gösteriyor. Pek çok ülkede emeklilikte ya da sosyal yardımda liberal ya da korporatist düzenlemeler devam etse de sağlık evrensel olarak sunuluyor.

Sosyal sigorta sistemlerinde, hükümet denetimindeki, kar amacı gütmeyen fonlar, çalışanlardan prim topluyor. Bu fonlar, hizmeti kendileri sunmak yerine kamudaki ya da özeldeki hastanelerden ve doktorlardan satın alıyor. Hükümetler, sağlık hizmetlerinin bedelini, fonlar ve hastaneler ve doktorlarla pazarlık yaparak belirliyor. Avrupa'daki sigorta sistemlerinde nüfusun tamamı, bu fonların kapsamı içinde. Devletin denetleyici bir rol üstlendiği bu sistemde alınan hizmet, ödenen prim miktarıyla orantılı değil ve bu yönüyle Amerikan sisteminden çok farklı.

Özel sigorta sistemine verebileceğimiz tek örnek ABD. Burada sağlığın finansmanı ve sunumunda devlet çok küçük bir rol oynuyor. Sigorta da, hizmet sunumu da özel sektörün elinde. Sadece en yoksullara ve yaşlılara yönelik bir devlet koruması mevcut. Onun dışında kalan herkes, piyasa mekanizması içinde kendini korumaya çalışıyor. Ne kadar koruyabildiklerini Michael Moore, 2007 tarihli belgeseli Sicko'da anlatıyor: Özel sigorta şirketleri hastaların tedavi masraflarını karşılamamak için bir sürü takla atıyor ve kar hırsı ile, onları ölüme terk ediyor. ABD, sağlığa en çok para ayrılan ülke olduğu halde, yaşam beklentisi ve bebek ölüm oranı gibi temel sağlık göstergeleri yerlerde sürünüyor¹. Amerika örneği, sağlığın piyasa güçlerine bırakılması durumunda nelerle karşılaşacağımızı bize açıkça gösteriyor: Ölüme terk edilen hastalar, artan maliyetler ve keskinleşen eşitsizlikler².

Sosyal demokrat rejimlerdeki ve İngiltere'deki ulusal sağlık sisteminde ise devlet, sağlığın hem finansmanı hem de sunumunda önemli bir rol oynuyor. Vatandaşların sağlık hakkı, onların işteki konumuna ya da ödedikleri prime bağlı değil. Finansman genel vergilerden sağlanıyor ve sağlık hizmeti eşitlik temelinde bütün vatandaşlara evrensel bir hak olarak sunuluyor. Bu nedenle, sistemi belli bir kesim değil herkes sahipleniyor ve piyasanın alanını genişletmeyi hedefleyen neoliberal dalgaya karşı direnç de güçlü oluyor. Thatcher bile çıkıp, "İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi, bizimle emin ellerde" demek zorunda hissediyor. Devlet, tek sigorta sahibi, tek ödeyici ve tek kaynak yönetici olduğunda maliyetler büyük oranda azalıyor.

Colin Leys ve Allyson Pollock'a göre İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi de metalaşmaktan kurtulamıyor (Leys, 2003; Pollock, 2004). Ve bu resmen devletin bilinçli politikalarıyla oluyor: Kaynak kısıntısı, hizmet kalitesinde düşüş, "e, o zaman özelleştirmeliyiz" söylemi. Tıpkı Türkiye'deki gibi önce yemek ve temizlik gibi hizmetleri dışarı veriyorlar; sonra hastane idaresine sağlıkla değil de işletmeyle ilgili insanları getiriyorlar; uzun zamanlı bakım işini yerel otoritelere devrediyorlar; bakımın yerini, ücretlendirilebilir tedavi alıyor. Gittikçe daha fazla NHS hizmeti, özelleşiyor ve metalaşıyor. Sonuç: profesyonellikten uzaklaşma, hizmet sunumunda eşitsizlikler ve gereksiz yüksek maliyetler.

Ancak Susan Giaimo'ya göre, yine en hakkaniyet gözetilen değişim İngiltere'de oluyor. Çünkü İngiltere'de sistem, vergilerle finanse edildiği için devlet herkese karşı sorumlu. O yüzden de çok ciddi geri adımlar atamıyor. Almanya'da işveren ve işçi, eşit oranda bu işin içinde olduğu için birbirlerine bağlılar ve tek başlarına hareket edemiyorlar. Amerika'da ise sigorta işverenin inisiyatifine kalmış bir şey olduğu için, işveren belirliyor pek çok şeyi. Zaten hakkaniyetli sistemler olan ulusal sağlık sistemlerinde reformda hakkaniyetin yine gözetildiğini, sosyal sigorta sistemlerinde kısmen gözetildiğini, piyasaya dayalı sistemlerde ise ihmal edildiğini görüyoruz (Giaimo, 2001). Yani mevcut sistemler değişimin yönünü belirliyor.

Tıpkı refah rejimleri gibi, sağlık sistemleri de insanların piyasaya bağımlılıklarını azaltma ve toplumsal katmanlaşmayı hafifletme noktasında ciddi farklılıklar gösteriyor. Burada da özel sigorta en kötü, sosyal sigorta arada, ulusal sağlık sistemleri en iyi demek mümkün. Ulusal sağlık sistemleri, artan oranlı vergilendirme ile finanse edildiklerinden genellikle daha hakkaniyetli. Fakat bütçeden ayrılacak payı hükümetlerin düşük tutma riski ile karşı karşıya.

Refah rejimlerinde dördüncü kategori olarak karışımıza çıkan Güney Avrupa'da 1970'lerin sonundan itibaren, mevcut sosyo-ekonomik yapıda iyi işlemediği için sosyal sigorta sistemleri terk edilmiş ve ulusal sağlık sistemleri benimsenmiş. Verimlilik ve hakkaniyet açısından ciddi kazanımlar sağlanmış. Diktatörlüklerin

sona ermesi, sol partilerin iktidara gelmesi ve Avrupa Birliği'ne üyelik süreci, sağlık sistemindeki değişimde etkili olmuş. 1978'de İtalya, 1979'da Portekiz, 1983'te Yunanistan ve 1986'da İspanya ulusal sağlık sistemine geçmiş. Yunanistan ve Portekiz'de hala bazı sorunlar var; bölgesel farklılıklar, meslek ayrımı ve sistemin hala karma yapısını koruması gibi. İspanya ve İtalya, hem hizmet sunumu hem de sağlık göstergeleri açısından daha iyi durumda. İspanya'da sistem neredeyse tamamen vergilerle finanse edilir hale gelmiş. Güney Avrupa'da, emeklilik ve sosyal programlar Bismarckçı korporatizm çerçevesinde kalsa dahi, sağlık özel bir çerçeveye oturtulmuş (Guillén, 2007). Doğu Avrupa'da ise, Dünya Bankası'nın da baskısıyla, sosyalist sistemler yerlerini sigorta sistemlerine bırakıyor, üstelik eski modelden ulusal sağlık sistemine geçişin daha rasyonel olacağı ortadayken. Çünkü Doğu Avrupa'da komünist devletle özdeşleşen her şeyden kurtulma arzusu var. Sigorta sistemlerinin hakim olduğu Almanya ve Avusturya'nın etkisi yoğun. Bir de sağlık personeli, "sigorta olursa daha çok para kazanırız" diye düşünüyor. Oysa aynı Türkiye gibi, orada da prim sisteminin işleminin önünde ciddi riskler var. İstihdam azalmış durumda ve işsizlik oranları yüzde 10-15'i bulmuş (Groenewegen, 2007).

Reform tasarıları

Dünya Bankası reform tasarıları bir tek Doğu Avrupa'da değil, Asya ve Latin Amerika'da da uygulamaya konuyor. Neoliberalizmin yarattığı yoksulluk ve kutuplaşma, Dünya Bankası'nı piyasa vurgusunda bir yumuşamaya itti. İnsanların piyasada var olabilmeleri için temel bir güvenceye ihtiyaç duydukları kabul edildi. Bu noktada, özellikle gelişmekte olan ülkelere yönelik reform tasarılarında herkese temel bir sağlık güvencesi sağlanması gündeme geldi. Ancak DB, hala piyasaya itimat duyduğu için bu güvencenin minimumda tutulması yolunu benimsiyor. Bu güvenceyi aşan hizmetlerin özel sağlık kurumlarından özel sigortalar aracılığıyla alınmasını savunuyor. Minimum için de prime dayalı sigorta sisteminin kurulmasını öneriyor. Amaç, temel sağlık hizmetlerini bütün nüfusa sunmak ve artan sağlık maliyetlerini sınırlamak (Keyder, 2007).

Dünya Bankası'nın Türkiye'ye önerdiği sistem de bu. Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu da prim sistemini öngörüyor. Farklı güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanmasının ve bunlar arasında erişebilirlik ve hizmet kalitesi açısından kurulmuş olan hiyerarşinin ortadan kaldırılmasının itiraz edilecek bir tarafı yok. Herkesi kapsayacak bir sağlık sigorta sistemi Türkiye'de neredeyse 1950'lerden beri gündemde. Fakat prim sisteminin, mevcut hiyerarşileri ortadan kaldırırken yenilerini yaratacağını gözden kaçırmamak lazım. Prim sisteminin, Türkiye gibi, insanların yarısının formel istihdam içerisinde bulunmadığı ülkelerde işlemesi imkansız. Bunu, Bağ-Kur'un şu anki halinden çıkarmak mümkün.

Gelirleri düzenli olmadığı için Bağ-Kur'luların yarımından fazlasının prim borcu var ve sağlık hizmetlerinden yararlanamıyorlar. Türkiye'deki işgücü ağırlıklı olarak enformel sektörde ve kendi adına çalışıyor, bu yüzden prim sisteminin nüfusun önemli bir bölümünü sistemin dışında bırakacağını şimdiden söyleyebiliriz. Yeni sistem, primini kendi ödeyenler - primi devlet tarafından ödenenler arasında yeni bir hiyerarşi yaratacak. İkinci gruptakilerin, en temel vatandaşlık hakkı olan sağlık hizmetinden yararlanmak için yoksulluklarına bağlı olarak sunulmasına temelden itiraz etmek gerekir. Sağlık, herhangi bir koşula bağlı olmadan herkese evrensel olarak sunulmalıdır. Evrensel olan bütün sosyal politikalar, dezavantajlı grupların lehinedir ve toplumsal katmanlaşmayı azaltıp insanların mülkiyet ve piyasa ilişkileri dışında geçim olanaklarına sahip olmalarını sağlayan yeni ortak alanlar yaratır. Sağlık alanı, kişisel çözüm kabul etmediği ve insanların kendilerini güvende hissetmeleri için büyük önem taşıdığı için evrenselliğin özellikle sağlanması gerekli bir alandır.

Sağlığın, vatandaşların çalışma hayatındaki konumları, ödedikleri primler, birilerinin eşi ya da çocuğu olmalarına bağlı olarak sunulmasına temelden itiraz etmek gerekir. Sağlık, herhangi bir koşula bağlı olmadan herkese evrensel olarak sunulmalıdır. Evrensel olan bütün sosyal politikalar, dezavantajlı grupların lehinedir ve toplumsal katmanlaşmayı azaltıp insanların mülkiyet ve piyasa ilişkileri dışında geçim olanaklarına sahip olmalarını sağlayan yeni ortak alanlar yaratır. Sağlık alanı, kişisel çözüm kabul etmediği ve insanların kendilerini güvende hissetmeleri için büyük önem taşıdığı için evrenselliğin özellikle sağlanması gerekli bir alandır.

DİPNOTLAR

1.ABD, 2004 yılında GSYH'sının yüzde 15.3'ünü sağlığa ayırmış. Aynı yıl, kişi başı harcama, 6.100 dolar. Bu rakamlar OECD ortalaması için yüzde 8.9 ve 2.550 dolar (<http://www.oecd.org/dataoecd/29/52/36960035.pdf>). Aynı rakamlar Türkiye için yüzde 7.7 ve 580 dolar (<http://www.oecd.org/dataoecd/29/54/36959956.pdf>). Sürekli sağlık harcamalarındaki artıştan yakınıyor ama kişi başı sağlık harcaması Türkiye'de hala çok düşük.

2.İnsan hakları ya da vatandaşlık hakları perspektifi bir yana standart iktisat kuramı açısından da sağlığın meta statüsü kabul edilemez. Standart iktisatta talep fazla arz sınırlı olduğunda fiyatlar yükselir talep düşer. Sağlıkta bu geçerli değildir. Hekim ile hasta arasındaki bilgi asimetrisi ve hastanın hizmeti satın alıp

almamada serbest olmayışı, sağlığı, piyasadaki metallerden ayırır.

KAYNAKLAR

Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Ferrera, M. (1996). The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1): 17-37, [Türkçesi: Sosyal Avrupa'da 'Güney Avrupa Refah Modeli', *Sosyal Politika Yazıları* içinde, Ayşe Buğra ve Çağlar Keyder (der.), İstanbul: İletişim Yayınları, 2006].

Freeman, R. (2000). *The Politics of Health in Europe*. Manchester, New York: Manchester University Press.

Gaiimo, S. (2001) *Who Pays for Health Care Reform. The New Politics of the Welfare State* içinde, Paul Pierson (der.), Oxford, NY: Oxford University Press.

Groenewegen, Peter P. (2007) *Doğu Avrupa'da Sağlık Reformu. Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları* içinde, Çağlar Keyder vd. (der.), İstanbul: İletişim Yayınları.

Guillén, A.M. (2007). *Güney Avrupa'da Sağlık Reformu. Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları* içinde, Çağlar Keyder vd. (der.), İstanbul: İletişim Yayınları.

Keyder, Ç. (2007) *Giriş. Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları* içinde, Çağlar Keyder vd. (der.), İstanbul: İletişim Yayınları.

Leys, C. (2003) *Market-Driven Politics: Neoliberal Democracy and the Public Interest*. Londra: Verso.

Marshall, T.H. (1964) *Citizenship and Social Class. Class, Citizenship and Social Development: Essays by T. H. Marshall* içinde, Garden City, New York: Doubleday and Company, [Türkçesi: Yurttaşlık ve Sosyal Sınıf, *Sosyal Politika Yazıları* içinde, Ayşe Buğra ve Çağlar Keyder (der.), İstanbul: İletişim Yayınları, 2006].

Pollock, A. M. (2004) *NHS plc: The Privatisation of Our Health Care*. Londra ve New York: Verso.