

SOSYAL POLİTİKA BAĞLAMINDA DÜNYADA SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL GELİŞİMİ*

HISTORICAL DEVELOPMENT OF HEALTH-CARE SYSTEMS IN THE WORLD WITH RESPECT TO SOCIAL POLICY

Yrd. Doç. Dr. Özgür TOPKAYA*

ÖZ

Sosyal politika; sosyal güvenlik, sosyal adalet ve sosyal refah üzerine kurulu bir disiplindir. Sosyal politikada sağlık konusu; sosyal politikanın temel meselelerini oluşturan nüfus; sosyal refah ve sosyal güvenlik kapsamında değerlendirilmektedir. Dünya genelinde yürütülen sağlık politikaları, tarihsel süreçte çeşitli aşamalardan geçtikten sonra günümüzdeki şeklini almıştır. Sosyal politika bağlamında sağlık konusunun geçmişi; nüfusu sağlıklı ülkelerin güçlü kabul edildiği 16. yy. iktisadi düşüncesi merkantalist döneme kadar uzanmaktadır. Sosyal politika alanında sağlık anlayışının ilerleyen dönemlerde siyasi, iktisadi ve sosyal şartlara göre farklı aşamalardan geçtiği görülmektedir. Bu çalışmada; betimsel analiz yöntemi kullanılarak, sağlık hizmetlerinin dönüşüm süreci tarihsel perspektiften ve konu ile ilgili kurumlar üzerinden işlenmektedir. Çalışmanın amacı; geçmişten 2000'li yıllara kadar geçen süreçte, sosyal politikanın herkese sağlıklı bir yaşam sunma amacına uygun olarak, sağlık politikalarında gerçekleşen değişimlerin incelenmesidir. Çalışmada geçen süreç içerisinde Dünya Sağlık Örgütü'nün özellikle genel sağlık üzerine uluslararası standartlar oluşturmada katkı sağladığı ve sağlık sisteminde devletin müdahalesi oranının başta IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşlar ve Neo-liberal politikalar sebebiyle azaldığı vurgulanmaktadır. 2008 Küresel Ekonomik Krizi sonrasında ise sağlığın sosyal belirleyicileri doğrultusunda; toplum içerisinde bireyler arasında ve dünyada ülkeler arasında eşitsizliklerin giderilmesi ile ilgili çalışmaların artması değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sosyal Politika, Sağlık Politikaları, Neo-liberalizm, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri...

Jel Kodları: J10.

ABSTRACT

Social policy consists of social justice, social security and welfare. Social policy and health-care are closely related to each other in that it is discussed under the sub-fields of social politics namely demographics, societal welfare and social security. Health-care systems in the world obtained its existing form following several phases in the historical development process. Contemporary health-care approach finds its roots in the mercantalist period when a country is assumed as powerful if her population was healthy. In the following periods, various political, economic and social perspectives led to the different phases. This study discusses the health-care issue from the historical perspective and responsible organizations by using descriptive analysis method. The aim of the study is to put forward the developments occurred in this field parallel to the goal of social policy, a healthy life for all society. The study stresses that regulations about general healthcare increased by the foundation of

* Çanakkale Üniversitesi, Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, ozgurtopkaya@gmail.com

World Health Organization and state's intervention into health-care systems decreased because of the international institutions IMF and World Bank and neo-liberal policies as well as the role of private sector and NGO's increased; also following the 2008 Global Economic Crisis focus on health inequity in the light of social determinants of health increased.

Keywords: Health, Social Policy, Health-care Policies, Neo-liberalism, Social Determinants of Health

Jel Codes: J10

1. GİRİŞ

1900 yılında 1.5 milyar olan dünya nüfusu geçen yüzyılda dört kat artış göstermiştir. 13 Ekim 1999 Tarihi'nde, Bosna Hersek'te Saraybosna'daki bir doğum kliniğinde gerçekleşen doğum ile dünyaya gelen bebek, altı milyarıncı kişi olarak tarihe geçmiştir (World Health Organization, 2000:3). 2000 yılına gelindiğinde dünya nüfusunun altı milyar kişi olması dikkat çekiciydi. Fakat 2015 yılında; geçen onbeş yıl zarfında, Dünya nüfusu 7 milyar 349 milyon kişi olarak gerçekleşti. (United Nations, 2015:1). Dünya nüfusuna yaklaşık 1 buçuk milyar kişi daha eklenmesi akıllara ünlü nüfus bilimci Malthus'un çarpan etkisine dayalı karamsar teorisini getirirse de; nüfus bilimciler 21. yy sonunda dünya nüfusunun katlanarak artmayacağını ve nüfusun 11 milyar 213 bin kişi olacağını tahmin etmektedir (United Nations, 2015:1).

Dünya nüfusunun böylesine artmasında en büyük etkenlerden bir tanesi salgın hastalıkların önlenmesi, sterilizasyon ve sağlık bakım hizmetlerinde ortaya konan buluşların; sosyal politika anlayışı çerçevesinde devlet eliyle toplumun tüm kesimlerine yaygınlaştırılmasıdır. (Schultz, 2009:4-5). Ancak, geçen süreç zarfında zika virüsü, domuz gribi, ebola salgını ve Kırım-Kongo kanamalı ateşi gibi birçok yeni sağlık tehdidinin ortaya çıktığı göz önünde bulundurulmalıdır. Tüm bu hastalıklar, toplumsal yaşamı doğrudan etkileme potansiyeli olan ve bireysel çabalarla önüne geçilmesi mümkün olmayan riskler olarak göze çarpmaktadır. Bun nedenle kamu sağlık politikalarının sürekliliği önem arz etmektedir.

Günümüzde, refah hizmetleri kapsamında sağlık sistemleri performans olarak çeşitli farklılıklar göstermektedir ve benzer gelir, eğitim ve sağlık harcamasına sahip ülkelerde sağlık ile ilgili hedeflerin gerçekleştirilebilmesi her zaman mümkün olmayabilir. Performansı artırma yönünde birçok ülke sürekli değerlendirmeler yapmakta ve yeni reformlar ortaya koymaktadır (World Health Organization, 2002:1). Ancak genel anlamda her ülkenin başta bölgesel ardından yerküre çapında belirli trendlere göre sağlık politikalarında değişimlere gittiğinden bahsetmek mümkündür. Sağlık ve sosyo-ekonomik yapı arasında iki yönlü pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık, beşeri sermayeyi oluşturan faktörlerden birisidir ve bir alt grup olarak ekonomik büyümenin belirleyicisidir. Beşeri sermaye kuramına göre kişi, sahip olduğu vasıf düzeyini geliştirdiğinde doğal olarak ekonomik faaliyetlerdeki üretkenliğini de arttırmaktadır. Tüm bunun gerçekleşmesi; sosyo-ekonomik yaşamda bireylerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olmalarıyla mümkündür (Marmot, 2007:1153; Selim, Uysal, Eryiğit, 2014:14).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık hizmetlerinin gelişiminde ve sağlık hizmetleri ile ilgili; politika, yasal çerçeve, uygulamalar, çeşitli hastalıklar ile ilgili bilgi ve iletişimin sağlanması ve ülkelerarası birlikte mücadele konularında faaliyet gösteren uluslararası bir kuruluştur. Çalışmanın sonraki bölümünde kavramsal çerçeve sunulmakta ardından 2008 Küresel Ekonomik Kriz sonrası döneme kadar sağlık alanında yaşanan dönüşüm sosyal politika perspektifinden işlenmektedir.

2. SOSYAL POLİTİKA ALANINDA SAĞLIK KONUSU VE “SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ” KAVRAMI

Sosyal politika; bireylerin ekonomik ve sosyal durumlarını düzeltmeyi hedefleyen bir alandır. Bir ülkede yaşayan her vatandaşın medeni, sosyal ve siyasi hakları olması gerektiği fikri II. Dünya Savaşı'ndan sonra, T.H. Marshall tarafından dile getirilmiştir. Sosyal haklar II. Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan refah devletinin gelişimine büyük katkılar sağlamıştır (Şenkal ve Doğan, 2012:64). Sağlık hakkı da sosyal haklardan bir tanesini oluşturmaktadır.

Sağlık ile sosyo-ekonomik yapı arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık sadece bireylerin fiziksel ve ruhsal olarak herhangi bir sorunları olmaması değil fakat aynı zamanda sosyal anlamda da iyi olmaları halidir (WHO, 2006:1). Günümüzde gelişmiş ülkelerde dahi gelir düzeyleri düşük bireylerin, yaşam beklenti yaşlarının refah düzeyi yüksek bireylere göre daha kısa olduğu ve hastalıklara daha fazla maruz kaldıkları ortaya konmaktadır (Öner, 2014:15; Chetty vd., 2016:13).

Sağlık ve sosyo ekonomik yapı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere bir takım belirleyiciler çeşitli çalışmalar ile Dünya Sağlık Örgütü'nün de yayınlarında ortaya konmuştur. Sosyal ve ekonomi politikaları bir çocuğun hayatta kalıp kalmayacağı, yetişip yetişmeyeceği ve iyi bir yaşam sürüp sürmeyeceği ya da yaşamının erken son bulup bulmayacağı konusunda belirleyici olmaktadır. Refah düzeyi yüksek ya da yoksul bir toplumun gelişmişliği, nüfusunun sağlığının kalitesi, sosyal kapsamda sağlık hizmetlerinin ne kadar adil dağıtıldığı ve sağlık konusunda bireylere sağlanan güvenceler ölçüsünde değerlendirilmektedir (World Health Organization, 2008:iii).

Sağlığın sosyal belirleyicileri; insanların doğdukları, yetiştikleri, yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlandıkları şartlardır. Bu şartlar da bir takım iktisadi, sosyal politikalar ve politik olgular tarafından şekillenmektedir (www.who.int, Backgrounder 3 Key Concepts, 2015). Söz konusu belirleyiciler ise politika yapıcılarının kararları doğrultusunda; daha sağlıklı bir toplum yaratılması amacıyla yeniden tasarlanabilir ya da yenileri oluşturulabilir. Aynı zamanda sürdürülebilir sağlıklı bir toplumsal hayat için söz konusu politikalar büyük önem taşımaktadır.

3. SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ

Modern devletlerin sağlık politikaları ile ilgili yürüttükleri ilk faaliyetler arasında salgın hastalıklara karşı başlatmış oldukları nüfus sayımları ve bununla ilgili oluşturdukları istatistik büroları gösterilebilir. Fransız siyasetçi Condorcet'in ortaya koyduğu “sosyal matematik kavramı” modern devlet ve onu oluşturan halkların sağlıkları arasındaki ilişkinin gelişimini sağlayan önemli bir kavramdır. Sosyal matematik anlayışı, Merkantilist düşünce etrafında şekillenen bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım sayıları ve sağlıklarına göre halkın çeşitli biçimlerde sayılması ve devletin gücünün ve ölçeğinin buna göre belirlenmesi olarak ifade edilmiştir (Porter, 2005:48).

16. yy da İtalyan şehirlerinde yaşayan halkın ekonomik faaliyetleri ve salgın hastalıklar ile ilgili kapsamlı nüfus sayımı çalışmaları yapılmıştır. 18. yy'da İsveç'te, İsveç Psikoposluk Başkanlığı'nın bünyesinde doğumlar, ölümler, ölüm nedenleri, halkın eğitim seviyesi ve sağlıksız kişilerle ilgili istatistikler tutulmuştur. İngiliz entelektüelleri politik aritmetik kavramını geliştirmişlerdir. Napolyon döneminde Fransa'da İstatistiki Araştırma Bürosu kurulmuştur. İlerleyen dönemlerde de benzer çalışmalar sürdürülmüştür. 19. yy.'da Thomas

Malthus'un nüfus ile ilgili teorisi döneme damgasını vurmuştur. Modern çağın ilk dönemlerindeki nüfus ile ilgili çalışmalar kamu sağlığı kavramının gelişimine büyük katkı sağlamıştır (Porter, 2005:48).

20. yy.'ın başlarından itibaren istatistiki olarak belirlenen halk sağlığı ve bu konuyla ilgili yapılan yorumlar yerini ampirik çalışmalara ve çözümlere bırakmaya başlamıştır. Geçmiş dönemde görülen birçok salgın hastalığa karşı çözümler üretilmiştir. Halkın sağlığı ile ilgili politikaların devletler tarafından göz önünde bulundurulmaya başlamasının altında yatan en önemli neden ulus devletlerin güçlenmesidir. Ancak 20. yüzyıldan itibaren sağlık ile ilgili temel prensip, sağlığın sınır tanımayacağı çeşitli çevrelerce kabul edilmeye başlanmıştır (Duda, 2008:31).

Sağlık konusunun bu niteliği, ulus devletlerin kendilerine özgü sağlık sorunları ile değil, Dünya genelindeki sağlık sorunları ile ilgilenmeleri zorunluluğunu da getirmektedir. Sağlık, özellikle bulaşıcı hastalıklar, tedavi yolları, aşı kampanyaları, ilaç endüstrisi, tıptaki ve elektronik tıp araçlarındaki yenilikleri ile uluslararası bir konudur.

20. yy. dan itibaren uluslararası sağlık politikalarını üç döneme ayırmak mümkündür. Bu dönemler Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948 yılında kurulmasına kadar geçen dönemi kapsayan 1900'lü yıllar öncesi, 1900-1948 arası dönem ve 1948'den sonra Dünya Sağlık Örgütü'nün kurulması ile başlayan yeni dönemdir (Duda, 2008:31).

3.1. 19. yy. Öncesi Sağlık Politikaları

Sanayi devrimi toplumsal yaşamı derinden etkileyen tarihteki önemli olaylardan biridir. Sanayi devrimi ile birlikte kentlere göç eden insanlar sağlık şartlarının çok bozuk olduğu koşullarda çalışmak ve yaşamlarını sürdürmek zorunda kaldılar. Uzun çalışma saatleri, kötü beslenme, kalabalık ve sağlıklı koşullarda yaşam; insanların kolera ve veba gibi bulaşıcı hastalıklara bulaşmaları için bir ortam hazırlamıştır. 19. yy.da salgın hastalıklar Avrupa'yı kasıp kavurmuştur. Bu konu ile ilgili olarak yapılan ilk çalışma 23 Temmuz 1851 yılında Paris'te düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'dır. Konferansa Fransa, İngiltere, İspanya, Osmanlı İmparatorluğu, Toskana, Avusturya, Sicilya, Vatikan, Portekiz, Sardinya, Yunanistan ve Rusya olmak üzere 12 ülke katılmıştır. Her ülkeden bir doktor bir diplomatın katıldığı bu toplantıda doğal olarak o günün problemleri, o günün koşulları ile çözümlenmek istenmiştir. 6 ay süren çalışmalar sonunda 137 maddelik bir sağlık tüzüğü oluşturulmuştur. İlk toplantıda deniz ulaşımı ve karantina kuralları saptanmış, denizcilik faaliyetlerini geliştirmek ve halk sağlığını korumak için gerekli çalışmalar yapılmıştır. 19. yy.ın sonuna kadar toplam 11 ülkede 12 konferans düzenlenmiştir. Bu konferansların üçüncüsü 1866 yılında İstanbul'da yapılmıştır (Metin ve Aydın, 2005:35).

13 Şubat 1866 yılında başlayan ve 26 Eylül 1866 Tarihi'ne kadar süren İstanbul Sağlık Konferansı'nda dünya geneline yayılan kolera salgını ile ilgili tedbirler tartışılmıştır. Konferansta öne çıkan konu hastalığın ilk kez deniz yoluyla Mısır'dan Akdeniz'e komşu Avrupa ülkelerine yayılmaya başlamasıdır. Konferans bildirileri toplam 1130 sayfaya ulaşmıştır. İstanbul Konferansı aynı zamanda 1881 yılında Amerika'da gerçekleştirilen konferans ile birlikte Avrupa ülkeleri dışında geçen ender konferanslardandır. Önceki iki ve sonraki üç konferansta olduğu gibi katılan ülkeler herhangi bir anlaşmaya varamamışlardır (Jones, 1975:24).

Bu dönemde Amerika'da 1866 yılında gerçekleştirilen 3. Uluslararası Sağlık Konferansı ile Amerika yeni kıtadaki sağlık politikaları ile ilgili çalışmalara başlamıştır. 1902 yılında Amerika Birliği isimli kuruluşun altında faaliyet göstermek üzere Uluslararası Sağlık Bürosu kurulmuştur. Ardından kuruluşun ismi Amerika Sağlık Örgütü olarak değiştirilmiştir. Kuruluş amacını (Duda, 2008:33);

- Karantina kuralları belirlemek;
- Bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgi alışverişi gerçekleştirmek;
- Limanlarda sağlık şartlarını iyileştirmek;
- Karşılıklı teknik yardım yapmak;
- Ticareti arttırmak;

şeklinde belirlemiştir.

Bu örgüt daha sonra DSÖ' nün kurulmasını takiben DSÖ ile birleşerek DSÖ'nün 6 bölgesinden biri olmuştur. 19 yy.da Osmanlı İmparatorluğu da sağlık konusunda etkin çalışmalar yapmıştır. 1839 yılında Padişah Abdülmecit, Akdeniz Bölgesi'nde karantina kurallarını uygulamak için İstanbul Üst Sağlık Konseyi'ni kurdurmuştur (SSYB, 1973:14). Konseyde 8 görevli ve Avrupa ülkelerinden 9 temsilci birlikte çalışmışlardır. 19. yy.da İstanbul Üst Sağlık Konseyi yanı sıra 3 sağlık konseyi daha kurulmuş ve bu konseyler, yukarıda söz ettiğimiz 1851 yılında Paris'te toplanan ilk Uluslararası Sağlık Konferansı'ndan önce Akdeniz Bölgesinde salgın hastalıklar ile ilgili çalışmalar yapmışlardır. Kurulan konseyler şunlardır:

- Tanca Sağlık Konseyi (1840 yılında)
- İskenderiye Sağlık Konseyi (1843 yılında)
- Tahran Sağlık Konseyi (1864 yılında)

Bütün bu bölgesel örgütler DSÖ kurulduktan sonra bölge büroları haline dönüşmüşlerdir. Bu dönemde ayrıca daha sonra Kızılhaç ismini alan Yaralılara Yardım Komitesi kurulmuştur. Jean Henry Dunant'ın fikirlerinden hareketle Cenevre'de avukat Gustave Moynier öncülüğünde kurulmuştur. Dunant'ın 24 Haziran 1859 yılında Kuzey İtalya'daki Solferino Savaşı sırasında sadece bir gün içinde 40 bin kişinin ölmesini ve yaralanmasını ve yaralıların çaresiz ve yardımsız kalmasını izlemesiyle fikir olarak ortaya çıkmıştır. Dunant, köylülerin de yardımıyla üç gün boyunca aralıksız yaralılara yardım etmiştir. Daha sonra Cenevreye dönüşünde bu anılarını kitap haline getirmiştir. 1863 yılında "Yaralılara Yardım Komitesi" kurulmuştur. Bu komite daha sonra Uluslararası Kızılhaç Komitesi adını almıştır (www.rotekreuz.at, History of Red Cross, 2015).

3.2. 1900-1948 Yılları Arasındaki Dönemi Kapsayan İkinci Dönem

19. yy.da uluslararası çapta gerçekleşen çalışmalar yeni dönemdeki çalışmalara temel teşkil etmiştir. Kolera, veba, sarıhumma gibi hastalıkların mücadelesinde belli başarılar elde edilmiştir. Uluslararası konferanslar bu dönemde de devam etmiştir. Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu'nun kurulması kararı, 1903 yılında gerçekleştirilen 13. Uluslararası Sağlık Konferansı'nda alınan önemli kararlardan bir tanesidir. 1907 yılında resmi dili Fransızca olan Büro'nun faaliyete geçmesiyle sağlık konusunda büyük bir aşama kaydedilmiştir. Büro faaliyetlerini I. Dünya Savaşı'nın başlamasına kadar sürdürmüştür. Bu dönemde yürütülen faaliyetler arasında (Duda, 2008:37);

- Aşı ve serumların sınıflandırılması,
- İçme suyu ve gıda hijyeninin sağlanması,

- Cüzam ve tüberküloz hastalarının zorunlu olarak bildirilmesi ile ilgili düzenlemelerin hayata geçirilmesi sayılabilir.

I. ve II. Dünya Savaşları'nın yıkıcı etkileri Tüm Avrupa'yı kasıp kavurmuştur. 1914 ile 1945 arasındaki dönemde sağlık konusunda uluslararası çalışmalar ile ilgili pek bir katkı sağlanamamıştır. Döneme 1918-1919 yılları arasında Avrupa'da görülen ve 15 milyon kişinin öldüğü grip salgını ve ayrıca Sovyetler Birliği'nde görülen ve 1,600,000 kişiye bulaşan tifüs salgını damgasını vurmuştur(Duda, 2008:38).

3.3. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948'de Kurulması ile Başlayan Yeni Dönem

II. Dünya Savaşı sonunda dünya barışını yeniden sağlamak üzere bir araya gelen liderler; barışı sağlamak için atılan temellerin belirli araçlarla desteklenmeleri gerektiği görüşünü de benimsemişlerdi. Bu araçlardan bir tanesi de Dünya Sağlık Örgütü'nün kurulmasıdır. Bu fikir San Francisco'da 1945 yılında toplanan Birleşmiş Milletler'in toplantısında gündeme geldi. Brezilya delegasyonu "barışın temel sütunlarından bir tanesi de sağlıktır" şeklinde bir beyanatta bulunarak, Çin delegasyonu ile birlikte genel bir konferans düzenlenmesini ve uluslararası sağlık örgütü kurulmasını önerdiler. Toplantıda aşağıdaki bildirge sunuldu (World Health Organization, 1958:38);

Brezilya ve Çin delegasyonları önümüzdeki birkaç ay içinde uluslararası sağlık örgütünü kurmak için genel bir konferansın düzenlenmesini tavsiye etmektedir.

Brezilya ve Çin delegasyonları; Uluslararası Sağlık Örgütü kurulması öngörülen böylesine bir genel konferansın düzenlenmesinden önce hükümetlerin konferansa temsilci göndermeleri konusunda diğer delegasyonlarla istişare içinde bulunacaklardır.

Uluslararası sağlık Örgütü oluşturulması planında asıl önemin böylesi bir organizasyonun diğer ulusal ve uluslararası kuruluşlarla kurulacak olan ilişkisi ve metotları üzerinde durulması gerektiğini tavsiye etmektedirler.

Kurulacak uluslararası sağlık örgütününün Ekonomik ve Sosyal Konsey ile ilişkili olarak kurulmasını tavsiye etmektedirler.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948 yılında kurulmasını takiben örgütlenme çalışmaları tamamlanmıştır. Örgüt üyelik ile ilgili konuları düzenlemiş ve faaliyet alanı ile ilgili çalışmalara başlamıştır. Birleşmiş Milletler Üyesi(BM) her ülke, DSÖ'nün anayasasını kabul etmek şartıyla bu örgüte de üye olabilmektedir. BM üyesi olmayan ülkeler ise, DSÖ'nün genel kurulunda yapılan oylamada oy çokluğu ile kabul oyu alırsa üye olabilmektedir. DSÖ'nün şu anda altı bölgesel bürosu bulunmaktadır. 1996 yılından beri düzenli olarak yıllık dünya sağlık raporu yayınlamaktadır. DSÖ'nün şu anda 193 üyesi bulunmaktadır (www.who.int, Member Countries, 2015).

1947-1958 tarihleri arasındaki dönem DSÖ'nün ilk on yılı olarak belirlenmiştir.(World Health Organization, 1958, 1). 1958'den 1968'e kadar geçen ikinci on yıllık dönemde DSÖ faaliyetlerini sürdürmüştür. 1960 yılından itibaren DSÖ kapsamında bazı hastalıklara karşı araştırma çalışmalar başlamıştır. Yeni dönemde üç döneme vurgu yapılmıştır. Bunlar DSÖ personelinin eğitimi, ikincisi bilginin elde edilmesi ve paylaşılmasında işbirliğine olan talebin değerlendirilmesi ve üçüncü olarak da sağlık sistemini iyileştirmeye çalışan ülkelere yönelik doğrudan yardım sağlanmasıdır (World Health Organization, 1968:).

DSÖ'nün üçüncü on yıllık dönemini takiben başlayan yeni dönemde sosyal açıdan bazı grupların sağlık konusunda faaliyetleri göze çarpmaktadır. 1970'li yıllar tüm dünyada

çalkantılara ve toplumsal hoşnutsuzluklarla ilgili gösterilere sahne olmuştur. Sağlık konusunda devletin sağlık hizmetlerini o döneme kadar tek elde tutmasını eleştiren gruplar sağlıkta “tüketici” olarak değerlendirilmeleri gerektiğini dile getirmişlerdir. Sağlık tüketicisi kavramı günlük yaşama 1960’ların sonundan itibaren başlayarak 1970’lerde girmeye başlamıştır. Bu dönem uluslararası alanda büyük sosyal, siyasal ve kültürel kararsızlıkların olduğu bir dönem olarak geçmiştir. Sosyal statülerinden memnun olmayan vatandaşlar egemenlik ve reform uğruna mücadele ederek başlıca sosyal kurumlara karşı direnmişlerdir. Tarihte bu dönemde artan sosyal gerginlikler sağlık alanına da yansımıştır. Hastaların kamu sağlık kuruluşları ile ilgili ve karar verme süreçleri ile ilgili hoşnutsuzlukları büyük oranda verilen hizmetlerin belirli bir grup tarafından domine edildiği, hizmetlerde dikkatsiz olduğu ya da bireysel ve toplu olarak hastaların tercihlerine ilgisiz kaldığı yönündeydi. Kapalı sistem olarak tipikleştirilen bu dönem sağlık bürokrasisi otoriter ve hastaların katılımına izin vermeyen dışarı karşı kapalı bir nitelikteydi (Henderson ve Petersen, 2004:33).

1970’lerdeki sağlıkla ilgili toplumsal huzursuzluklar sürerken; Kanada Sağlık ve Refah Bakanı Marc Lalonde’un sağlık sistemi reformu ile ilgili Kanada’da sunduğu “Kanada’lıların Sağlıkları Üzerine Yeni bir Bakış Açısı” isimli raporu; dünyanın yeni bir sağlık politikası dönüşümü yaşamaya hazırlandığının ilk işareti olmuştur. “Sağlık alanı” kavramını ortaya koyan Rapor; sağlık problemlerinin incelenmesinde ve çözüm için gerekli noktaya ulaştırılmasında evrensel bir çerçeve sunmaktadır. Sağlıkla ilgili olarak sadece tıp dünyasında yer alan bilim adamlarını değil; bu konuda inisiyatifi olan tüm tarafları belirtmesi açısından rapor büyük önem taşımaktadır. Sağlık konusunda toplumsal taraflar (Lalonde, 1981:63);

- Sağlık sektörü çalışanları
- Sağlık kuruluşları
- Bilim toplumu
- Eğitim Sistemi
- Yerel yönetimler
- Federal yönetimler
- İş dünyası ve sendikalar
- Gönüllü kuruluşlar
- Bireyler olarak Kanadalı vatandaşlar gösterilmektedir.

Sağlık alanı kavramı hükümetler için önemli olan karar ile ilgili konuları göz ardı etmekte; Kanada vatandaşlarının sağlıkları söz konusu olduğunda önceliği bu noktaya vermektedir. Sağlık için çözülmesi gereken meseleleri belirlemekte ve profesyonel veya sektörel sınırları dikkate almamaktadır. Son olarak toplumun sağlığı ile ilgili kapsamlı ve önemli faktörler üzerine odaklanmaktadır.

Lalonde Raporu, sağlığı geliştirme yaklaşımının, bir toplumun sağlığını geliştirip güçlendirmenin anahtar stratejisi olarak belirtildiği küresel ilk ‘ulusal’ hükümet politikası belgesidir. Bu rapor, planlama açısından, hükümetler, örgütler, toplumlar ve bireyler için yararlı bir yaklaşım olarak sağlığı geliştirmeye yönelik bir uluslararası ilgi yaratmıştır. Belge, ABD ve Avustralya dahil olmak üzere diğer ülkelerde sağlığı geliştirme girişimleri yönünde temel oluşturmuştur (Piyal, 2006:26).

Raporun ardından üç yıl sonra DSÖ’nün 1977 yılında gerçekleştirdiği Dünya Sağlık Kurulu’nda tüm insanların sosyal ve ekonomik açıdan verimli olabilmeleri için onların gerekli sağlık düzeyini yakalamaları fikri benimsenmiştir (www.searo.who.int, 2015).

Kurulun kararını takiben bir yıl sonra 1978'de şimdiki Kazakistan'ın Başkenti Alma Ata'da toplanan Uluslararası Sağlık Konferansı'nda Alma Ata Deklarasyonu kabul edilmiştir. Deklarasyon 2000'li yılların sağlık politikası ile ilgili temel yapı taşlarından bir tanesidir. Deklarasyondaki bazı maddeler aşağıdaki gibidir (Dünya Sağlık Örgütü, 1978,1);

- *Konferans sadece hastalık ve kronik rahatsızlıkların giderilmesini sağlıklı olmak olarak değerlendiremeyeceğini; sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma durumu olduğunu ve ayrıca sağlığın bir insan hakkı olarak küresel sosyal amaçlar içinde en önemlilerinden bir tanesi olduğunu teyit etmektedir. Bu amacın gerçekleştirilmesi bir çok sosyal ve ekonomik sektörün aynı zamanda sağlık sektörünün de katılımını gerektirmektedir.*
- *İnsanlar ve özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki sağlık eşitsizliği politik, sosyal ve ekonomik açıdan kabul edilemezdir; sağlık tüm ülkelerin ortak sorunudur.*
- *Yeni Ekonomik Düzene dayalı ekonomik ve sosyal kalkınma herkes için sağlık amacının gerçekleştirilmesinde; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki farkın kapatılmasında temel önemdedir. İnsanların sağlığının teşvik edilmesi ve korunması sürdürülebilir kalkınma ve sosyal gelişim için çok önemlidir ve dünya barışı ve daha iyi yaşam şartlarının yaratılmasına katkı sağlamaktadır.*
- *İnsanların kendi sağlıkları ile ilgili uygulamalara ve planlama sürecine bireysel ve toplu olarak katılma hakkı vardır.*
- *Hükümetlerin vatandaşlarının sağlıkları ile ilgili sorumlulukları bulunmaktadır. Bu nedenle gerekli önlemleri almakla yükümlüdürler. Hükümetlerin, uluslararası organizasyonların ve dünyada yaşayan tüm toplumların 2000 yılına kadar sosyal ve ekonomik açıdan verimli bir yaşamı sürdürmeyi olanaklı kılacak sağlık seviyesine ulaşma temel sosyal hedefi olmalıdır.*

Raporda yer alan diğer beş karar temel sağlık ile ilgili tanımlamaları yapmakta, hükümlere izleyecekleri stratejiler ile ilgili tavsiyelerde bulunmaktadır. Ayrıca 2000 yılı hedefi tekrar edilmektedir. Belirtilen kararlar 1986 Ottawa Bildirgesi ile yenilenmiştir (World Health Organization, 1986:1). Bu olumlu gelişmeleri takiben, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık politikalarının küreselleşme ile birlikte gelişim sürecine aşağıdaki bölümde yer verilmektedir.

3.4. Neo-liberalizm, Küreselleşme, Uluslararası Fonlar ve Sağlık Politikaları

Küreselleşme; soğuk savaşın sona ermesi, küresel çapta ekonomik faaliyetler ve piyasaların birbirlerine entegre olmaları ile karakterize edilmektedir. 2009'a kadar son otuz yıllık bir dönem kapsayan yeni ekonomik düzende devletler vermekte oldukları birçok hizmette özel ve üçüncü sektörü kullanmaya başlamıştır. Verilen hizmetlerin büyük çoğunluğunun denetimini de yerel yönetimlere devretmiştir (Şenkal,2003:99-114; Ersöz, 2003:138).

1980'lerden itibaren ortaya çıkan yeni ekonomik düzende sağlık politikalarının iyi niyetli genel amaçlarına rağmen; uygulamada çeşitli olumsuzluklar ortaya çıkmıştır. Kamu sektöründe neo-liberalizm; özel sektöre önceliğin verilerek ekonomik aktörlerin sosyal kültürel ve politik uygulamalar ve ayrıca politikalar yoluyla karşılıklı fayda sağlanmasını öngörmektedir. Böylece bireysel refah ve daha fazla sosyal fayda sağlanması öngörülmektedir. Neo-liberal teorinin amacı bireylere daha fazla bireysel sorumluluk yüklenmesi ve böylece ne tür bir sosyo-ekonomik yapıda olurlarsa olsunlar kendi kendilerini yönlendirerek otonom hareket edebilmeleridir. Maalesef vatandaşlara sorumluluk yüklenmesi aynı zamanda devletlerin bazı sorumluluklarından da feragat etmeleri anlamına

gelmektedir. Bu anlayış ise; sosyal politika alanında büyük oranda eleştirilmekte (Ravindran, 15:2014; Liebenberg, Ungar ve Ikeda, 2015:1006) gelir eşitsizliklerin olduğu toplumlarda sağlık alanında ve yaşamın sosyal sonuçları üzerinde oldukça belirgin olduğu noktada vurgulanmaktadır (Peacock, Bissel ve Owen, 2014:179).

Küreselleşme ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki ekonomik düzen; gelişmiş ülkelerin birer pazar ekonomisi haline dönüşmeleri; gelişmekte olan ülkelerin ise bu pazarlara mal sağlayan üretici ekonomiler haline gelmeleri şeklindedir. Bunun başlıca sebebi teknolojik olarak ileri olan gelişmiş ülkelerin büyük şirketlerinin ve belirli sektörlerinin ucuz işgücü piyasaları olan gelişmekte olan ülkelere üretim tesisleri kurarak yatırımlarını gelişmekte olan piyasalara kaydırmalarıdır. Böylece rekabet avantajı sağlamaktadır. Küreselleşme ile birlikte gelişmekte olan ülkelerin yürüttükleri ekonomi ve sosyal politikalarına, bu ülkelerle yaptıkları kredi anlaşmaları çerçevesinde sağladıkları fonlarla kısıtlamalar getirebilen iki kuruluş sağlık politikalarında da önemli rol oynamaktadır. Bunlar Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası'dır (Metin, 2014:6319;).

IMF, 1945 yılında kurulmuştur. 1960'lara kadar üye sayısını arttırmış ancak soğuk savaşın başlaması ile birlikte Fon, faaliyetleri bir süre olağan olarak sürmüştür. Bu dönemde Bretton Woods Döviz mekanizması ile ilgili faaliyetlerini yürütmüştür. Soğuk savaşın sona ermesi ve ardından küreselleşme ile birlikte Fon tekrar dünya ekonomisinde kredi sağlayan bir kuruluş olarak aktif rol oynamaya başlamıştır(www.imf.org, 2015).

Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası gibi kuruluşlar doğrudan olmasa bile dolaylı olarak uluslararası sağlık politikalarını etkilemektedirler. Bunun başlıca yolu; başta gelişmekte olan ülkelere olmak üzere kredi ihtiyacı olan ülkelere sağladıkları kredilerin kullanılacağı kaynakların yaptıkları anlaşmalarla sınırlandırmaları şeklindedir.

Uluslararası Para Fonu birçok insani yardım örgütünden kredi sağladığı ülkenin sağlık politikalarına sınırlayıcı şartlar getirdiği ve sağlık alanına yapılan harcamaları kısıtlayıcı yönünde eleştiriler almaktadır. Bu konuyla ilgili olarak IMF, 20 Haziran 2007 tarihinde, Küresel Gelişim Merkezi isimli kuruluşun hazırladığı “ IMF Fakir Ülkelerdeki Sağlık Harcamalarını Kısıtlıyor mu? Kanıtlar ve Eylem için bir Gündem” isimli raporu yayınlamıştır. Bu raporda IMF'ye sağlık politikaları ile ilgili yöneltilen iki eleştiri yer almaktadır (Goldsbrough, 2007:1).

- IMF genel makroekonomik ve özellikle mali politikada yer alan harcamaları çok fazla sınırlandırmaktadır. Özellikle eleştirmenler makro ekonomik istikrarın sağlanması için yüksek düzeyde muhafazakar bir görüşü benimsediğini ifade etmektedirler. Ayrıca IMF yardımı yapılacak artışlarla ilgili ölçümlerinde oldukça karamsardır.
- IMF programlarında teşvik edilen programlardan bazılarının; etkili sağlık harcamalarının planlanması ve uygulanmasında bazı zararlı yan etkileri bulunmaktadır. Özellikle eleştirmenler, hükümetin maaş bordrolarındaki tavanı belirlenmesinin sağlık sektöründe işgücünü arttırmayı engellediğini belirtmektedirler.

IMF ise rapor ile ilgili görüşlerinde; söz konusu raporda belirtilen sağlık ile ilgili harcamaları sınırlandırdığı yönündeki eleştirileri kabul etmemektedir. Geçici olarak sınırlama söz konusu olsa bile uzun vadede, fonların aktarıldığı diğer kaynaklar etkin olarak kullanıldığında kredi sağlanan ülkenin ekonomik durumunun düzeleceği böylece sağlık alanına ayrılan harcama oranının da artacağı vurgulanmaktadır(www.imf.org, 2015). IMF ile paralel olarak dünyada serbest piyasa ekonomisi destekleyen diğer kuruluş ise Dünya Bankasıdır.

Dünya Bankası, 185 üyeye sahiptir ve gelişmekte olan ülkelere finansal ve teknik yardım sağlamaktadır. Hizmetlerini Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası ve Uluslararası Kalkınma Ajansı ile sürdürmektedir. Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası orta gelirli ve kredi verilebilir ülkelere yardımcı olurken; Uluslararası Kalkınma Ajansı ise en fakir ülkelere yardım sağlamaktadır. Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası 1944 yılında kurulmuştur ve 185 üyesi bulunmaktadır (web.worldbank.org, 2015). Uluslararası Kalkınma Ajansı 1960 yılında kurulmuştur. 78 en fakir ülkeye yardım sağlamaktadır. Bunların 39 tanesi Afrika'da yer almaktadır (web.worldbank.org, Erişim Tarihi: 21 Ekim 2015).

1980'lerde ve 1990'larda sağlık reformları; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarında başlıca konu olmuştur. 1970'lerde reform denince sağlık hizmetlerinde diğer hizmetlerde olduğu üzere popülist politikaların gereği olarak hizmetin verilmesi ile ilgili organizasyonel değişiklikler değerlendirilmekteydi. 1990'larda uygulanan reformlar sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve finansmanı üzerine yapısal değişikliklere odaklanmıştır. Bu yeni reform kavramının ortaya konmasında "Dünya Bankası'nın" etkisi büyüktür (Sen ve Kojusalo, 1998:199).

Reformlar maliyet paylaşımını arttırmak üzere; sıklıkla sağlık hizmetlerinin yürütülmesi işini üstlenen örgütü değiştirmiştir. Bu değişimler özel sağlık uygulayıcılarının hizmetlerdeki paylarını (hem kar amacı güden hemde gütmeyen kuruluşlar açısından) sürekli ve hızlı bir biçimde arttırmıştır. Genel anlamda reformlar sağlık hizmetlerinin sunulmasında piyasa mekanizmasının daha fazla sürece dahil edilmesini ve özel sektörün bu alana girmesine yol açmıştır (Sen ve Kojusalo, 1998:2). Reuters haber ajansının 1 Mayıs 2009 tarihinde duyurduğu haber; Dünya Bankasının sağlık konusunda yürüttüğü faaliyetler ve bu konuda elde ettiği başarılar ile ilgili bilgi vermektedir. Haber; Dünya Bankası'nın sağlık ile ilgili yürüttüğü faaliyetleri inceleyen kurum için denetim grubunun hazırladığı raporu sunmaktadır. Rapora göre Dünya Bankası'nın sağlıkla ilgili yürüttüğü birçok projede yoksullar fayda sağlayamamıştır. Söz konusu rapor 1997-2007 yılları arasındaki dönemi kapsamaktadır (news.trust.org/humanitarian, 2009). 1997-02008 tarihleri arasında banka sağlık, beslenme ve aile planlaması alanında hükümetlerce yürütülen projelere 17milyar dolar kaynak sağlamıştır. 220 projenin üçte biri amaçlarını gerçekleştirememiştir. Ayrıca rapor, yoksullar için düşünülen projelerden bir çoğunda aslında toplumun orta ve üst gelir gruplarının faydalandığı yönünde görüş bildirmektedir (www.economist.com, 2015).

4. 2008 KÜRESEL EKONOMİK KRİZİ VE SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ ANLAYIŞININ YERLEŞMESİ

Lalonde'un 1974 yılında başlattığı, 1977 tarihli Dünya Sağlık Konferansı ve 1978 Alma Ata Deklarasyonu ardından 1984 Ottawa Sözleşmesi'nde ortaya konan yeni sağlık anlayışı; sağlığın bütün belirleyicilerini kapsayan bir niteliğe kavuşmuştur. Sağlığın geliştirilmesi, sağlıklılığı belirleyen tüm faktörlerin iyileştirilmesi anlamına gelmektedir (Eser,2006:28).

2008 küresel ekonomik krizinin halk sağlığını olumsuz etkileyeceği görüşü literatürde yaygın olarak kabul görmektedir. Bunun başlıca sebepleri arasında krizin yol açacağı işsizlik oranlarındaki artışın bazı sağlık problemlerini de beraberinde getirecek olmasıdır. Bu problemler arasında psikolojik bozukluklar, dengesiz ve düzensiz beslenme alışkanlıkları, sağlık konusunda hassasiyetin azalması ve kurumsal düzeyde devletlerin vatandaşlarına sundukları sağlık hizmetlerinde gecikme ya da kalitenin düşmesi yer almaktadır (Stuckler vd., 2009:315).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından Ekim 2011 tarihinde gerçekleştirilen Rio Zirvesi'nde ekonomik kriz ve makroekonomik politikalar üzerine yoğunlaşan ekonomi ve kamu

yöneticilerinden, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine yoğunlaşmaları ve eyleme geçmeleri çağrısı yapılmıştır. Zirvede Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Deklarasyonu kabul edilmiştir. Bu deklarasyona imza atan ülkeler sağlık konusunda eşitsizliklerin giderilmesi amacıyla sağlık sektörünün yeniden düzenlenmesini öngörmüşlerdir. Deklarasyonda ilgili kısım aşağıdaki kararları kabul etmiştir (World Health Organization, Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, 2011, www.who.int, 2015);

- Sağlığın, sosyal, ekonomik, çevresel ve davranışsal belirleyicileri üzerine, eşitsizlikleri giderme üzerine odaklı etkin kamu sağlığı politikaları geliştirmek ve üretilen politikaların devamlılığını sağlamak.
- Başta entegre genel sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık sistemlerinin kapsamını evrensel hale getirmek ve bireylerin yüksek nitelikli, destekleyici, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine erişimlerini sağlamak.
- Sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde sektörler arası eylem kapasitesi dahil, kamu sağlığı kapasitesini oluşturmak, korumak ve güçlendirmek.
- Bireylerin sağlık masrafları sonucu maddi güçlüklerle karşılaşmalarını önlemek için sağlık finansmanı sağlanması.

Sağlığın sosyal belirleyicileri; insanların başlıca ekonomik sebeplere dayalı olarak; çocukluktan itibaren yetişmeleri, yaşam süreçleri, çalışma hayatları ve yaşadıkları toplam süre şartlarından ibarettir. Sağlık alanında toplumsal yaşamda bu alanda büyük eşitsizliklerin ortaya çıktığı görülmektedir. İster gelişmiş ister gelişmekte olan olsun bu konuda ilginç örnekler görülmektedir. İngiltere'nin Glasgow şehrinde yapılan araştırmada; aynı bölge içerisinde, yoksulluk şartlarının en ciddi seviyede olduğu kesimlerde bir erkeğin yaşam beklenti süresinin 54 olduğu fakat; yine aynı bölgede refah düzeyi en yüksek kesimde yaşayan bir erkeğin yaşam beklenti süresinin ise 82 olduğu ortaya konmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde (1997-2001) arasında yapılan bir araştırmada yoksul bir birey için söz konusu yaşam beklenti yaşının Pakistan'daki bir bireyin ortalama yaşam beklentisinden (1995-2000 ortalaması) daha düşük olduğu görülmüştür (Marmot, 2007:1153).

Buna paralel olarak; Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık Örgütü; Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu; Sağlık 2020 Avrupa Politikası kapsamında sağlık sistemlerinin geliştirilmesi noktasında çalışmalar yürütmektedir. Avrupa Bölgesine yönelik olarak oluşturulan komisyon çalışmalarını Sağlık 2020 stratejisi üzerinde yürütmektedir. Strateji içerisinde aşağıdaki önemli öncelikler yer almaktadır (World Health Organization, 2012:4);

- Sağlık alanındaki eşitsizlik ile mücadele etmek.
- İnsanların daha sağlıklı olmaları için yatırım yapmak, vatandaşları yetkilendirmek ve sağlık açısından güçlü toplumlar yaratmak.
- Avrupa Bölgesi'nde başlıca salgın hastalık yükleriyle mücadele etmek.
- Sağlıklı ve sağlığa olumlu katkı yapan çevrenin korunması ve yaratılması noktasında çalışmak.
- Hasta merkezli sağlık sistemleri, kamu sağlık hizmetleri oluşturmak ve acil durumlara hazırlıklı olmak.
- Tüm politikalarda; tüm devlet kurumlarında ve tüm toplum ile ilgili alanlarda sağlık konusunu ana akımlaştırmak

Tablo 1'de dünyada ve Türkiye'de sağlık harcamaları göstergeleri yer almaktadır. Küresel ekonomik krizin yaşandığı 2008 yılının da içinde bulunduğu oniki yıllık dönemde sağlık harcamalarının GSYİH'da artış gösterdiği görülmektedir. Hem Türkiye'de hem de dünyada

özel sektörün toplam sağlık harcamalarındaki payı azalırken, kamu sağlık harcamalarının toplamının arttığı görülmektedir. Ancak Türkiye'nin bulunduğu üst orta gelir grubu ülkeler ile ortalaması karşılaştırıldığında GSYİH içindeki sağlık harcamalarının payının ortalamanın altında olduğu buna karşın kamu sağlık harcamaları payının ise yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye'nin sosyal güvenlik harcamaları ortalaması da yüksektir.

Tablo 1: Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Harcamaları Göstergeleri

	Türkiye		Üst Orta Gelir Grubu Ülkeleri		Yüksek Gelir Grubu Ülkeleri	
	2000	2012	2000	2012	2000	2012
Sağlık Harcamalarının GSYİH Oranı	4,9	5,4	5,3	6,0	9,6	11,6
Kamu Sağlık Harcamalarının; Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı	62,9	76,8	46,7	56,2	59,3	60,6
Özel Sektörün, Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı	37,1	23,2	53,3	43,8	40,7	39,3
Kamu Sağlık Harcamaları İçinde Sosyal Güvenlik Harcamalarının Payı	55,6	64,1	41,2	48,5	64,0	65,6

Kaynak: World Health Organization, 2015, s. 129-132.

Kamu harcamalarının azaltılması gerektiği anlayışının hakim olduğu neo-liberal ekonomik politikaların tersine; küresel ekonomik kriz sonrası sağlık alanında eşitsizliklerin yol açtığı olumsuzlukları gidermek üzere dünyada sağlık alanında kamu harcamaların arttığı görülmektedir. Devletler, krizin etkilerinin de ortadan kaldırılması amacıyla; sağlık konusunda, sosyal politika bakış açısına paralel bir anlayışı benimsenmiş bulunmaktadır.

5. SONUÇ

Sağlık konusunda toplumsal düzeyde yürütülen çalışmalar, 16.yy'da başlamıştır. Condorcet'in ortaya koyduğu "sosyal matematik kavramı" modern devlet ve onu oluşturan halkların sağlıkları arasındaki ilişkinin gelişimini sağlayan önemli bir kavramdır. Nüfusun büyüklüğü ve sağlıklı olması durumuna göre bir devletin gücünün açıklanmasıdır. Sağlık konusunun sınır tanımayan bir olgu olduğu ilerleyen dönemlerde anlaşılmış ve devletler düzenledikleri çeşitli konferanslarla ve aldıkları ortak kararlarla uluslararası sağlık politikalarının ilk temellerini atmışlardır.

Tarihsel süreçte başlangıçta toplumun geleceği açısından bir tehdit olarak görülen salgın hastalıklara karşı mücadele şeklinde ortaya çıkan sağlık çalışmaları; Dünya Sağlık Örgütü'nün de kurulduğu ve sosyal politikada vatandaşlara sağlanan yaşam standartları açısından altın çağ olarak görülen 1945-1980 arası dönemde farklılaşmıştır. Genel sağlık hizmetleri her vatandaşın yararlanabileceği şekilde güvence altına alınmış kişisel haklardan biri olarak kabul edilmiştir..

Gelişmiş ülkelerde görülen Petrol Krizleri neticesinde 1970'li yıllardan itibaren neo-liberal politikalar uygulanmaya başlanmış ardından gelişmekte olan ülkelere yayılmıştır. Bu dönemde 'sağlık tüketicisi' kavramının doğmaya başladığı ve devletin yanında özel sektörün de sağlık alanına girdiği yıllar olarak gösterilebilir. Dolayısıyla 1974-1984 arası yıllar bir geçiş dönemidir. Söz konusu dönemde aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmiştir. 1984 sonrası dönemde mevcut sağlık politikaları sürdürülse de; küreselleşme beraberinde gelişmiş ülkelerde bir çeşitlilik olarak; gelişmekte olan ülkelere ise yapısal eksiklikler sebebiyle özel sektörün ve STK'ların da sağlık hizmetlerine girmesine yol açmıştır. Bu dönemde sağlık hizmetleri gelişmekte olan ülkelere kredi sağlayan Fonların

kısıtlamalarıyla karşılaşmış, yetersiz sağlık hizmetleri gündeme gelmiştir. Uluslararası sağlık politikalarında adem-i merkeziyetçi ve katılımcı bir sağlık politikasına doğru dönüşüm yaşanmıştır. Yerel yönetimler sağlık politikalarının yürütülmesi konusunda merkezi yönetimler tarafından yetkilendirilmişlerdir.

Neo-liberal politikalar ve 2008 Küresel Ekonomik Krizinin sosyo-ekonomik yaşamda yol açtığı olumsuz etkiler sebebiyle genel sağlık alanında kamu harcamalarında artışlara karşın; miktarın yetersiz olması ve bunun sosyal politika alanında eleştirilmesi sonucu, Dünya Sağlık Örgütü politikalarında sağlığın sosyal belirleyicilerinin iyileştirilmesine yönelik anlayış önem kazanmaya başlamıştır. Örgütün ortaya koyduğu; ülkeler arasında ve ülke içerisinde sağlık ile ilgili bireyler arasında mevcut eşitsizliklerin giderilebileceği yönündeki anlayış, sağlık ile ilgili daha iyimser sosyal politikalar için umut vaad etmektedir.

Sağlık konusunda gelinen noktada sergilenen iyimser bakış açısına karşın; konunun ekonomik kalkınma, yoksulluk ve gelir dağılımı konularıyla yakından ilişkili olduğu unutulmamalıdır. Bu bakımdan sağlığın sosyal belirleyicilerine göre tespit edilen farklı gelir grupları arasındaki sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi sorunu, sosyal politika alanında uzun süre tartışılacaktır. Gelecek çalışmalarda, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine mesleki ya da yaş grupları üzerinde yapılacak ampirik çalışmalar, sağlığın sosyal boyutu üzerine toplumsal ya da ülkeler arası eşitsizlikleri ortaya koymak bakımından yarar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- CHETTY R., Stepmner M., Abraham S., Lin S. Scuderi B, Turner N., Bergeror A, Cutler D. (2016). Association Between Income and Life Expectancy in the United States, Clinical Review & Education Special Communication, Journal of American Medical Association, doi:10.1001/jama.2016.4226.
- DUDA H. Ü. (2008). Uluslararası Örgütler Bağlamında Global Sağlık Politikaları, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- ERSÖZ, Halis Yunus (2003). “Doğuşundan Günümüze Sosyal Politika Anlayışı”, Cilt: 53, Sayı:2, İktisat Fakültesi Mecmuası, İstanbul Üniversitesi, ss. 119-143.
- ESER E. (2006). “Temel Sağlık Hizmetleri ve Sağlığın Geliştirilmesi”, I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi (Uluslararası Katılımlı), 9-12 Kasım 2006, Muğla Sağlık Yüksekokul, Muğla.
- GOLDSBROUGH, D. (2007). “Does The IMF Constrain Health Spending in Poor Countries? Evidence and an Agenda for Action”, Report of the Working Group on IMF Programs and Health Spending, Center for Global Development, June.
- HENDERSON S., ve Petersen, A. (2004). The Commodification of Health Care, Routledge Taylor and Francis Group London and New York, 2004.
- JONES, Norman Howard (1975). The Scientific Background of the International Sanitary Conferences 1851-1938, World Health Organization, Geneva.
- LALONDE M. (1981). “A New Perspective on the Health of Canadians”, a Working Document, Government of Canada, Minister of Supply and Services Canada.
- LIEBENBERG, L., Ungar, M., Ikeda, J. (2015). “Neo-Liberalism and Responsibilisation in the Discourse of Social Service Workers, British Journal of Social Work”, 45, pp. 1006-1021.

- MARMOT, M., (2007). "Achieving Health Equity: from Root Causes to Fair Outcomes", *Lancet*, 2007, 370, pp. 1153-1163.
- METİN B., "Yoksulluka Mücadeleye İnsan Hakları Açısından Bakmak: Amartya Sen'in Kapasite (Capability) Yaklaşımı Temelinde Bir Değerlendirme", *Journal of Yaşar University*, 2014 9 (36), ss. 6261-6380.
- METİN B., Sevim T. A. (2005). *Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkileri*, SSBY Yayınları, Ankara.
- ÖNER, C. (2014) "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesi İlişkisi", *Türkiye Klinikleri Dergisi, Fam Med-Special, Topics*, 5(3), ss. 15-8.
- PİYAL B. (2006). "Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi: Kavramsal ve Kuramsal Yaklaşım", I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi (Uluslararası Katılımlı), 9-12 Kasım 2006, Muğla Sağlık Yüksekokulu, Muğla.
- PEACOCK, M., Bissel, P., Owen, J., (2014). *Dependency Denied: Health Inequalities in the Neo-Liberal Era*, *Social Science and Medicine*, Elsevier, Volume: 118, pp. 173-180.
- PORTER D., (2005). *Health, Civilization and the State*, Routledge Taylor and Francis Group, London and New York.
- RAVINDRAN, S. TK. (2014). "Poverty, Food Security and Universal Access to Sexual and Reproductive Health Services: a Call for Cross-movement Advocacy Against Neo-liberal Globalisation, Feature", *Reproductive Health Matters Journal*, 22 (43) Doi: 0.1016/S0968-8080(14)43751-0, pp. 14-27.
- Sağlık Sosyal Yardımlaşma Bakanlığı, (1973). *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*, SSBY Yayınları No: 422, Ankara.
- SEN K. and Meri K. (1998). "Health Care Reforms and Developing Countries-A Critical Overview", *International Journal of Health Planning and Management*, 13, 199-215.
- SELİM, Sibel; Uysal, Doğan; Eryiğit, Pınar (2014) "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi", *Niğde Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Ekim 2014, Cilt 7, Sayı 3, ss. 13-24.
- SCHULTZ, Paul T. (2009), "Population and Health Policies", *Economic Growth Center, Yale University, Center Discussion Paper*, No: 974, pp. 1-85.
- ŞENKAL, Abdulkadir, Doğan Mahmut (2012). "Sosyal Politika ve Sosyal Haklar; Vatandaşlık Haklarının Yeniden Kavramsallaştırılması Arayışı", *Mustafa Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt:9, Sayı, 17, s. 63-80.
- ŞENKAL, Abdulkadir (2003). "Sosyal Politikanın Dönüşümü ve Sivil Toplum Örgütleri", *İstanbul Üniversitesi, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, Sayı: 45, ss. 97-123.
- STUCKLER D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M., "The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis", *The Lancet*, July 8th, 2009, DOI: 10.1016/S01406376(09)61124-7, pp. 315-323.
- The Economist. (2009). "The World Bank and Global Health, Promising to Try Harder", *The Economist*, April 30th.

- Thomson Reuters Foundation News. (2009). “Watchdog Gives World Bank Mixed Review on Health”, Reuters Haber Ajansı, Erişim Tarihi: 5 Haziran 2009. (<http://www.alertnet.org/thenews/newsdesk/N30259103.htm>)
- United Nations, World Population Prospects. (2015). Revision, Key Findings and Advance Tables, Department of Economic and Social Affairs.
- World Health Organization, Backgrounder 3 Key Concepts, Erişim Tarihi: 21 Kasım 2015, http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf?ua=1
- World Health Organization, Member States, Erişim Tarihi: 22 Ekim 2015. <http://www.who.int/whr/previous/en>
- World Health Organization, World Health Statistics 2015, ISBN: 978 92 4 156488 5.
- World Health Organization. (2012). The New European Policy for Health-Health 2020, Policy Framework and Strategy, Draft 2, World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark, pp.1-183.
- World Health Organization, World Health Statistics 2011, ISBN: 978 92 4 1564199, pp.135-136.
- World Health Organization. (2011) Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 21 October, 2011, Erişim Tarihi: 21 Kasım 2015, http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf.
- World Health Organization, , Erişim Tarihi: 19 Mayıs 2009, http://www.searo.who.int/EN/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1355_5310.htm
- World Health Organization (2008). Closing the Gap in a Generation, Commission on Social Determinants of Health, Geneva.
- World Health Organization (2006). Constitution, Basic Documents, Forty-Fifth Edition, Supplement, October 2006, pp. 1-18. Erişim Tarihi: 17 Nisan 2014 (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- World Health Organization. (2002). Summary Measures of Population Health, Concepts, Ethics, Measurement and Applications, Edited by: Christopher J.L. ve diğ., , s. 1.
- World Health Organization. (2000), World Health Report 2000, s. 3.
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, WHO/HPR/HEP/95.1.1986.
- World Health Organization. (1978). Alma-Ata Deklarasyonu, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, s. 1. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
- World Health Organization (1968). The Second Ten Years of the World Health Organization (1958-1967), Geneva, 1968.
- World Health Organization. (1958). The First Ten Years of World Health Organization, Geneva.
- International Monetary Fund, Erişim Tarihi: 19 Mayıs 2009, <http://www.imf.org/external/about/histcoop.htm>

International Monetary Fund, Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2009, <http://www.imf.org/external/np/speeches/2007/090707a.htm> Erişim tarihi: 20 Mayıs 2009.

World Bank, International Bank for Reconstruction and Development, Erişim Tarihi: 21 Ekim 2015, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTIBRD/0,,menuPK:3046081~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:3046012,00.html>

World Bank, International Development Association (IDA), Erişim Tarihi: 21 Ekim 2015, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/IDA/0,,menuPK:51235940~pagePK:118644~piPK:51236156~theSitePK:73154,00.html>.

www.rotekreuz.at, History of Red Cross, Erişim Tarihi: 16 Ekim 2015, [.https://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Austrian_Red_Cross/RC_History.pdf](https://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Austrian_Red_Cross/RC_History.pdf),