



# ASOS JOURNAL

The Journal of Academic Social Science

*Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 10, Sayı: 134, Kasım 2022, s. 64-84*

*ISSN: 2148-2489 Doi Number: <http://dx.doi.org/10.29228/ASOS.64272>*

*Yayın Geliř Tarihi / Article Arrival Date*

*25.08.2022*

*Yayımlanma Tarihi / The Publication Date*

*29.11.2022*

**Doç. Dr. Ertuğrul GÜREŐCi**

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü  
ispir\_ert@hotmail.com

**Tahsin ÇAKIR**

Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü, Yüksek Lisans Öğrencisi  
cakir.tahsin@ogr.ahievran.edu.tr

## **DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ KOOPERATİFLERİ VE TÜRK KOOPERATİFÇİLİĞİ İÇİN YENİ ARAYIŐLAR: SAĞLIK HİZMETLERİ KOOPERATİFÇİLİĞİ ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME**

**Öz**

Dünyada yaşanan ekonomik, sosyal ve politik gelişmeler beraberinde gerek toplumsal gerekse bireysel olarak karşılan sorunlarında değişim göstermesine neden olmaktadır. Dünyada ekonomik açıdan ortak sorunların çözümü amacıyla karşılıklı yardımlaşma, dayanışma ve kefalet sistemine dayanılarak gönüllü bir ortaklık ile kurulan kooperatifler, çeşitli sektörlerde başarı ile uygulanmaktadır. Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, kaliteli ve düşük maliyetli sağlık hizmetinden yararlanmalarını sağlayabilmek amacıyla sağlık sektöründe de kooperatifçilik faaliyetleri yürütölmektedir. Sağlık kooperatifçiliği Brezilya, Japonya ve Kanada gibi birçok ülkede yaygın şekilde uygulanırken ölkemizde sadece bir adet sağlık kooperatifinin bulunması oldukça dikkat çekicidir. Ayrıca Uluslararası Sağlık Kooperatifleri Örgütü’nün (IHCO) varlığı da bu alanın uluslararası boyutuna dikkat çekmesi bakımında oldukça yerinde bir tespit olacaktır. Bu çalışmada, dünyada sağlık kooperatifçiliği alanındaki başarılı uygulama örnekleri ve Türkiye’deki sağlık sisteminden de hareket edilerek ölkemizde sağlık sektöründeki kooperatifleşmenin

mevcut durumu, yetersizliği, sorunları ve çözüm önerilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda, Türkiye’de sağlık sektöründeki kooperatifleşmenin, diğer sektörlerdeki kooperatifleşmelere göre yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu konuda, Türkiye’nin mevcut sağlık altyapısı ve politikaları ile kooperatifleşmenin birlikte ele alınarak sorunların çözümü ve sağlık sektöründe kooperatifleşmenin Türk toplumuna katkı sağlayacağı gerçeğinin ön plana çıkarılmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Kooperatifçilik, sağlık kooperatifçiliği, sağlık sektörü

## **HEALTHCARE COOPERATIVES IN THE WORLD AND IN TURKEY AND NEW SEARCHES FOR TURKISH COOPERATIVES: AN ASSESSMENT ON HEALTHCARE COOPERATIVES**

### **Abstract**

The economic, social and political developments in the world cause changes in the problems faced both socially and individually. Cooperatives, which were established with a voluntary partnership based on mutual aid, solidarity and surety system in order to solve common economic problems in the world, are successfully implemented in various sectors. Today, especially in developed countries, cooperative activities are also carried out in the health sector in order to facilitate the access of individuals to health services and to enable them to benefit from quality and low-cost health services. While health cooperatives are widely practiced in many countries such as Brazil, Japan and Canada, it is quite remarkable that there is only one health cooperative in our country. In addition, the existence of the International Health Cooperatives Organization (IHCO) will be a very appropriate determination in terms of drawing attention to the international dimension of this field. In this study, it is aimed to reveal the current situation, inadequacy, problems and solution proposals of the cooperatives in the health sector in our country, based on the examples of successful practices in the field of health cooperatives in the world and the health system in Turkey. As a result of the evaluations, it was concluded that the cooperatives in the health sector in Turkey are not sufficient compared to the cooperatives in other sectors. In this regard, it was emphasized that Turkey's existing health infrastructure and policies and cooperatives should be handled together and the solution of problems and the fact that cooperatives in the health sector would contribute to Turkish society should be brought to the fore.

**Keywords:** Cooperatives, health cooperatives, health sector

### **1. Giriş**

Toplumdaki ekonomik ve sosyal ihtiyaçlara ortak çözüm üretebilmek amacıyla, karşılıklı yardımlaşma ve dayanışma üzerine, gönüllü ve demokratik esaslar temelinde kurulan kooperatifin, çeşitli kuruluşlarca yapılan farklı tanımlamaları mevcuttur. Bunlardan birisi de, Uluslararası Kooperatifler Birliği’nin (ICA) yapmış olduğu tanımlamadır. Bu tanımlamaya göre, “Ortak ekonomik, sosyal ve kültürel ihtiyaçlar ve istekleri müşterek sahip olunan ve demokratik olarak kontrol edilen bir işletme yoluyla karşılamak üzere gönüllü olarak bir araya gelen insanların oluşturduğu özerk bir teşkilattir.” şeklinde bir kooperatif tanımı yapılmıştır.

Benzer şekilde yapılan ve kabul gören kooperatifçilik tanımlarında ortak nokta, karşılıklı yardımlaşma, dayanışma ve işbirliğinin, bu yapılanmalar için vurgulanmasıdır. Buna ilaveten, bu yapının bir ortaklık sistemi içinde gönüllü ve demokratik işleyen kâr amaçlı bir yapılanma şeklinde olduğunun da altı çizilmektedir (ICA, 2022; Szabó, 2006; T.C. Ticaret Bakanlığı, 2022). Kooperatiflerin tanımlanmasında ekonomik sistemler, toplumsal yapı, siyasi oluşumlar ve rejimlerinde farklı yaklaşımları olduğu da bir gerçektir (Milner, 1992, Mülayim, 2013).

Kooperatifçiliğin geçmişi oldukça eskilere dayanmaktadır. Dünyanın birçok ülke ve bölgesinde, kooperatifçilik benzeri yapılanmalar olduğu bilinen bir gerçektir. Bu konuda yapılan bilimsel araştırmaların birçoğu bunu doğrular niteliktedir. İngiltere kooperatiflerinin çatı örgütü Cooperatives UK’nin Genel Sekreteri Ed Mayo’un Rochdale öncesi kooperatifçiliğin tarihini yazdığı “*A short history of co-operation and mutuality*” başlıklı kitabında, çeşitli ülkelerdeki Rochdale öncesi kooperatifçiliğin köklerini araştırmıştır. Bunlardan birisi de Ahi Birlikleri şeklinde, Anadolu’da 13. yüzyıl başlarında ve sonraki dönemlerde etkili olan yapılanmadır. Bu çalışmada, Ahi Birlikleri ile kooperatifleşme arasında derin bağlantıların olduğu ileri sürülmüştür. Ed Mayo, kitabında Ahi Evran ve Ahilik arasındaki ilişkiyi kitabın 18. ve 19. sayfalarında şu şekilde açıklamıştır: “...*Ahi Evran’ın, Orta Anadolu’da Kayseri’de kurduğu ilk deri atölyesi bir model olarak diğer esnaflar arasında ve diğer kentlerde yaygınlaştı. Nesillere aktarılan söylemlere göre, asıl işlevi loncalara benzer biçimde ekonomik tabanlı ve üretim girdilerinin ve kullanılan tekniklerin kalitesini kontrol etmeyi ve fiyatları belirlemeyi amaçlamaktaydı. Esnaf, el işleri ve sanatkârlar (bunların sonradan sınıflandırılan 32’si) pazar yerinde (çarşıda) gruplar halinde ve her biri ayrı bir mesleği temsil etmek üzere örgütlendiler (her birinin içinde bir fırıncı ve berber olmak üzere) ve her birinin ayrı bir sembolü (amblemi) olmak üzere: yorgancılar için bir yorgan resmi, nalbantlar için gümüş renkli bir nal, tatlıcılar için yıldızlı bir şeker kozalağ. Fatma Bacı, Ahi Evran’ın karısı, kadınlar için Baciyani Rum adında bir Pazar/çarşı kurdu ve grup halinde ürettikleri malları satma olanağı sağladı.....*” (TMKB; 2022). Kooperatifçilik düşüncesi ve Ahilik arasında bu ilişkiye rağmen Güreşçi (2021), bu iki düşünce ve uygulama arasında da aslında belirgin farklar olduğunu ortaya koymuştur. Kooperatifçiliğin tarihi süreci dikkate alındığında, *Modern Kooperatifçiliğin* ise Sanayi Devrimi sürecinde İngiltere’nin Rochdale kasabasında Robert Owen’in öncülüğünde 1844 yılında tekstil işçilerinin kurmuş olduğu tüketim kooperatifi ile başladığı kabul edilmektedir. Kooperatifçilik, daha sonraları Batı Avrupa’da özellikle Fransa ve Almanya’da da gelişmiş sonraları ise bütün Avrupa’ya, Amerika’ya ve dünyanın diğer bölgelerine yayılmıştır.

Türkiye’de kooperatifçiliğin gelişimi, cumhuriyet öncesi ve sonrası olarak iki ana başlıkta toplanmaktadır. *İmece* kültürü ve *Ahi Birliklerinin* de temelini oluşturduğu Türk kooperatifçiliği, 1867 yılında Memleket Sandıkları ile batılı anlamda ilk gelişimini göstermiştir. Sonraki yıllarda, bu sandıkların yerini *Menaftı Sandıkları* almış ve cumhuriyetin ilanından önce gerek savaş şartları gerekse ekonomik ve sosyal yapıdaki çalkantılarında etkisiyle belirgin bir ilerleme kaydedememiştir. Cumhuriyetin ilanı ile birlikte Türk kooperatifçiliği yeni bir ivme kazanmış ve özellikle Atatürk’ün öncülüğünde yeni atılımlar yapmıştır. Günümüzde Türk kooperatifçiliği, anayasal bir teminat altında olup gerek yasal ve gerekse de ekonomik anlamda desteklenmesi yönünde bazı adımlar atılarak yenilenerek büyümeye devam etmektedir (Bilgin ve Tanıyıcı, 2008; Güreşçi ve Aktürk, 2015; Wilhoit, 2005).

Kooperatifçilik günümüzde dünyanın birçok ülkesinde, çeşitli uygulama alanına sahiptir. Dünyada yaklaşık üç milyon kooperatif bulunmakta ve dünya nüfusunun ise yaklaşık %12’si bu

kooperatiflerin ortağı konumundadır. Dünyanın en büyük 300 kooperatifi, yaklaşık olarak 2,146 milyon dolarlık bir cirosu ile devasa bir ekonomi haline gelmiştir. Kooperatiflerin sahip olduğu ekonomik büyüklük aynı zamanda istihdama da yansımaktadır. Günümüzde kooperatifler dünyada 280 milyonu istihdam ederek dünyadaki istihdamın yaklaşık %10’unu oluşturmaktadır (ICA, 2022). Türkiye de gerek kooperatif sayısı gerekse ortak sayısı bakımından oldukça iyi bir düzeydedir. Ticaret Bakanlığı gözetiminde 12 400 kooperatifte 1 568 253 ortak, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı gözetiminde 9 857 kooperatifte 809 925 ortak ve Çevre ve Şehircilik Bakanlığı gözetiminde 35 730 kooperatifte yaklaşık 2 milyon ortak bulunmaktadır. Bu sayılar dikkate alındığında Türkiye’de kooperatiflerin nicel olarak iyi bir yerde olduğu ancak yıllık cirosu ve istihdama katkısı bakımından gelişmiş ülkelerin oldukça gerisinde olduğu söylenebilir (COPAC, 2022; INGEV, 2022).

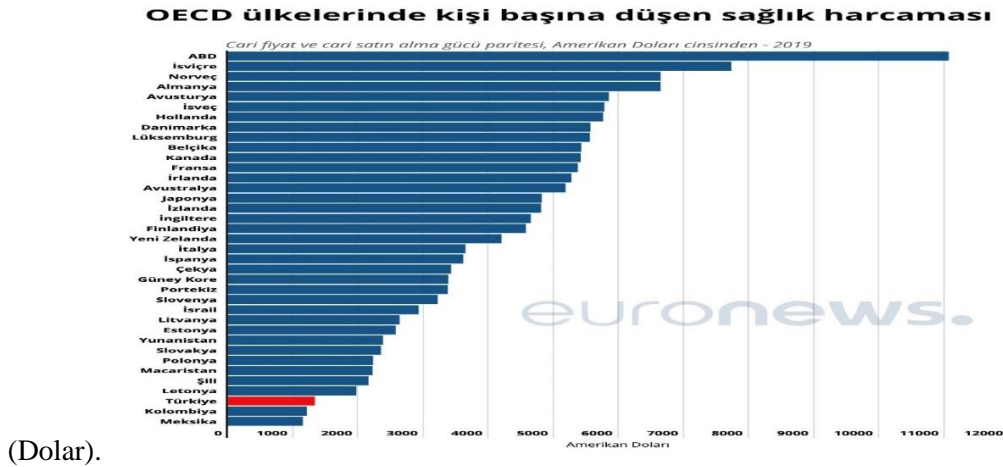
Dünyada çeşitli alanlarda kooperatifçilik faaliyetleri sürdürülmektedir. Bu alanlar, ülkeden ülkeye ya da bölgeden bölgeye farklılıklar göstermektedir. Ancak tüketim, finans, sigorta, konut, enerji ve tarımsal amaçlı kooperatifler daha da yaygındır. 2012 yılında Birleşmiş Milletlerin, Kooperatifçilik Yılı ilan etmesinden sonra özellikle kamusal alanda boşalan yerlerin kooperatiflerle doldurulması ve güçlendirilmesi konusu ivme kazanmıştır. Bu alanlardan birisi de sağlık sektörü olduğu vurgulanmış ve sağlık alanında kooperatifçiliğin geliştirilmesi, ülkelerin öncelikli hedefleri arasında yer almıştır. Covid 19 sürecinin yarattığı pandemi koşulları, sağlık hizmetlerine ulaşım ve bundan etkin yararlanmayı daha da ön plana çıkarmıştır. Dünyanın birçok ülkesinde, sağlık hizmetleri ya devlet eliyle ya da özel sektör aracılığı ile insanlara ulaştırılmaya çalışılmaktadır. Sağlık alanındaki kooperatiflerin sadece sağlık hizmetleri sunan işletmecilik anlayışı değil aynı zamanda sağlıklı bir toplum yaratma konusunda da eğitici rol üstlenebileceği öngörülmektedir. Dünya sağlık kooperatiflerinin üst örgütü olan Uluslararası Sağlık Kooperatifleri Örgütü IHCO’nun 1996 yılında kurulması ve 13 kooperatif üst örgütünün IHCO bünyesinde faaliyet göstermesi, bu alanın uluslararası boyutuna dikkat çekmektedir. Ancak IHCO’nun da faaliyet alanının daha çok gelişmekte olan ülkelerde yoğunlaşması sağlıkta kooperatifçilik düşüncesinin daha dar bir alana sıkışmasına neden olmuştur.

## **2. Genel Olarak Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri**

İnsanların bir arada yaşayabilmesinin en temel kurallarından birisi, herkesin birbirine olan saygı ve sevgisi ile ölçülmektedir. Geçmişten günümüze kadar insanoğlu çeşitli badireler atlatmış hatta barış içinde yaşayabilmek için birçok acı ve felaketleri de göğüslemiştir. İnsanlığın bütün bu zorlukların üstesinden gelebilmesi, insan haklarına duymuş olduğu saygı ile daha da pekişmektedir. Çeşitli boyutları ile tartışılrsa da birçok uluslar üstü örgüt ve kurum tahsis edilmiş ve insanlığın ortak değerleri korunmaya çalışılmıştır. Bu yapılanmaların yanı sıra 1948 yılında kabul edilen *İnsan Hakları Evrensel Bildirisi* gibi uluslararası sözleşmelerle de temel insan hakları, barış ve güvenliğin tesis edilmesi amaçlanmıştır.(Sağlam, 2019). Günümüzde birçok insan, geçmişte olduğu gibi, günümüzde de çeşitli nedenlerden dolayı yaşamını yitirmekte ve derin acılar yaşamaktadır. Bu nedenlerin başında savaş, terör, salgın hastalıklar, kuraklık ve diğer doğal afetler ilk sıralarda yer almaktadır. Ancak bunların içinde önlenebilir olup da can kaybına neden olan birçok hastalık ve sağlık problemlerinin de olması oldukça dikkat çekicidir. Kara Veba, AIDS, SARS, Ebola, Covid 19 gibi birçok pandemi, geçmişte olduğu gibi günümüzde de insanlığı sürekli tehdit etmekte ve gelecekte de etmeye devam edebileceği öngörülmektedir (Piret and Boivin, 2021; TÜBA; 2020).

Temel insan haklarının başında, can güvenliği ve sağlıklı yaşam hakkı gelmektedir. 1948’de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25. maddesi; ‘Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.’ şeklinde bir ifade ile bunu doğrular niteliktedir. Kısaca birbiri ile örtüşen ve birbirini tamamlayan en temel insan hakkı olan yaşam hakkı ve bunu tetikleyen sağlık hakkı ilk sıralarda yer almaktadır. Sağlıklı yaşam için genetik faktörler, doğal şartlar, beslenme, çevresel şartlar ve spor yapma gibi etkenler ilk sıralarda yer almaktadır. Konuya bu açıdan bakıldığında sağlıklı yaşam, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık problemleri yani hastalıklarla mücadele şeklinde iki ana başlıkta toplanabilmektedir. Bu konuda, sağlık hizmetlerinin önemi her geçen gün artmakta ve bu hizmetlerin tüm insanlığa ulaştırılmasında azami güç ve çaba sarf edilmesi gerekmektedir. Covid 19 pandemisinde, özellikle aşı uygulamaları ve bunun tüm insanlığın hizmetine sunulması konusunda, insanlığın yeterli ölçüde çaba sarf etmediği de bu süreçte görülmüştür. (SETA; 2022). Buradaki temel sorunlar; sağlık hizmetlerinin kim tarafından, nasıl ulaştırılacağı ve kimlere öncelikli olarak sunulacağıın tespit edilmesi şeklinde sıralanmaktadır. Bu sorunun cevabı, sağlık hizmetlerinin herkese adil bir şekilde, zamanında ve yerinde ulaştırılması şeklindedir. Ancak bunun nasıl olabileceği ile ilgili olarak kurumsal bir kimlik, organizasyon yapısı, örgütlenme biçimi ve mali kaynaklarla bu hizmetin sağlanması, ilk çözülmesi gereken sorun olarak değerlendirilmektedir. Bunun için, genel olarak yani sağlık hizmetlerinin sağlanması ile ilgili olarak üç yapı ön plana çıkmaktadır. Bunlardan ilki kamu yani devlet, diğeri özel girişim ve üçüncüsü ise kooperatifleşme yolu ile bu hizmetlerin ulaştırılması şeklindedir. Sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yürütülmesi, vatandaşın devlete olan bağlılığı ve vatandaşlık bilinci gibi siyasi sonuçları olsa da bu durumun en önemli ekonomik boyutunu, bu hizmet karşılığında oluşacak olan kamu maliyesi oluşturacaktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan 2019 yılı raporuna göre, dünyada sağlık hizmeti harcamalarının yılda 7,3 trilyon doları bulduğu, bunun da küresel GSYİH’nın yaklaşık % 10’una denk geldiği ortaya konulmuştur. Raporda ayrıca, düşük ve orta gelirli ülkelerle, zengin ülkeler arasında sağlık hizmetlerine ayrılan mali kaynak açısından derin bir uçurumun olduğuna dikkat çekilmiştir. Sağlık harcamalarında ilk on sırada yer alan ülkelerde, kişi başına yılda beş bin dolar üstü harcama yapılırken, bu sıralamada son on sıra içinde yer alan ülkelerde ise kişi başı harcanan paranın yılda otuz doları geçmemesi de oldukça ilginç bir sonuçtur. Kısaca, küresel sağlık harcamalarının yaklaşık %80’nini zengin ülke vatandaşları yapmaktadır. Yine bir başka rapor, OECD ülkeleri arasında yapılmış ve ilgi çekici bazı sonuçlar ortaya çıkmıştır. OECD’nin 2019 verilerine göre, kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları Norveç’te 6.646, İsveç’te 5.782, Danimarka’da 5.567, Finlandiya’da 4.578 ve Türkiye’de de 1.337 dolar olduğu tespit edilmiştir. Norveç, OECD ülkeleri arasında üçüncü, İsveç altıncı, Danimarka sekizinci, Finlandiya on sekizinci sırada yer alırken, Türkiye otuz beşinci sırada yer almıştır (Euronews, 2022). Bu durum aşağıdaki Tablo 1’de verilmiştir.

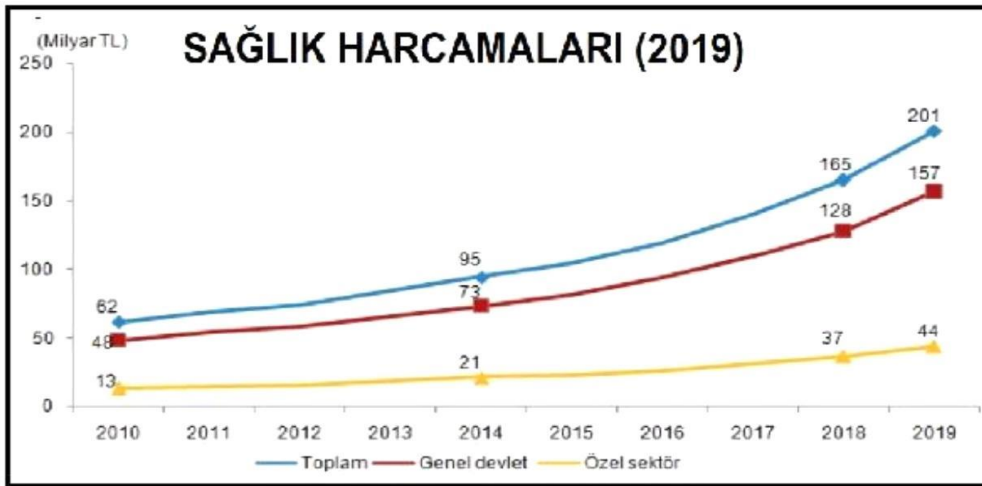
Tablo 1. OECD ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcamaları



Kaynak: Euronews, (2022)

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmetleri, devlet ve özel sektör tarafından verilmektedir. 2020 yılı verilerine göre, Türkiye’nin sağlık harcamaları yaklaşık 249 milyar TL civarındadır. 2010 ile 2019 yılları arasında TÜİK verilerine göre, Türkiye’de sağlık hizmetleri harcamaları sürekli bir artış göstermiştir. Tablo 2’de Türkiye’de sağlık hizmetlerinde ki devletin payının özel sektöre göre daha fazla olup her iki durumda da yıllar itibari ile bir artış gözlenmektedir (TÜİK, 2022). Bu duruma, artan nüfus ve son yıllardaki Covid 19 pandemisinin de etkisinin olduğu söylenebilir. Sağlık harcamaları içerisinde ilaç, tedavi ve aile hekimliği için yapılan harcamalar ilk sırada yer almaktadır.

Tablo 2. Türkiye’nin 2010-2019 Yılları Arası Sağlık Harcamaları.



Kaynak: TÜİK, (2022)

Türkiye’de toplam sağlık harcamaları; genel devlet ve özel sektör harcamaları olarak iki ana başlıkta toplanmaktadır. Bu harcamalar içerisinde devletin payı 2020 yılında %79,2 iken aynı yılda özel sektörün yapmış olduğu harcamaların payı ise %20,8 olarak gerçekleşmiştir. (Tablo 3).

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 2021 yılı verilerine göre Türkiye bütçesinin yaklaşık %17.68’i sağlık harcamaları için kullanılmıştır. Bu harcamalar ise aile hekimliği, acil sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri, evde sağlık hizmetleri ve sigara bağımlılığı ile mücadelede kullanılmıştır. Gerek dünyada gerekse Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tamamına yakını devlet ve özel sektör tarafından yerine getirilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet ve özel sektöre alternatif bazı sistem ve düşüncelerinde geliştirilmesi sürekli bir tartışma konusudur. Bunlardan biriside sağlıkta kooperatifçilik düşüncesidir (Akdur, 2011; Kasapoğlu, 2016).

Tablo 3. Türkiye’nin Toplam Sağlık Harcamalarında Devlet ve Özel Sektörün Payı

(Milyon TL)				
	2019	Pay (%)	2020	Pay (%)
<b>Toplam sağlık harcaması</b>	<b>201 031</b>	<b>100,0</b>	<b>249 932</b>	<b>100,0</b>
Genel devlet	156 819	78,0	198 062	79,2
Merkezi devlet	51 492	25,6	68 927	27,6
Mahalli idareler	1 373	0,7	1 632	0,7
Sosyal Güvenlik Kurumu	103 954	51,7	127 504	51,0
Özel sektör	44 212	22,0	51 869	20,8
Hanehalkları	33 626	16,7	40 105	16,0
Sigorta şirketleri	5 801	2,9	6 458	2,6
Diğer <sup>(1)</sup>	4 785	2,4	5 306	2,1

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

(1) "Diğer" sağlık harcamaları, hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

Kaynak: TÜİK, (2022).

### 3. Sağlık Hizmetlerinde Kooperatifçilik Düşüncesinin Temelleri

Kooperatifçilik düşüncesinin temeli, oldukça eskilere dayanmaktadır. Ancak modern kooperatifçiliğin, Robert Owen’in öncülüğünde ilk olarak İngiltere’de kurulduğu genel olarak kabul edilmektedir. İngiltere’de kurulan bu ilk kooperatif, tüketim amaçlı olurken Fransa’da üretim kooperatifleri, Almanya’da ise esnaf ve kredi kooperatifleri öne çıkmıştır. Kooperatifçiliğin tüketim, tarım, finans gibi alanlardan sağlık gibi tüm dünya toplumlarını ilgilendiren bir alanda da uygulamalarına daha sonraları rastlanmıştır (Birchall, 1997). Genel olarak sağlık hizmetlerinin uygulanması ve insanlara bunun ulaştırılması, özellikle salgın hastalıklar ile daha belirgin bir hale gelmiştir. Tarihte birçok devlet ve imparatorluk, bu tür salgın hastalıklardan dolayı ciddi can kayıpları ve ekonomik kayıplara uğramıştır. İnsan emeğine ve insan gücüne dayalı üretim yapısı ve askeri güçlerin bu tür salgın hastalıklardan olumsuz etkilenmesi elbette güç sahiplerini de derinden etkilemiştir. Bu güç sahipleri, çoğu kez imparatorlar, krallar, prensler veya tarihe mal olmuş çeşitli merkezî güçlerden oluşmuştur (Kumar and Preetha, 2012; Miller, 2013).

Sağlıkla ilgili ilk hizmetlerin, doğal olarak kamu veya devlet eliyle yerine getirilmesi ile ilgili ilk örneklerin salgın hastalıklar veya sadece sınırlı bir otoritenin yararlandığı, devletin gücüne veya parasal güce dayalı bir hizmet olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetlerini sağlamada veya sağlık hizmetlerine ulaşmada ikinci bir alternatif, özel sektör veya özel girişimciler olarak değerlendirilebilir. Bu durum, günümüzde birkaç ülke hariç tüm dünya ülkeleri tarafından uygulanmakta ve giderek yaygınlaşmaktadır. Benzer şekilde sağlık hizmetleri için kamu-özel

sektör işbirliği de üzerinde çalışılan ve uygulama imkânına sahip olan bir uygulama alanıdır. (Özer, 2016). Sağlık hizmetlerinin kamuya olan yükü, kalitesi ve uygulama alanının darlığı, kâr beklentisi gibi faktörler, bu hizmetler için özel girişimlerin de önünü açan etkenler arasında yer almaktadır. Kısaca sağlık hizmetlerinde devlet ve özel girişimin uygulama örneklerine, çeşitli ülkelerde farklı sistemler içerisinde rastlanmaktadır. Bu hizmetler çoğu kez önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri veya sağlıklı yaşamı destekleyen sağlık hizmet uygulamaları şeklinde verilmektedir.

Bütün bu tartışmaların yanı sıra sağlık hizmetlerinde üçüncü bir yol olarak kooperatifleşme tercih edilmeli mi? Niçin sağlıkta kooperatifleşme? Bunun altyapısı nasıl olacak? Şeklinde birçok soruda akla gelebilir ve bütün bu soruların cevabı için öncelikli olarak kooperatifçilik düşüncesinin tartışılması ve bu düşünce için çeşitli yaklaşımlar ileri sürülebilir. Sağlıkta kooperatifçilik düşüncesi için iki ana başlık ön plana çıkarılabilir. Bunlar;

### **1. Sağlık hizmetleri kim tarafından ve nasıl verilecek veya verilmelidir?**

Bu konuda devlet ve özel sektör arasındaki tartışmalar ve her iki sektöründe bu hizmet için sağlayacağı faydanın ortaya konulması oldukça önemlidir. Kamu hizmetinde atıl kaynakların kullanılamaması ve doğru kaynak aktarılamaması ile birlikte herkesin bu hizmetten tam olarak faydalanamaması gibi bir sorunla karşılaşılabilir. Ancak kamunun böyle bir hizmeti vermesi, bir devlet olmanın gereği ve bu hizmetin temel insan hakları kapsamında olmasından dolayı olumlu karşılanabilecektir. Sağlık hizmetinin özel sektör tarafından verilmesi ki özel sektörün kârlılık ve bu hizmeti sadece maddi imkânı olanlara verme önceliği de elbette bir tartışma konusudur. Ancak verilen hizmetin kalitesinde ücret ve mali imkânların zorlayıcı etkisi ile bu hizmetin kalitesinin de arttırılabileceği de düşünülmesi gereken başka bir konudur. Bu konuda, İktisat Biliminin kurucusu olarak bilinen Adam Smith, dünyaca ünlü eseri *Millî Zenginliğinde*, sağlığın piyasa koşullarına bırakılmayacak denli önemli bir alan olduğunu belirtmesi de oldukça dikkate değerdir. (Korkmaz, 2022). Bu yaklaşım, aslında günümüzde geçerli olan ve yaygın olarak uygulanan ekonomi politikalarının, serbest piyasa ekonomisine dayalı ilkesi ile belirli ölçüde çelişmektedir. Bunun yanı sıra, devlet-özel sektör işbirliği içerisinde verilen sağlık hizmetlerinin de güncel bir tartışma konusu olduğu ancak yine de sağlık hizmetlerinin sunumunda kooperatif benzeri uygulamalarında bu tartışmalara konu edilebileceğine bir işaretir (Al-khrabsheh *et al*, 2017; Bobocea *et al*, 2016, Sandbrook, 2022).

### **2. Genel kooperatifçilik düşüncesi ve sağlık hizmetleri;**

Kooperatifçilik düşüncesinin kökenleri oldukça eskilere dayanmakla birlikte genel olarak bu düşüncenin merkezinde karşılıklı yardımlaşma, dayanışma ve işbirliğinin olduğu söylenebilir. Ancak kooperatiflerin birer kâr amaçlı yapılar olduğu ve özel işletmelerin faaliyet alanının tamamında kendisine özgü yapısı ile faaliyette bulunabileceği bir gerçektir. Bu yüzden kooperatifçilik düşüncesi, her yıl 18 Aralıkta girişimcilik ve işletmecilik temaları ile ön plana çıkarılmakta, kamu sektörünün boşalttığı yerlerde azgın kapitalist koşullar yerine, kooperatifçilik anlayışına göre kârı odaklayan bir anlayışa sahiptir. Kısaca kooperatifçilik düşüncesinin gönüllü, demokratik yönetimi esas edinmiş, iç ve dış denetime sahip ortaklı bir tür girişimcilik ve işletmecilik faaliyeti olduğu söylenebilir. Sağlık hizmetlerindeki kooperatifçilik düşüncesinde de karşılıklı yardımlaşma, dayanışma ve işbirliğinin olması gerekliliği zaten önemli bir konu olup buna ilaveten bu hizmetlerin kooperatifçilik bünyesinde olması da oldukça özel ve önemli bir duruma işaret etmektedir. Ancak bu hizmetlerin sürdürülebilir olması için hizmeti veren yapının da sürdürülebilir yani finanse edilmiş ve kâr amaçlı bir yapı içerisinde



olması gerekmektedir. İşte bu noktada, kooperatifçiliğin devreye girmesi, sağlık hizmetlerindeki sürdürülebilirliğin de bir gereği olarak kooperatifçilik düşüncesi yolu ile bu hizmetin sunulabileceğinin de önü açılacaktır. Kısaca sağlıkta kooperatifçilik düşüncesi, kamucu ve özel sektörcü anlayışın olumsuz yönlerini bertaraf edebilecek, bunun yanı sıra her iki anlayışın da olumlu yönlerini bünyesinde toplayabilecek bir anlayışa sahip olması ile bu boşluğun doldurabileceği söylenebilir (BCMJ, 2007; Pauly and Redisch, 1973).

Sağlık hizmetleri alanında olası bir kooperatifleşmenin iki önemli ayağının bulunması gerekmektedir. Bunlar, sağlık hizmeti alanı ve kooperatifçilik alanı olarak iki ana başlıkta toplanmaktadır. Sağlık, insan yaşamını doğrudan etkileyen en önemli birincil hizmetlerden birisidir. Öyle ki sağlıklı yaşam, tüm insanların ve ülkelerin ulaşmaya çalıştığı ideal ve sürdürülebilir hedefler arasında yer almaktadır. Sağlıkın önemini vurgulayan pek çok nitelikli özlü söz bulunmaktadır. Bunlardan biriside Kanuni Sultan Süleyman’ın ‘*Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi*’ özlü sözüdür. Bu söz, sağlığın öneminin bir padişah tarafından vurgulanması açısından oldukça önemlidir. Sağlık hizmetlerinin ulaştırılmasında veya uygulamasında özel nitelikli ve eğitilmiş kişilerin rol alması gerekmektedir. Doktor, hemşire, ebe, sağlık teknisyeni ve daha da uzmanlaşmış kişiler bunların en önde gelenlerdir. Buna ilaveten sağlık hizmetlerinin verilebilmesi, özel ve steril ortamlarla mümkün olabilecektir. Bu ortamın ise başta hastane, sağlık ocağı, dispanser, sağlıklı yaşam merkezleri vs. yerlerde verilebileceği bir gerçektir. Ancak yer yer savaş veya doğal afet gibi olağanüstü durumlarda, bunlar sahra hastaneleri gibi yine bazı özel koşullarda da sağlanabilmektedir. Bu hizmetlerin sunumunda ayrıca yasal ve etik kuralların olması da oldukça önemlidir. İnsan sağlığının her şeyin üstünde olma bilinci ve bu hizmetlerin etik yönü hatta mahremiyet yönünün olması da bu hizmetleri oldukça özel kılmaktadır (Kırılmaz ve Kırılmaz, 2014).

Sağlık kooperatifçiliğinin ikinci ayağını da kooperatifçilik düşüncesi ve uygulamaları oluşturmaktadır. Karşılıklı yardımlaşma, dayanışma ve işbirliğine dayalı bir ortaklık kurarak bu ortaklığı kâr amaçlı olarak yürüten kooperatifçilik anlayışının, sağlık alanında uygulaması da oldukça özel bir konudur. Yine gönüllük, demokratik yönetim, özerklik gibi uluslararası kooperatifçilik ilkelerinden oluşan bir sistemin, sağlık alanında uygulaması da kaçınılmaz olacaktır. Bu durum aşağıdaki şekil 1’de ifade edilmektedir (Brown, 1997; Majee and Hoyt, 2011).

**Şekil 1.** Sağlık Hizmetleri Kooperatifçilik Düşüncesi



Kısaca, şekil 1’de görüleceği üzere sağlık hizmetleri kooperatifçiliği, sağlık hizmetlerindeki tıbbi bilgi, yeterlilik ve hassasiyet ile kooperatifçilik düşüncesinin bir araya gelmesi ile oluşabilecek bir yapıda olacaktır. Bu yapıda, işletmecilik ve girişimcilik anlayışının dayanıma, yardımlaşma ve işbirliği anlayışı ile buluşturulması ile genel sağlık kuralları ve etik ilkelerin birlikte yapılması tamamlayıcı ve bütünleştirici bir unsur oluşturacaktır. Sağlık hizmetleri kooperatiflerinde, sağlık hizmetinin bir kooperatifçilik anlayışı içinde yapılması ile daha insancıl ve katılımcı bir şekil alabileceği de bir gerçektir.

### **3. ünyada Sağlık Hizmetleri Kooperatifçiliği Uygulamaları**

Dünyada sağlık alanındaki kooperatifleşme anlayışı ve uygulamaları, diğer alanlara göre daha hassas ve daha az dile getirilmektedir. Her yıl tartışmalı da olsa, 18 Aralıkta düzenlenen Uluslararası Kooperatifçilik Yılı etkinliklerinde, kooperatifçiliğin oldukça geniş bir alanda uygulama örnekleri tanıtılıp sunulsa da bu konuda sağlık hizmetleri kooperatiflerinin daha az vurgulandığı ya da oldukça geri planda kaldığı da söylenebilir. Dünyada sağlık kooperatifçiliği, genel olarak sağlık hizmetleri kooperatifleri şeklinde tanımlanmakta ve bu şekilde bir örgütlenme modeli oluşturmaktadırlar. 1990 yılında yapılan bir çalışmada, sağlık hizmetleri kooperatiflerinin beş temel özelliğine dikkat çekilmiştir (Angus and Magna, 1990). Bunlar;

1. Topluluk tabanlı örgütlü olmaları ve onlar tarafından yönetilebilir olmaları,
2. Bir bölgede temel sağlık hizmetleri, sosyal sağlık hizmetleri ve bunlarla ilintili diğer hizmetleri birlikte sunmaları,
3. Çeşitli tıbbi disiplinlerde hizmet vermeleri,
4. Özellikle önleyici-koruyucu tıp, sağlık hizmetlerinin geniş tabanda sunulması, sağlık eğitimi ve ayakta tedavi hizmetleri üzerinde yoğunlaşmaları,
5. Profesyonel sağlık çalışanlarını hizmetleri başına ücret sunarak değil, uzun süreli şekilde maaş veya kar payı karşılığında istihdam edilmeleri,

Yukarıda sayılan hususların, özellikle sağlık hizmeti sunumunun yetersiz olduğu ülke ve bölgelerde etkin olabileceği şeklinde bir değerlendirme yapılmaktadır. (Rohan, 2003). Sağlık hizmetleri kooperatiflerinde temel kooperatifçilik ilkeleri dikkate alındığında, onlarında birer kâr odaklı olması gerektiği bir gerçek olmasına rağmen konu ile ilgili yapılan bazı değerlendirmelerde, bu tür kooperatiflerin kâr amaçlı olmamaları şeklinde bir görüş bildirmişlerdir (Turan, 2004).

Sağlık hizmetleri kooperatiflerinin temel sorularının başında, bu kooperatif hizmetinin kimler tarafından sunulabileceği ya da kurulabileceği şeklindeki sorular ilk sıralarda yer almaktadır. Bu tür kooperatifler ya hizmet alanlar tarafından ya da hizmet verenler tarafından kurulabilir ki bu iki anlayışta bu alandaki kooperatifçilik düşüncesinin hizmet boyutunu değiştirebilmektedir. Söz gelimi bu kooperatif, hizmet alanlar tarafından kurulursa bir tüketim kooperatifi şeklinde olabileceği ya da hizmet verenler tarafından kurulursa bir tüketim kooperatifi şeklinde ya da bir işçi kooperatifi gibi olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde bu tür bir kooperatif, hizmet verenler tarafından kurulmaları halinde, kendi kuracakları sağlık hizmeti vasıtasıyla bu hizmeti sunabilecekleri şeklinde bir sonuç ortaya çıkabilmektedir (Korkmaz, 2022). Dünyada özellikle gelişmiş olan ülkelerde faal olan sağlık hizmetleri kooperatifleri üç ana başlıkta toplanmaktadır. Bunlar;

1. Yalnızca sağlık hizmeti sunan kooperatifler,
2. Temel amacı sağlık hizmeti sunmakla beraber başka alanlarda da faal olan kooperatifler,
3. Sağlık alanında olmamakla birlikte bu alanda faaliyet gösteren kooperatiflere destek olan kooperatifler,

Sağlık hizmetleri kooperatifleride tıpkı diğer alanlardaki kooperatiflerde olduğu gibi faaliyetlerinde ortaklık, kâr, kârın bölüşümü ve risturn ilkesine göre hareket etmek zorunda kalacaklardır. Ancak bu alandaki hizmetlerin, insan yaşamı ve varlığın devamlılığı açısından da önemli olduğu için verilecek hizmetlerin teknik altyapısı, insan kaynağı ve mali kaynakların planlaması esas olmaktadır. Kısaca sağlık hizmetleri kooperatiflerinde genel olarak aşağıda geçerli olabilecek ilkelere göre faaliyette bulunabilirler:

1. Kooperatifçilik düşünce ve ilkelerinin geçerliliği (demokratik yönetim, gönüllülük, kârın bölüşümü, siyasi ve dini tarafsızlık vs.).
2. Sağlık bilimi ve hizmetlerinin geçerliliği (Tıbbi bilgi, uzmanlık, etik kurallar vs.)
3. İşletmecilik ve girişimcilik ilkelerinin geçerliliği (İşletmecilik mantığı ve faaliyetleri vs.).
4. Yasal altyapının geçerliliği (Uluslararası ve ulusal hukuka uygunluk).

Bu ilkeler, sağlık hizmetleri kooperatifçiliğinde başarılı uygulamalar için kaçınılmaz olacak ve devamlılığı sağlayacaktır. Dünyada, sağlık hizmetleri kooperatifleri özellikle gelişmiş ülkelerde farklı alanlarda topluma hizmet edebilmektedir. Bu yönü ile bakıldığında sağlık hizmetleri kooperatifleri genel olarak aşağıdaki alanlarda faaliyet göstermektedirler:

1. Birincil ve özel sağlık hizmetleri,
2. Hastanelerin, sağlık merkezlerinin ve çeşitli sağlık tesislerinin yönetimi,
3. Sağlık Sigortası,
4. Sosyo-sağlık
5. Teşvik, önleme ve sağlık okuryazarlığı,
6. Eczacılık,

İfade edilen bu alanlarda, sağlık hizmetleri kooperatifleri için uygulama imkânı bulmasına rağmen bazı ülkelerde alternatif uygulamalara da rastlanmaktadır (Anania *et al.*, 2020, Hafen *et. al.* 2014). Bunlar, sağlıklı yaşam ve bunun desteklenmesi şeklinde de olabilmektedir.

Sağlık hizmetleri kooperatifleri genel olarak dünyada aşağıdaki şekillerde uygulama imkânlarına sahiptir. Bunlar;

1. *İşçi kooperatifleri*: İstihdam yaratmak, sağlık profesyonellerinin çalışma ve ekonomik koşullarını iyileştirmek ve mesleki muhakeme özgürlüğünü sağlamak.
2. *Üretim kooperatifleri*: Eczacılar gibi benzer türde mal veya hizmet üreten kişilere aittir. Kooperatif, üyelere hizmet sağlar ve kırsal veya zor bölgelerde bile ilaç ürünlerinin perakende satışını sağlar. Eczacılar değer katmaya ve hastaların ilaca erişiminde eşitliği geliştirmeye odaklanan bir dayanışma modelidir.

3. *Kullanıcı kooperatifleri:* Sağlık hizmeti sunumunun eksikliğine, belirli kolektiflere erişimdeki zorluklara veya bakım sağlanamamasına bir yanıt olarak, kooperatif üyeleri ilgilenilecek kaynakları kendilerine sağlarlar.
4. *Çok paydaşlı kooperatifler:* Hastalar, doktorlar, hemşireler, sağlık görevlileri, sağlık dışı çalışanlar veya kamu yetkilileri gibi birden fazla üyelik sınıfının sahibi ve kontrolü altındadır.

Bu alanların bir tür sağlık hizmetleri kooperatifçiliği için dünyada da farklı boyutlarda uygulama örneklerine rastlanılmaktadır.

### **3. 1. Dünyada Sağlık Kooperatifçiliği ve Uygulama Örnekleri**

Dünyada sağlık alanındaki kooperatifleşmenin geçmişi 1900’lü yılların başlarına kadar dayanmaktadır. 1904 yılında ilk olarak Danimarka’da başlayan sağlık kooperatifçiliği sonraki yıllarda yavaş da olsa diğer ülkelerde de çeşitli boyutları ile devam etmiştir. Hindistan’da Sıtma hastalığı ile mücadele için kurulan sağlık kooperatifi örneği ile birlikte Yugoslavya’da 1921 yılında genel sağlık hizmetleri veren bir kooperatifin kurulması da bu alanda atılan önemli adımlardan birisini oluşturmaktadır. Yine 1929 yılında ilk olarak kurulan bir sağlık kooperatifi hastanesi, sağlıkta kooperatifleşmenin en somut örneklerden birisini oluşturmaktadır. Özellikle bu yıllarda ve 20.yüzyılın başlarında sağlık hizmetleri, sağlık sigorta uygulamaları ve kırsal alanlarda sağlık hizmetlerinin verilmesi şeklinde bir gelişme gösteren sağlık kooperatifçiliği, kurumsal bir kimliğe 1996 yılında Uluslararası Sağlık Kooperatifleri Birliği’nin kurulması (IHCO) ile kavuşmuştur. BM tarafından yapılan araştırmalara göre dünyada farklı işlevleri olan 43 kadar ülkede sağlık hizmeti kooperatifinin olduğu tespit edilmiştir. Dünya sağlık hizmetleri kooperatiflerini bir araya getiren IHCO’ya üye 13 kooperatif üst örgütü bulunmakta ve bu örgüt bünyesinde dünyada yaklaşık 100 milyon insana çeşitli konularda sağlık hizmeti verilmektedir. Bu birlik aynı zamanda ICA’nın da bir parçası ve tamamlayıcısı olarak görev yapmaktadır. Birlik, birincil ve uzmanlaşmış sağlık hizmetleri, hastanelerin yönetimi, sağlık sigortası, sosyo-sağlık hizmetleri, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlık okuryazarlığı ve eczane dağıtımı alanlarında faaliyet gösteren ulusal kuruluşlar ve kooperatif işletmelerinden oluşmaktadır. IHCO, kamu ve özel sağlık hizmetlerine bir alternatif olarak kurulmuş ve sağlık kooperatifleri ile ilgili politikaların, WHO, ILO, BM veya ICA gibi uluslararası kuruluşlar düzeyinde tartışıldığı dünya çapında bir forumdur (COOP, 2022).

IHCO’nun günümüzdeki üye kooperatif ve örgütleri; Centrosojuz, Russia; Co-operatives UK, United Kingdom; Federación Argentina de Entidades Solidarias de Salud, Argentina; Federazione Sanità, Italy, Fundación Espriu, Spain, Health Care Cooperatives Federation of Canada, Canada, Health and Welfare Cooperative Federation, Japan; Koperasi Doktor Malaysia Berhad, Malaysia; Sanitas Foundation, Poland; Unimed do Brasil, Brazil; National Health Co-op, Australia; Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales Coomeva, Colombia; Cooperative Health Management Federation, Philippines; Lok Swasthya Sewa, India; Central Nacional Unimed, Brazil; Alliance Camerounaise des Coopérative de Santé, Cameroon; Federation of Cooperatives of Pharmacists, Greece şeklinde sıralanmaktadır (EURICSE, 2022; UIA, 2022).

ünyada sağlık hizmeti kooperatifleri, insanların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için sigorta sağlayanlar ve doğrudan sağlık hizmeti sunanlar olarak iki ana başlıkta toplanabilir. Örneğin, Kanada’da 1966’da kapsamlı bir sağlık sisteminin kurulmasından önce, Manitoba’daki buğday üreticileri kooperatifi, 271 hastane ve 50.000’den fazla ortağa sahiptir. Benzer şekilde ABD’de 1930’larda kırsal bölgelerin üçte birinde 600.000’den fazla kişiye hizmet veren bir kırsal sağlık programı başlatarak bu alanda kooperatifleşmeye öncü olmuştur. Dünyadaki en büyük tüketiciye ait sağlık kooperatiflerinden biri olan ve dünyanın en büyük yedinci sağlık bakım organizasyonu olan Puget Sound Group sağlık kooperatifi ise savaş sonrası dönemde kent temelli sağlık kooperatiflerinin gelişmesine katkı sunmuştur. Bugün Kanada genelinde, sekiz eyalette 1 milyondan fazla kişiye bakım sağlayan 101’den fazla sağlık bakım kooperatifi bulunmaktadır. Uluslararası Sağlık Kooperatifi Birliği, dünya çapında 100 milyondan fazla haneye sağlık kooperatifleri tarafından hizmet verildiğini ortaya koymuştur. Japonya’da 125’in üzerinde tıbbi kooperatifte yaklaşık 3 milyon hastaya hizmet verilmektedir (MacKay, 2007). Bu ve benzeri örnekler, dünyada sağlık hizmeti sunan kooperatiflerin ülkeden ülkeye veya sağlık hizmetindeki farklılara göre değiştiğini göstermektedir. Dünyada sağlık kooperatifçiliği uygulamaları ile ilgili olarak bazı öne çıkan ülke ve örnek uygulamalar bulunmaktadır. Bunlardan bazıları aşağıdaki Tablo 4’de özetlenmiştir.

**Tablo 4.** Bazı Ülkelerde Sağlık Hizmetleri ve Kooperatifleşme Örnekleri

Ülke	Sağlık Hizmetleri Kooperatifi Uygulama Biçimi
Belçika	Belçika sağlık sistemi, temel olarak federal ve bölgesel olmak üzere iki ana grupta organize edilmiştir. 1980’den sonra, sağlık hizmetleri politikasının sorumluluğunun bir kısmı federal hükümetten bölgesel hükümetlere devredilmiştir. Sağlık hizmetleri öncelikle sosyal güvenlik katkıları ve vergilendirme yoluyla finanse edilmektedir. Bu hizmet; zorunlu sağlık sigortası ve özel sağlık hizmetlerinin bileşiminden oluşmaktadır. Belçika’da sağlık sigortası sistemi, uzun bir geçmişe sahip olup karşılıklı yardım dernekleri gibi STK’lara dayanmaktadır. Sağlık sigortasına hak kazanan tüm bireyler, altı karşılıklı yardım kuruluşundan biri veya bölgesel bir hizmetten biri olan bir hastalık fonuna katılarak sisteme dâhil edilmektedir. Özellikle bu sistem içinde kooperatif eczaneleri önemli ölçüde yaygın olup 'Maisons Medicales' (toplum sağlığı merkezleri) şeklinde örgütlenmişler ve bunlar kooperatif statüsüne sahip olmasalar da, kooperatiflere benzer yönleri bulunmaktadır.
Kanada	Kamu tarafından finanse edilen bir sağlık hizmetine sahip olan Kanada’daki bu sistem, büyük ölçüde Birleşik Krallık modeline dayanan Kanada Sağlık Yasası’nın kabulü ile yürürlüğe girmiştir. Bu sistem içinde sağlık hizmetleri kooperatifleri önemli bir yer tutmakta ve geniş bir halk kitlesine ulaşmaktadır.
Japonya	1961’de uygulamaya koyduğu genel sağlık hizmetleri uygulama politikası, Japonya’da yüksek yaşam beklentisi düzeylerine ve daha düşük bebek ölüm oranlarına ulaşılmasına neden olmuştur. Özellikle yaşlı bakım hizmetlerindeki maliyetin artması Japonya’da bu hizmeti zorlar hale gelmiştir. Bu yüzden ülkede, uygulanabilir bir sağlık sistemi geliştirme ve entegre toplum bakımı modeli oluşturulması için kooperatiflere önem verilmiştir. Köseiren, tarım kooperatifleri tarafından kurulmuş, kırsal alanlarda faaliyet gösteren sağlık uzamları ile işbirliği içinde uygun fiyata sağlık hizmeti sunmak ve üyeler için sağlık eğitimi/check-up faaliyetlerini teşvik etmek için tüketici kooperatifleri olarak örgütlenmiştir.
İspanya	İspanya’da, ulusal sağlık sistemi 1980’lerin sonlarında kurulmuş ve 2011’de ise ciddi bir reformdan geçirilmiştir. Sistem, yüksek derecede özerkliğe sahip on yedi özerk toplulukla yüksek oranda merkezleştirilmiştir. Bu politikalar, dört kuruluş, iki sigorta şirketi, iki tıp

	doktoru kooperatifi ve bir tüketici kooperatifinden oluşan Espriu Vakfı gibi sağlık kooperatifi şekline dönüşerek uygun bir model oluşturulmuştur
Brezilya	Brezilya’da sağlık, 1988 Federal Anayasası’ndan bu yana genel bir uygulama içindedir. Ancak, bu kamu sağlık sisteminin tüm nüfus gruplarına ulaşamaması, bazı hizmetlerin düşük kaliteli olması gibi nedenlerden dolayı özel sağlık hizmetleri ağıının bu ülkede ortaya çıkmasına neden olmuştur. Kooperatifler, Brezilya’nın en büyük sağlık ağı ve dünyadaki en büyük tıbbi kooperatif sistemi olan Unimed ile pazarın çoğunu işgal etmektedir. Brezilya halkının sağlığını iyileştirmek için halk arasında işbirliği kültürünü güçlendirmek ve devlet ile bir dayanışma ortaklığı oluşturarak Unimed gibi bir yapılanma içerisindedir
ABD	İlk sağlık kooperatifi 1929’da Oklahoma, Elk City’de Dr. Michael Shadid tarafından kurulmuştur. Büyük zorluklara rağmen Oklahoma Çiftçiler Birliği’nin yardımıyla, bir hastane inşa etmek için bir kredi sağlamak ve ön ödemeli bir sigorta planı oluşturmayı başarmıştır.

Kaynak: The Commonwelath Fund, (2022).

Tablo 4’de, dünyada sağlık hizmetleri kooperatifleri ile ilgili bazı ülkelerdeki uygulama örnekleri verilmiştir. Bu örneklerde, sağlık hizmetleri kooperatiflerinin dünyada devlet, özel sektör veya STK’ları ile yer yer birlikte hareket ettikleri anlaşılmaktadır.

##### **5. Türkiye’de Sağlık Kooperatifçiliği**

Türkiye yaklaşık 84 milyonluk bir nüfus, gelişen ekonomisi ve stratejik konumu itibarı ile gerek bölgesinde gerekse dünyada her geçen gün önemi daha da fazla artan bir ülkedir. Covid 19 pandemi sürecinde Türkiye, güçlü sağlık altyapısı ile bu süreci en başarılı yöneten ülkelerden birisi olmuştur. Salgın sürecinde inşa edilen yeni hastaneler, sağlık personeli ve başarı ile sonuçlandırdığı aşı çalışmaları ve uygulamaları ile bu süreci en az kayıpla atlatabilecek ülkelerden birisi olmuştur (Yücesan ve Özkan, 2020). Türk sağlık hizmetinin köklü geçmişi, bir ölçüde köklü devlet gelenekleri ile de örtüşmektedir. Her alanda olduğu gibi kooperatifçilik alanında da Türk Milletinin tecrübe ve birikimi, kooperatifçiliğin Türk toplumu arasında benimsenmesine ve uygulanma imkânı bulmasına neden olmuştur. *İmece* kültürünün şekillendiği Türklerde, Ahi Birlikleri ile yardımlaşma ve dayanışma bilinci daha teşkilatlı bir hale gelmiştir. Modern kooperatifçiliğin Türkiye’de, cumhuriyet öncesinde Mithat Paşa’nın başlattığı Memleket Sandıkları ile şekillendiği ve günümüze kadar çeşitli aşamalardan geçtiği söylenebilir. Günümüz Türk kooperatifçiliği, yasal altyapı, finans problemleri ve örgütsel sorunları olsa da belirgin bir ilerleme kat ettiği söylenebilir. Yaklaşık 7 milyon ortağı ve 56 bin kooperatifi ile Türk kooperatifçiliği, ekonomik ve sosyal yaşamdaki önemi her geçen gün artmaktadır. Özellikle yaşanan ekonomik sorunlar, gıda krizi gibi global ölçekli sorunlar, Türk kooperatifçiliğinin öneminin bir kez daha vurgulanmasına neden olmuştur. Türk kooperatifçiliğinin gelişim sürecinde bazı önemli dönüm noktaları olmuştur. Bunlardan birisi de 2012-2016 yılları arasını kapsayan Türkiye Kooperatifçilik Strateji Eylem Planıdır. Bu eylem planında, Türkiye’de kooperatifçiliğin özellikle konut ve tarım alanında yoğunlaşmış olduğu perakende, kredi-finans, sigortacılık, enerji üretimi, eğitim, sağlık gibi sektörlerde yeterince yer alamadığının altı çizilmiştir. Bu durum, Türk kooperatifçiliğinde sağlık sektörünün geçmişte yeterince ele alınmadığının da altı çizilmiştir. Bu yetersizliğin vurgulandığı ancak geleceğe yönelik olarak belirlenecek olan kooperatif stratejilerinde de sağlık kooperatifçiliğine vurgu yapılmadığı ve bu alanda güçlü, zayıf ve geliştirilebilecek alanların tespit edilmediği de anlaşılmaktadır. Benzer şekilde Türkiye Kooperatifçilik Stratejisi ve Eylem Planı Değerlendirme ve Yönlendirme Komitesi tarafından 31.05.2017 tarihinde yapılan toplantı ile

2012-2016 Türkiye Kooperatifçilik Stratejisi ve Eylem Planı’nın kapatılmasına ve 2019-2023 dönemini kapsayacak yeni bir Strateji Belgesinin hazırlanması için bu yönde çalışmalara başlanmasına karar verilmiştir. Ancak bu planın içeriğine dair herhangi bir doküman ve bilgiye ulaşılamadığından sağlık kooperatifçiliği ile ilgili olarak belirgin bir kanaate varılamamıştır (Bilgin ve Tanıyıcı, 2008).

Türkiye’de sağlık kooperatifçiliği ile ilgili dolaylı olarak Anayasa’nın 171. maddesi ve 1163 sayılı *Kooperatifler Yasası* esas alınarak çok sınırlı da olsa bazı düzenlemeler yapılmış olmasına rağmen oldukça yetersiz olduğu anlaşılmaktadır. 2013 yılında 1163 sayılı kooperatifler kanununun 88. maddesine göre “Sağlık Hizmetleri Kooperatifi Ana Sözleşmesi” hazırlanması konu ile ilgili olarak yapılan ilk ve tek düzenleme olduğu söylenebilir.

### **5.1. Sağlık Hizmetleri Kooperatifi Ana sözleşmesi ve Hekimler Sağlık Hizmetleri Kooperatifi (Hekim-Koop).**

İlgili ana sözleşmenin 6. maddesinde, sağlık hizmetleri kooperatiflerinin amacı;

*‘Kooperatifin amacı; 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atların Tarzı İcrasına Dair Kanun ve ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak, etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak üzere, özel sağlık kurumları açmak ve işletmek, sağlık hizmetleri ile ilgili gereksinimleri karşılamak, ortakların mesleki, ekonomik, kültürel ve sosyal ihtiyaçlarının iyileştirilmesini sağlamaktır.’* olarak vurgulanmıştır. Söz konusu kooperatifin 3359 sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atların Tarzı İcrasına Dair Kanun* ve ilgili mevzuata atıf yapılarak kurulması ve faaliyet içinde bulunması sağlanmıştır. (T.C. Gümrük ve Ticaret Bakanlığı, 2022). Böylece kurulacak kooperatifin;

1. Etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunması,
2. Özel sağlık kuruluşları açması ve işletmesi,
3. Sağlık hizmetleri ile ilgili gereksinimlerin karşılanması,
4. Ortakların mesleki, ekonomik, kültürel ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması şeklinde amaçları sıralanmıştır. Bu amaçlar aynı maddenin alt bölümlerinde uygulama ve faaliyetleri ile ilgili olarak biraz daha ayrıntılı olarak sıralanmıştır. Bunlar sağlık kooperatifinin amacına uygun olarak özetle;
1. Gayrimenkuller ile fiziki mekânları satın almak, kiralamak ya da yapılmasını sağlamak,
2. Muayenehane, poliklinik, sağlık merkezi, hastane, laboratuvarlar ve sair tesisler ile ağız ve dış sağlığı için tedavi merkezleri açmak ve bunları işletmek,
3. Uygun nitelikte sağlık personeli ile diğer personeli istihdam etmek,
4. Ortaklarının mesleki eğitimlerine katkı sağlamak,
5. Ortaklarının sigorta ihtiyaçlarına yardımcı olmak,
6. Her türlü sağlık ekipmanları ile ihtiyaç maddelerini iç ve dış piyasadan temin etmek,
7. Ulusal ve uluslararası kuruluş ve kişilerin yürütmüş olduğu sağlık projelerine katılım sağlamak, proje ve çalışmalarını desteklemek,
8. Ortakları ve kooperatif ile ilgili diğer amaçlar,

Türkiye’de sağlık kooperatiflerinin amaçları genel olarak sağlık hizmetleri ile ilgili olarak girişimcilik faaliyetlerinin bir kooperatif anlayışı içinde oluşturulmasını ve sürdürülmesi sağlamak şeklinde genel olarak özetlenebilmektedir. Ancak uygulama imkânı çok sınırlı olan bu kooperatiflerin amaçları da tam olarak yerine oturmuş bir düşünce şeklinde değildir. İlgili sözleşmenin en dikkat çeken bir özelliği de ortaklık şartları ile ilgili olan 10. maddesindeki ifadelerdir. Bu ifade de *‘Kooperatife ortak olabilmek için; Tıp Fakültesi veya Diş Hekimliği Fakültesi mezunları ortaklığında, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı ve medeni hakları kullanma ehliyetine sahip, gerçek kişiler ile kamu veya özel hukuk tüzel kişilerinden olmak gerekir. Gerçek kişiler için öngörülen mesleki nitelik, mezun olduğu yükseköğretim kurumuna ait diplomanın noter onaylı bir örneği ile kanıtlanır’* şeklinde ortaklık şartı ile ilgili bir içerik oluşturulmuştur. Sağlık hizmetleri kooperatifleri ana sözleşmesinin diğer maddeleri ise genel olarak kooperatifçilik ilke ve kuralları ile alakalı olup doğrudan sağlık hizmetlerine vurgu yapılmamıştır (Hürriyet, 2022).

Türkiye’de şuan sadece bir adet 2013 yılında kurulan bir sağlık kooperatifi bulunmaktadır. Bu kooperatif *‘Hekimler Sağlık Hizmetleri Kooperatifi’* ismi ile 2013 yılında kurulmuş olup genel cerrahi, çocuk hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum ve onkoloji olmak üzere toplam 29 ayrı branşta uzman hekimler bu kooperatifte yer almaktadır. İzmir’de 2013’te hızla değişen küresel sosyo-ekonomik koşullarda hekimlerin mesleklerini herhangi bir baskı altında kalmadan bağımsız olarak uygulayabilecekleri inancıyla kurulan *‘Hekimler Sağlık Hizmetleri Kooperatifi (Hekim Koop)’* varlık nedeni olarak *‘iyi hekimlik’* sloganı ile faaliyetlerini sürdürmektedir. Hekim Koop, genel olarak halkı doğru bilgilendirmek, kaliteli hizmet sunmak ve hekimlere destek ve danışmanlık hizmeti ile faaliyetlerini sürdürebilmektedir. Bu amaç, doğrudan kooperatifin kuruluş amacı ile de örtüşmektedir. Kurulan kooperatifin, hekimlerin ticari çıkarlarını gözetmek amacıyla kurulmadığı vurgulanırken hekimlerin mesleklerini yapabilecekleri en uygun alanlarının tanımlanmasının temel görevleri arasında yer aldığı belirtilmiştir. Bu amaçları yerine getirirken en uygun yöntemin kooperatifleşme olduğu konusunda ilgili kooperatif yöneticilerinin bir kanaatinin oluşması da dikkate değer bir bilgi olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde 48 ortağı olan Hekim-Koop’un başta Türk Tabipler Birliği (TTB) ve ilgili kuruluşlarla da eşgüdümlü olarak faaliyet içerisinde oldukları söylenebilir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri kooperatiflerinin kurulması ile ilgili olarak temel düşüncenin büyük sermaye gerektirmeden sağlık hizmetlerinin sunulması şeklinde ifade edilmiştir. Böylece, sağlık alanında gereksinim duyulan sermayenin kooperatifler vasıtasıyla ortaklık anlayışı içinde verilebileceği öngörülmüştür. Dönemin Gümrük ve Ticaret Bakanı Hayati Yazıcı, konu ile ilgili olarak vermiş olduğu bir demecinde *‘Sağlık alanında kooperatifleşme ile özellikle büyük sermaye gerektirmeden poliklinik, tıp merkezi ve hastane gibi sağlık kuruluşlarının kurulabileceğine dikkati çekerek, vatandaşların da sağlık hizmeti aldıkları kooperatiflerin ortağı olabileceğini, kendi sağlık kuruluşunda tedavi imkânı bulacaklarını bildirdi’*. İfadeleri basında yer almıştır. Ülkemizde ayrıca S.S. Sağlıklı Yaşam Konut Yapı Kooperatifi adı altında İzmir Kemalpaşa’da bulunan bir kooperatif bulunmakla birlikte bu kooperatifin bir konut yapı kooperatifi olduğu ancak sağlığı da öncelendiği düşünüldüğünde bir tür sağlık kooperatifleri için örnek veya model oluşturabilecek bir kooperatif olduğu da söylenebilir.



## **5. Sonuç ve Tartışma**

Kooperatifçilik, insanoğlunun en eski ve en sürdürülebilir yaşam biçimlerinden birisidir. Bir arada yaşamanın gerekliliği, bir tür sosyalleşmenin de temel unsurlarından birisidir. Genel olarak karşılıklı yardımlaşma, dayanışma ve işbirliğine dayalı, kâr amaçlı bir ortaklık olan kooperatifçiliğin, dünyanın farklı ülkelerinde farklı uygulamalarına rastlanmaktadır. Ancak evrensel değerleri olan kooperatifçiliğin gönüllülük, demokratik yönetim, serbest giriş ilkesi ve kârın bölüşümü gibi uluslararası ilkeleri de bulunmaktadır. İngiltere’de 1844 yılında bir tüketim kooperatifi bilinciyle oluşturulan ilk kooperatif, modern kooperatifçiliğin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. O yıldan sonra kooperatifçilik başta Almanya, Fransa gibi Avrupa ülkeleri olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde kabul görmüştür. Dünyada günümüzde yaklaşık olarak 2,5 milyon kooperatifin bir milyarı aşkın ortağı bulunmaktadır. Bu kooperatiflerin 2,9 milyon dolar ciroları bulunmakla beraberi dünya istihdamındaki payları %1’e yakın olup küresel ekonomi de % 4,3’lük bir payları bulunmaktadır.

Dünyada kooperatifçiliğin en yaygın uygulama biçimleri, tarım, tüketim, pazarlama, perakende, bankacılık ve sigortacılık gibi alanlarda olduğu bilinmektedir. Özellikle 1990’ların başlarında SSCB’nin dağılması ile birlikte iki kutuplu dünyanın daha küresel bir hale gelmesi ile birlikte kamusal alandan boşalan birçok hizmetin ve ekonomik değerinin yerini özel sektör doldurmaya başlamıştır. Bu boşluktan kooperatiflerinde yararlandığı veya yararlanması gerektiği çeşitli platformlarda dile getirilmiş ve Türkiye gibi birçok ülke bu konuda çeşitli stratejik adımlar atma gereği duymuştur. Türkiye’nin geçmişi güçlü siyasi, ekonomik ve sosyal yapısı, kooperatifleşmenin Türk toplumu arasında da ilgi görmesine neden olmuştur. Ahilik kültürüne sahip olan bir medeniyetin bu kültürü pekiştirmesi beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Dünyadaki farklı kooperatifçilik uygulamaları o ülkenin coğrafi, tarımsal, insan yapısı ve ekonomik durumuna göre de değişmektedir. Türkiye’de kooperatifleşme hareketinin de aslında ilk olarak tüketim ve ticaret alanlarında başlatılmaya çalışılması Türkiye’nin o dönemlerdeki sosyo-ekonomik yapısı ile açıklanmaktadır. Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da kooperatifleşmenin olması beklenen ve istenen bir durum olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin liberalizmin babası olarak bilinen Adam Smith tarafından bile piyasa koşullarına bırakılmayacak şekilde sunulmasını arzulanmıştır. O zaman sağlık hizmetlerinin sunulmasında sorun nedir? Ya da hassasiyet nedir? Bunun ortaya konulması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri en temel insani hizmeti oluşturan, yaşam hakkının teminatı ve temel insan haklarının en önemlisi olarak kabul edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde temel olarak iki anlayış ön plana çıkmaktadır. Birincisi bu hizmetin kamu tarafından verilmesi diğeri ise aynı hizmetin özel sektör tarafından verilmesi şeklinde ifade edilmektedir. Kamusal alandan bu hizmetin sunulması, devlet olmanın bir gereği olup, devlet-vatandaş ilişkisini pekiştiren ve oldukça doğal kabul edilen bir yaklaşımdır. Birçok ülkenin anayasasında, devlet olmanın gerekleri arasında en temel insan hakkı olan bu hizmetin bizzat devlet tarafından sunulması gerekliliği vurgulanmıştır. Ancak devletin tek başına ve kamu zararı gözetilerek bu hizmeti uygulaması sağlık hizmetlerinde yer yer kalite, rantabilite ve tam hizmet sunumunun sağlanamaması gibi sorunlarında ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Benzer şekilde sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması da kâr amaçlı bir anlayış içinde olması nedeniyle daha verimli olabileceği şeklinde yorumlanabilmektedir. Ancak özel sektör anlayışında kârın ön planda olması bu hizmetin sağlanacağı yoksul ve fakir kimselerin bu

hizmetten yararlanamayacağı anlamına gelmektedir ki bu durum zaten hem devlet olmanın gereğine hem de temel insan haklarına aykırı bir durumu ortaya çıkarmaktadır. Bu tartışmalar aslında Covid 19 pandemi sürecinde bir kez daha kendisini göstermiş ve 6 milyonu aşkın insanın ölmesinde bu hizmetlerin birçok fakir ülkelere veya yoksullara ulaştırılmamasının da etkisi olduğu bir gerçektir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında bir üçüncü yolunda sağlık hizmetleri kooperatifleri olduğu şeklindeki tartışmalar günümüzde daha sıkça yapılmaktadır.

Genellikle kooperatifçilik uygulamaları özellikle gelişmiş ülkelerde faaliyet halinde olup bu kooperatifler 1996 yılında kurulan bir üst örgüt olan IHCO bünyesinde milyonlarca insana çeşitli konularda destek sağlamaktadır. IHCO, bünyesinde 13 sağlık kooperatifi üst örgütü ile ICA bünyesinde faaliyet göstermektedir. Bu yönü ile dünyada sağlık kooperatifleri bir üst örgütlenmeyle uluslararası bir standarda kavuşturulmaya çalışılmıştır. Dünyada sağlık hizmetleri kooperatiflerinin ABD, İspanya, Japonya, Belçika gibi ülkelerde farklı uygulama biçimlerinin olduğu söylenebilir. Ancak sağlık hizmetleri kooperatiflerinin Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde uygulama alanlarının oldukça sınırlı olduğu da bir gerçektir. Türkiye’nin zengin bir kooperatifçilik geçmişi ve birikimi olmasına rağmen bu alanda somut uygulamalarının oldukça yetersiz olduğu da söylenebilir. Özellikle 2012 yılı sonrasında gerek dünyada gerekse Türkiye’de yeni kooperatifçilik stratejileri benimsenmiş ancak sağlık hizmetleri alanındaki uygulamalara yeterince önem verilememiştir. Bu duruma devletin uygulamış olduğu ve bir sosyal devlet anlayışı ile ele aldığı genel sağlık hizmetleri anlayışı oldukça etkili olmuştur. Sağlık hizmetlerinde devletin ağırlıklı rolünün bazı siyasi nedenleri olsa da ağır basan ekonomik beklentiler ve kâr anlayışı özel sektörde bu alana ilgisini arttırmıştır. Nitekim Türkiye’de özel sağlık hizmetleri uygulamaları ve bunların birer işletmecilik anlayışı ile faaliyet içinde oldukları da bir gerçektir. Ancak bir üçüncü yol olarak görülen sağlıkta kooperatifçilik düşüncesi Türkiye’de bu boşluktan bir üçüncü yol olarak yeterince rol alamamıştır. Bu duruma sadece izlenen sağlık politikaları değil aynı zamanda gelişmemiş olan kooperatifçilik düşüncesinin sağlıkla yeterince ilişkilendirilememesi de etkili olmuştur. Nitekim Türkiye’de sadece 2013 yılında 1163 sayılı kooperatifler kanununun 88. maddesine göre “Sağlık Hizmetleri Kooperatifi Ana Sözleşmesi” hazırlanmış ve 29 ayrı branşta uzman hekimlerin kurmuş oldukları Hekim-Koop bu alanda ilk ve tek kooperatif olmuştur. Türkiye’de sağlık hizmetleri kooperatiflerinin sadece doktor, hemşire veya uzmanlar tarafından kurulması gerekliliği ile ilgili yanlış anlaşılan yasal mevzuat da bu olumsuzluk için bir zemin oluşturmuştur. Türkiye’de sağlık hizmetleri kooperatiflerinin birer işletmecilik anlayışı ile faaliyet göstermesi ve özel sektörün girdiği her alanda olduğu gibi kooperatifleşme alanında da faaliyet içinde olabileceği gerçeğinin kabul edilmesi, tanıtılması ve uygulama imkânına sahip olması gerçeğinin kısa sürede kabul edilmesi ve somut adımların atılması gerekmektedir.

#### KAYNAKÇA

- Akdur, R. (2011). Sağlık hizmetlerinde finansman ve ulusal ekonomi, *Yeni Türkiye Sağlık*, 40, 1571- 1585.
- Al-Khrabsheh, A.A., Mahdi, O.R & Muttar, A.K. (2017). Health service quality its impact on strategic success: A field study on the private hospitals of Jordan, *International Journal of Business and Management*, 12 (10), 185-193.
- Anania, P., Angolo, S.M & Sife, A.S. (2020). Positioning co-operatives as partners in global health agenda: How to go about it in Africa, *AJCDT*, 5 (1), 10 – 27.

- Angus, M & Magna P. (1990). *Co-op/Consumer Sponsored Health Care Delivery Effectiveness*. Ottawa: Canadian Co-operative Association. June 1990.
- BCMJ, (2007). *Health cooperatives in BC: The unmet potential*, 49 (3), 139-142
- Bilgin, N & Tanıyıcı, Ş (2008). Türkiye’de kooperatif ve devlet ilişkilerinin tarihi gelişimi *KMU İİBF Dergisi*, 15, 136-159.
- Birchall, J. (1997). *The international co-operative movement*. Manchester, UK: Manchester University Press.
- Bobocea, L., Gheorghe, I. R., Spiridon, S. T., Gheorghe, C. M., & Purcarea, V. L. (2016). The management of health care service quality. A physician perspective. *Journal of Medicine and Life*, 9(2), 149-152.
- Brown, L. (1997). Organizations for the 21st century? Co-operatives and “new” forms of organization, *Canadian Journal of Sociology*, 22, 65–93.
- COOP, (2022). <http://coop.org./ihca/> (25.05.2022).
- COOPAC, (2022). <https://www.copac.coop/> (30.05.2022).
- EURICSE, (2022). *IHCO, Report 2017. Assessing The Worldwide Contribution Of Cooperatives To Healthcare*. <https://euricse.eu/ihco-report-2017-assessing-the-worldwide-contribution-of-cooperatives-to-healthcare/> (18.05.2022).
- Euronews, (2022). <https://tr.euronews.com/2020.11.19/sagl-k-icin-harcanan-butcede-turkiye-oecd-ulkeleri-aras-nda-son-s-rada> (10.05.2022).
- Güreşçi, E & Aktürk, O. (2015). Tarımsal kooperatiflerin faaliyetleri üzerine bir araştırma: İspir örneği, *Route Educational and Social Science Journal*, 2 (2), 295-312.
- Hafen, E., Kossmann, D & Brand, A. (2014). Health data cooperatives - Citizen empowerment, *Methods of Information in Medicine*, 53 (2), 82–86.
- Hürriyet, (2022). <https://www.hurriyet.com.tr/eg/bir-kooperatiften-fazlasi-40103598> (20.05.2022).
- ICA, (2022). <https://www.ica.coop/en/cooperatives/what-is-a-cooperative> (30.05.2022).
- INGEV, (2022). <https://ingev.org/SosyalDayanismaEkonomisiucluKooperatifcilikSunumu.pdf> (30.05.2022).
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19 (2), 131-174.
- Kırılmaz, H & Kırılmaz, SK.( 2014). Sağlık hizmetlerinde etik ikilemlerde ampirik etik çalışmalarının yararları, *İnsan&İnsan*, 1, 35-44.
- Korkmaz, G.M. (2022). <https://www.sosyalkooperatif.com/saglik-kooperatifleri> (13.05.2022).
- Kumar, S & Preetha, GS (2012). Health promotion: an effective tool for global health, *Indian J Community Med.*, 37 (1), 5 – 12.
- MacKay, L (2007). Health cooperatives in BC: The unmet potential, *BCMJ*, 49 (3), 139-142.
- Majee, W & Hoyt, A (2011). Cooperatives and community development: a perspective on the use of cooperatives in development, *Journal of Community Practice*, 19 (1), 48-61.

- Miller, G. (2013). “*The Best Health Care System in the World*”? *Social Work Advance Access published March 28*.
- Milner, H. (1992). International theories of cooperation among nations: Strengths and weaknesses, *World Politics*, 44 (3), 466-496.
- Mülayim, Z.G. (2013). *Kooperatifçilik*, Yetkin Yayınları, 595s.
- Özer, MA (2016). Sağlık sektöründe yeni bir hizmet sunum modeli: kamu özel ortaklığı, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6 (1), 1-9.
- Pauly, M & Redisch, M (1973). The not-for-profit hospital as a physicians' cooperative, *The American Economic Review*, 63 (1), 87 – 99.
- Piret, J & Boivin, G. (2021). Pandemics Throughout History, *Front. Microbiol*, 11, 1-16.
- Rohan S. (2003). *Opportunities for Co-operative Health Provision in Rural, Remote and Northern Aboriginal Communities. Government Affairs and Public Policy*. Canadian Cooperative Association. 2003.
- Sağlam, F (2019). İnsan hakları evrensel bildirgesi’nde tüm hak ve özgürlüklere yönelik kurallar üzerine bir deneme, *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 25 (2), 1236-1252.
- Sandbrook, R (2022). Alternatives to neo-liberalism in the Third World, *Renewal*, 15 (2/3), 46-57.
- Schwartz, L., M. Hunt, C. Sinding, L. Elit, L. Redwood-Campbell, N. Adelson & S. de Laat (2012). Models for humanitarian health care ethics, *Public Health Ethics*, 5 (1), 81-90.
- SETA, (2022). <https://www.setav.org/5-soru-dunya-genelinde-asi-adaletsizligi/> (09.05.2022).
- Szabó, G.G. (2006). “*Co-operative Identity*” – a Concept for Economic Analysis and Evaluation of Co-operative Flexibility: the Dutch Practice and the Hungarian Reality in the Dairy Sector, *Reclaiming the Economy: the Role of Cooperative Enterprise, Ownership and Control An International Conference on Cooperative Forms of Organisation, University of Wales Institute, Cardiff, 6-8 September, 2006*.
- T.C. Gümrük ve Ticaret Bakanlığı, (2022). *Sağlık Hizmetleri Kooperatifi Ana Sözleşmesi*, <https://eskisehir.ticaret.gov.tr/data/> (20.05.2022).
- T.C. Ticaret Bakanlığı, (2022). <https://ticaret.gov.tr/kooperatifcilik> (29.05.2022).
- The Commonwealth Fund, (2022). <https://www.commonwealthfund.org/blog/2009/co> (20.05.2022).
- TMKB, (2022). <http://www.turkey.coop/> (30.05.2022).
- Turan, N. (2004). *Türkiye’de sağlık hizmetleri ve sağlık sektöründe temel sorunlar: Çözüm için sağlık kooperatifçiliğinden yararlanma gereği ve olanakları*, Anadolu Üniversitesi yayınları, no. 1555. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi yayınları ; no. 182, 137s.
- TÜBA, (2020). *Reflections on the Pandemic in the Future of the World*, Turkish Academy of Sciences, 986p, Ankara,

TÜİK, (2022). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192> (12.05.2022).

UIA, (2022). <https://uia.org/s/or/en/1100023505> (18.05.2022).

Wilhoit, J. (2005). Cooperatives: Short History, <https://www.culturalsurvival.org>(30.05.2022).

Yücesan, B and Özkan, Ö. (2020). Evaluation of the covid-19 pandemic process in terms of health management, *Eurasian JHS* 2020;3 (COVID-19 Special Issue): 134-139.