T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
LATİN AMERİKA ÇALIŞMALARI ANABİLİM DALI

BREZİLYA'DAKİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE 1980'LERDEN SONRAKİ REFORM HAREKETLERİ VE BREZİLYA SAĞLIK KOOPERATİFLERİ-UNIMED ÖRNEĞİ

Yüksek Lisans Tezi

Şafak Handan KARAKULAK

Ankara 2020

T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
LATİN AMERİKA ÇALIŞMALARI ANABİLİM DALI

BREZİLYA'DAKİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE 1980'LERDEN SONRAKİ REFORM HAREKETLERİ VE BREZİLYA SAĞLIK KOOPERATİFLERİ-UNIMED ÖRNEĞİ

Yüksek Lisans Tezi

Şafak Handan KARAKULAK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. İnci İLHAN

Ankara 2020

T.C

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

LATİN AMERİKA ÇALIŞMALARI ANABİLİM DALI

BREZİLYA'DAKİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE 1980'LERDEN SONRAKİ REFORM HAREKETLERİ VE BREZİLYA SAĞLIK KOOPERATİFLERİ-UNIMED ÖRNEĞİ

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Prof. Dr. İnci İLHAN

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı	**İmzası**
Prof. Dr. Mehmet Necati KUTLU	……..
Prof. Dr. Nurcan TURAN	……..
	……..
	……..
	……..

Tez Sınav Tarihi:20/08/2020

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. (…/ …./ 2020)

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı ve Soyadı

Şafak Handan KARAKULAK

TEŞEKKÜR

Uluslararası toplantılara katılımlarında ilgili kişilerle irtibat kurmamda aracı olan ve bilgi ve belge desteğinde bulunan Türkiye Ormancılık Kooperatifleri Merkez Birliği Eğitim Araştırma ve Projeler / Dış İlişkiler Koordinatörü Ünal ÖRNEK'e; attığım her maile kısa sürede geri dönen, her tür soruma hassasiyetle cevap veren ve çeşitli kaynak paylaşımlarında bulunan Unimed İcra Direktörü Adriano SOARES'e; Brezilya Kooperatifler Birliği yöneticisi João Marcos Silva MARTINS'e, Uluslararası Sağlık Kooperatifleri Birliği Genel Sekreteri Jose PÉREZ'e ve çeşitli kollektif işletmelerde ve kooperatiflerde uzman danışman ve proje koordinatörü Jean Pierre GIRARD'a; Latin Amerika Çalışmaları Araştırma ve Uygulama Merkezi idari sorumlusu Volkan GÖLGEDAR'a; Tez yazım sürecinde çok değerli katkılarını esirgemeyen Prof. Dr. Metin ÖZUĞURLU'ya ve Tez danışmanım Prof. Dr. İnci İLHAN'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Desteklerini için sevgili annem Selvi ÇINAR'a, babam Halil ÇINAR'a, kardeşim Arda ÇINAR'a; Bu tez de dâhil olmak üzere yaşamımın her ürününde emeği olan eşim Özgür KARAKULAK'a, canım kızım Öykü Deniz KARAKULAK'a ve bu tezin büyük kısmını yazdığım süreçte bir dakika olsun beni yalnız bırakmayan oğlum Devin Çınar KARAKULAK'a teşekkürü bir borç bilirim.

Şafak Handan KARAKULAK

Ankara, 2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER vi
KISALTMALAR xi
GİRİŞ 3
ARAŞTIRMANIN KONUSU 5
ARAŞTIRMANIN AMACI 5
ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ 6
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ 6
BİRİNCİ BÖLÜM 8
1. SAĞLIK SİSTEMİ FİNANSMAN MODELLERİ VE TARİHÇESİ 8
1.1. BEVERIDGE MODELİ 8
1.2. BISMARCK MODELİ 9
1.3. ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI MODELİ 11
1.4. ULUSAL SAĞLIK SİGORTASI MODELİ 11
1.5. CEPTEN ÖDEME MODELİ 12
İKİNCİ BÖLÜM 14
KOOPERATİFÇİLİĞİN TANIMI, ANLAMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ 14
2.1 KOOPERATİFÇİLİĞİN TANIMI VE ANLAMI 14
2.2. DÜNYA'DA KOOPERATİFÇİLİĞİN FİKİR ÖNCÜLERİ 17
2.2.1.İngiltere 18
2.2.2.Fransa 21
2.2.3. Almanya 22
2.3. DÜNYA'DA KOOPERATİFLERİN BUGÜNKÜ DURUMU VE KOOPERATİFÇİLİĞİN İLKELERİ 24
2.3.1. Dünya'da Kooperatiflerin Bugünkü Durumu 24
2.3.2. Kooperatifçiliğin İlkeleri 27
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 32
BREZİLYA SAĞLIK SİSTEMİ: TARİHÇESİ, UYGULANAN FİNANSMAN MODELLERİ, REFORMLAR VE GÜNCEL DURUM 32
3.1. 1980 ÖNCESİ BREZİLYA'DAKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHÇESİ VE UYGULANAN FİNANSMAN MODELLER 32
3.1.1. 1980 Öncesi Brezilya Sağlık Sisteminin Tarihçesi, Aktörlerin Tanımı ve İşlevleri 34
3.1.2.1980 Öncesi Brezilya'da Uygulanan Finansman Modelleri 36
3.2. 1980 SONRASI BREZİLYA'DAKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN DÖNÜŞÜMÜ 37

3.2.1.1980 Sonrası Dünyada Yaşanan Sağlık Hizmetlerine Yönelik Gelişmeler ve Dünya Bankası'nın Uluslararası Anlamda Belirginleşen Rolü 38
3.2.2.1980 Sonrası Brezilya'daki Sağlık Reformu Girişimleri ve Brezilya'ya Etkisi.... 42
3.2.3.1980 Sonrası Brezilya Sağlık Sistemindeki Aktörlerin Tanımı ve İşlevleri 49
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM 56
SAĞLIK HİZMETLERİNDE KOOPERATİFÇİLİK UYGULAMALARI: SAĞLIK KOOPERATİFLERİ, BREZİLYA'DA SAĞLIK KOOPERATİFLERİ ve UNIMED ÖRNEĞİ 56
4.1. SAĞLIK KOOPERATİFLERİNİN TANIMI 56
4.2 SAĞLIK KOOPERATİFLERİNİN ÖRGÜTSEL YAPISI VE FAALİYETLERİ .. 57
4.3 DÜNYADA SAĞLIK KOOPERATİFLERİNİN SAYISAL GÖRÜNÜMÜ 60
4.4 BREZİLYA'DAKİ SAĞLIK KOOPERATİFLERİ..... 65
4.4.1 UNIMED 71
4.4.1.1. Kuruluşu ve Amacı 72
4.4.1.2.Hizmetin Sunulması 73
4.4.1.3. İdari Yapı ve Yönetim 73
4.4.1.4. Sağlanan Hizmete Yönelik Değerlendirme 76
4.4.2. UNIMED ÖRNEĞİNİN TÜRKİYE AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ ... 77
SONUÇ VE ÖNERİLER 83
KAYNAKÇA 87
ÖZET 103

TABLOLAR

Tablo 1:Kooperatifçiliğin Farklı Ülke Mevzuatlarındaki Tanımları 16

Tablo 2: Kooperatifçiliğin Ekonomik ve Sosyal Özellikleri 26

Tablo 3: Alma Ata Bildirgesinin İncelemesi 33

Tablo 4: 1978-1980 Tarihleri arasında Brezilya'daki Kamu ve Özel Sağlık Hizmeti Veren Kuruluş Sayıları 37

Tablo 5: 1988 Yılında Sağlık Sisteminde Gerçekleşen Reform Sonrası Oluşan İkili Yapı 50

Tablo 6: Bazı Ülkelerde yer alan Sağlık Kooperatiflerinin Sayıları, Ciroları, Çalışan ve Kullanıcılarına Ait veriler 61

Tablo 7: 5764 Sayılı Brezilya Cumhuriyeti Kooperatifler Kanunun İncelenmesi 65

Tablo 8:Dünya Çapında Eğitim Sağlık ve Sosyal Bakım Alanında Hizmet veren Kooperatiflerin Cirolarına Göre Sırası 76

Tablo 9: Ülkemizdeki KOOP-DES Projesi Kapsamında Kooperatif ve Üst Birliklere Sağlanacak Hibe Desteğinin Konusu, Oranları, Şartları ve Hibe Destek Tutarları 81

ŞEKİLLER

Şekil 1:1994-2010 Yılları Arasında Brezilya'da Aile Sağlığı Stratejisinin Kapsamı..... 45

Şekil 2: 1981-2009 Yılları Arasında Brezilya'da Sağlık Kuruluşlarının Sayısal Görünümü 46

Şekil 3: 1981-2009 Yılları Arasında Brezilya'da Sağlık Kuruluşlarındaki Yoğunluğun Sayısal Görünümü 47

Şekil 4: Brezilya Sağlık Sisteminin (Sistema Unico de Saude-SUS) Örgütlenmesi..... 52

Şekil 5: Brezilya Sağlık Sisteminde Yapılan Harcamaların Oranı..... 53

Şekil 6: Brezilya Küresel Sağlık Gözlemevi Veri Havuzu,2016..... 54

Şekil 7: Brezilya'da Özel Sektör Sunucuları Tarafından Sağlanan Sağlık Planlarından Faydalanan Kullanıcı Sayısı (Milyon Kişi)..... 54

Şekil 8: Brezilya'daki Kullanıcıların Özel Sektördeki Sağlık Hizmeti Sunucularından Faydalanma Oranı..... 55

Şekil 9: Sağlık Kooperatifleri ve Sağlık Hizmeti Sunulan Diğer Kooperatiflerin Sayılarının Bölgelere Göre Dağılımı..... 62

Şekil 10: Sağlık Kooperatifleri ve Sağlık Hizmeti Sunulan Diğer Kooperatiflerin Sayılarının Amerika Kıtasına Göre Dağılımı..... 63

Şekil 11: Sağlık Kooperatifleri veya Sağlık hizmeti Sunulan Diğer Kooperatiflerin Sayılarının Güney Amerika Ülkelerine Göre Dağılımı..... 64

Şekil 12: Brezilya'daki Sağlık Kooperatiflerinden Faydalanan Kişi Sayısı (Milyon Kişi) 68

Şekil 13: Brezilya'da Sağlık Kooperatiflerinin Sunduğu Hizmetlerden Yararlanan Kişilerin Yaşlara Göre Dağılımı 69

Şekil 14:UNIMED İdari Yapısı 74

Şekil 15:UNIMED sisteminin Öz Kaynakları ve Anlaşmalı Ağları 75

KISALTMALAR

Dünya Sağlık Örgütü (WHO),

Dünya Bankası (DB) (WB)

Uluslararası Para Fonu (IMF)

Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (IBRD)

Amerikanlılar Arası Kalkınma Bankası (Inter-American Development Bank- IDB)

Amerika Uluslararası Kalkınma Ajansı (United States Agency for International Development- USAID)

Uluslararası Kooperatifler Birliği (ICA)

Uluslararası Sağlık Kooperatifleri Birliği(IHCO)

Brezilya Kooperatifler Birliği(Organização Brasileira de Cooperativas-OBC)

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)

Kredi Birlikleri Dünya Konseyidir(the World Council of Credit Unions - WOCCU)

Uluslararası Raiffesien Birliği (International Raiffesisen Union - IRU)

Brezilya Ulusal Sağlık hizmetleri Kooperatifleri Konfederasyonu (A Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil-UNIMED)

Ulusal Diş Hekimliği Hizmetleri Kooperatifleri Birliği (A Confederação Nacional das Cooperativas de Serviços Odontológicos -UNIODONTO)

Sosyal İşletmeler Araştırma Enstitüsü (European Research Institute on Cooperative and Social Enterprises-EURICSE)

Bütüncül Sağlık Aktiviteleri Programı(Integrated Health Activities Program-Programa Integrado de Atividades em Saúde -AIS)

Brezilya Ulusal Sağlık Ajansı (Agência Nacional de Saúde do Brasil –ANS)

İkinci aşama Birleşik ve Yerelleşmiş Sağlık Sistemi (the Unified and Decentralized Health System -Sistema Único de Saúde e Descentralizado–SUDS)

Birleşik Sağlık Sistemi (Sistema Unico de Saúde- SUS)

Sağlık Sektörü Reformu Projesi (Reforma do Sistema Unico de Saúde- REFORSUS)

Brezilya Sağlık Bakanlığı (Ministerio de Salud- MOH)

Ulusal Sosyal Güvenlik Kurumu(Instituto Nacional da Previdência Social-INPS)

Ulusal Sosyal Güvenlik Kurumu (Instituto Nacional de Segurança Social INSS)

Brezilya Sosyal Güvenlik Kurumu(Instituto Nacional de Asisténcia Médica da Previdência Social- INAPS)

Aile Sağlığı Stratejisi (Estratégia de Saúde da Família-ESF)

Gayri Safi Yurtiçi Hasıla(GSYİH)

GEREKÇE

Gelişmiş birçok ülkede, kamu ve özel sektörün yanında üçüncü sektör olarak tanımlanan kooperatifler, geniş bir halk hareketi olarak ekonomik olduğu kadar sosyal politikalara da aracı olan demokratik bir örgütlenme modelidir. Kooperatifler, kendi kendine yardım eden ve kendi sorumluluklarını yüklenen ekonomik toplumsal dayanışma örgütleri olarak ortaya çıkmış ve sosyo-ekonomik alandaki boşluğu büyük ölçüde doldurmuştur.

Sağlık hizmeti kooperatifleri, 1930'dan itibaren dünyanın pek çok ülkesinde varlık göstermeye başlamıştır. Günümüzde geldikleri noktaya bakıldığında, toplumsal sorumluluk ilkesi çerçevesinde hizmet veren ve kâr amacı gütmeyen sağlık kooperatifleri olduğu kadar, ortağın ekonomik katılımı ilkesinin en önemli çıktısı olan kooperatifin işletme fazlalarının ortaklara dağıtıldığı yahut kooperatiflerin geliştirilmesi amacıyla yeni yatırımlara finans kaynağı yaratan ve böylece büyük ölçekli hastaneler ile hizmet vererek ciddi kârlar elde eden sağlık kooperatiflerinin de olduğu görülmektedir.

DSÖ ve UNICEF'in birlikte düzenledikleri 1978 yılında yapılan Alma Ata Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nın sonuç bildirgesinin akabinde yayımlanan bildiride bahsi geçen "2000 Yılında Herkese Sağlık" ideali, sonrasında yaşanan ekonomik krizler ve serbest piyasa ekonomisinin yarattığı baskı nedeniyle 1987 yılına kadar sürebilmiştir. Akabinde, 1989 yılında Dünya Bankası ile Uluslararası Para Fonu (IMF) arasında "*Washington Mutabakatı"* olarak adlandırılan anlaşma sonrasında yayımlanan "Büyüme İçin Beklentiler ve Yoksulluğun Önlenmesi (Prospects for Growth and Alleviation of Poverty)"raporu, Dünya Bankasının ilk kalkınma raporu olarak literatürdeki yerini almış ve sağlık sistemlerindeki neoliberal dönüşüm başlamıştır. 1980'lerde başlayan reform hareketleri neoliberal sistemin dinamiklerini içermekte olup devletlerin, uluslararası örgütlerin, çok ya da iki ortaklı kuruluşların, devlet dışı örgütlerin, parasal kaynak sağlayan kuruluşların ön plana çıkarılarak özellikle gelişmekte olan ülkeleri desteklemeye, artan teknik ve parasal desteği bu amaçlara yöneltmeye ve işbirliğine çağırmaya yönelik uygulamaları içermektedir. Bu bağlamda, hemen hemen tüm dünyada başlayan reform hareketleri Brezilya'da da başlamış ve Dünya Bankası tarafından sağlık hizmetleri sunumunda kamu hizmetinin azaltılması, özelleştirmelerin yapılması, sağlığın sektörleşmesi ve desentralizasyonun uygulanması gibi neoliberal sistemin gerekliliği ile ilgili dokümanlar ve raporlar yazılmıştır. Bu raporlar, hükümetlerce benimsenip

kanunlaştırılmış ve uygulamaya yönelik belli şartlar belirlenerek krediler verilmiş ve şartların yerine getirilip getirilmediği banka tarafından izlenmiştir.

Bu bağlamda, sağlık hizmeti sunumunda kamunun yanında yerini alan yeni aktörlerden olan çok ortaklı sağlık kooperatifleri, Brezilya'da sağlık sektöründeki özel girişimler olarak gün geçtikçe büyümüş ve Brezilya'daki en büyük sağlık ağı ve dünyanın en büyük sağlık kooperatifleri sistemi olmuştur. Günümüzde 116.000 doktor, 344 Kooperatif, 17 milyon yararlanıcı, 2554 akredite hastane, 117 özel hastaneyi içeren bu büyük ağın Unimed tarafından yönetildiği düşünüldüğünde kooperatifçiliğin ve Brezilya'da sağlık kooperatifçiliğinin bu örnek üzerinden incelenmesi gerekliliği hâsıl olmuştur.

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, insanlar var olduğu sürece gereksinimi duyulan temel ihtiyaçlardandır. Sağlık hizmeti üretimi, bütün tarihsel dönemler boyunca toplumlarda var olmuştur. Günümüzde, bu hizmet üretimi, bireylerin sadece hastalandıklarında değil hastalığın ortaya çıkmadan önlenmesi açısından da önemlidir. Hastalıkların önlenmesiyle, kamu harcamalarında tasarruf sağlanacağı gibi sağlık hizmetinin topluma eşit olarak sunulabilmesine de imkân tanır. 1980'lere kadar halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri gündemde olmuş ve uygulanan sağlık politikalarının başarıya ulaşması için yeni ilaç ve teknolojilerin geliştirilmesi amaçlanmış, bu doğrultuda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından çokça çalışmalar yapılmıştır. 1980'lere gelindiğinde ise önleyici sağlık sistemine verilen önem azalmış; tedavi edici sağlık hizmetleri ağırlık kazanmıştır. Örneğin, Çin'de ücretsiz olan verem ilaçları, 1981 yılı itibariyle ücretli olarak satışa sunulmuş ve Dünya'da milyonlarca insan bu piyasalaştırma hareketi nedeniyle ölümle burun buruna gelmiştir.[1]

Brezilya'da sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi çabaları, Brezilya sosyal sigorta sistemi, 1923 yılında demiryolu işçileri için sigorta fonlarının oluşturulmasıyla başlayan uzun bir geçmişe sahiptir. 1930 yılında özel ve kamu hizmetindeki finansman araçları birleştirilerek kamu ve özelden bağımsız olan bir sigorta sistemi oluşturulmuştur. 1960 yılına kadar ülkenin sağlık sistemi organizasyonunda yer alan Sağlık Bakanlığı ve doğrudan ödemelerle hizmet sağlayan özel sektörün yanında üçüncü hizmet sunucu olarak Sosyal güvenlik sistemi yerini almıştır.

1978 yılında DSÖ tarafından ülkelere sunulan "Alma Ata" bildirgesi Dünyada sağlığın sosyalleştirilmesine dair çalışmalar arasında en ses getirenlerden biri olmuştur. Bunun akabinde, sağlık alanında yapılan çalışmaların içeriği Alma Ata Bildirgesi'nin ilkeleri doğrultusunda şekillenmiştir. Alma Ata bildirgesinin amacı, Gelişmekte olan ülkelere, teknik ve parasal destek sağlanarak temel sağlık hizmetlerini sunabilmesini sağlamak ve bildirgenin ruhu ve içeriğine uygun olarak temel sağlık hizmetlerinin tüm dünyada geliştirilmek olmuştur. Bu dönemde DSÖ ve UNICEF tarafından başarılı birinci basamak sağlık hizmetlerine sahip olan ülkeler incelenmiş ve *"Gelişmekte Olan*

[1]Erdal EKE, Selin EROYMAK " Uluslararası Aktörlerin Küresel Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri: Teorik Bir İnceleme" Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt.11 Sayı.28 2019 (s.388-407) s.396

Ülkelerde Temel Sağlık İhtiyaçlarını Karşılamak için Alternatif Yaklaşımlar" raporu hazırlanmıştır.

1980'lere gelindiğinde dünyada neoliberal politikalar etkili olmaya başlamış ve sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumu bu yönde değişmiştir. Brezilya'da 1980 sonrası yeni kanuni düzenlemeler ve değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Yapılan bu düzenlemelerde, dünyadaki neoliberal politikaların etkilerini görmek mümkündür. 1980'li yılların başında *Reforma Sanitária* diye adlandırılan sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ile daha geniş bir hizmet şeklinin temelleri atılmıştır. Ülkede yaşanan yüksek enflasyona bağlı ekonomik durgunluk sebebiyle geniş hizmet ağı sistemi sürdürülememiş ve 1987-1988 yılları arasında Birleşik ve Yerelleşmiş Sağlık Sistemi (the Unified and Decentralized Health System –SUDS-) uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulamayla devletin idari yapılanmasında değişikliğe gidilerek ülke çapındaki ağın tek bir "sistem" olarak oluşturulması hedeflenmiş olup federal olarak ayrıştırılmış olan yapı, ulusal olarak tek çatı altında birleştirilmiştir. 1980'lerde başlayan reformların sonuncusu olan Brezilya Birleşik Sağlık Sistemi (Sistema Único de Saúde, SUS) resmi olarak 1988 Anayasası ile kurulmuştur. Yapılan Anayasa değişikliklerinin detayı ise 1990 yılında yayımlanan 8080 ve 8142 sayılı özel kanunlarla düzenlenmiştir. Özetle, Brezilya'da 1980 yılından günümüze hem sağlık hizmetinin organizasyonunda hem de sunumunda farklı uygulama modelleri denenmiş ve bu süreçte köklü değişiklikler gerçekleştirilmiştir.

Belirlenen amaç ve sorunsal çerçevesinde hazırlanan çalışma, dört bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde sağlık sistemi finansman modelleri ve tarihçesi ele alınacak olup belli başlı sosyal koruma modellerinden Beveridge, Bismarck ile özel sağlık sigortası, ulusal sağlık sigortası ve cepten ödeme modellerine değinilecektir.

İkinci bölümde kooperatifçiliğin tanımı, anlamı ve tarihsel gelişimi anlatılacak olup dünyada kooperatifçilik fikrinin öncüleri, konuya ilişkin fikirleri ile incelenecektir. Ayrıca bu bölümde, kooperatifçiliğin dünyadaki mevcut durumu tartışılacak ve kooperatifçilik ilkelerine değinilecektir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise Brezilya sağlık sisteminin tarihsel gelişimi çerçevesinde ülkede uygulanan finansman modelleri incelenecektir. Ayrıca, ülkede yapılan reform girişimlerine yer verilecek olup bu reformların ülkedeki etkisinin neler olduğuna, reform sonrası oluşan yapıya ve tüm bu reform uygulamalarının sonuçlarına yönelik çıkarımlarda bulunulacaktır.

Çalışmanın son bölümünde, sağlık hizmetlerinde kooperatifçilik uygulamaları açısından sağlık kooperatiflerinin değerlendirilmesi yapılacak olup dünyadaki sağlık kooperatifçiliğinin en önemli örneklerinden biri olan UNIMED örneği incelenecek ve bu alanda UNIMED tarafından sağlanan hizmetlerin değerlendirmesi yapılacaktır.

ARAŞTIRMANIN KONUSU

1980 sonrası Dünya'daki neoliberal dönüşüme bağlantılı olarak Brezilya'da yaşanan reform hareketlerinin sonucunda oluşturulan yeni sağlık sisteminde sağlık kooperatiflerinin konumu, işleyişi; değişen sağlık sistemi içerisinde UNIMED örneği ile sağlık kooperatifçiliğinin başarısının analizi, UNIMED'in yakaladığı başarının kooperatif modeliyle olan ilişkisi bu çalışmanın konusudur.

ARAŞTIRMANIN AMACI

1980 sonrası Brezilya'nın değişen sağlık sistemi ile ülke geçmişinde ağırlıkla kamu eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu artan biçimde özel sektöre aktarılmıştır. Sağlık sektöründeki aktörlerin rolleri değişmiş olup özel sektörün hizmet sunucularından olan sağlık kooperatifleri bu alana hâkim hale gelmiştir. Belirtilen hususlar doğrultusunda bu çalışmanın temel amacı, pek çok ülkede olduğu gibi yeni kamu yönetimi arayışına giren Brezilya'da, kamu yönetiminde piyasa modellerinin kullanılması ve devletin hizmet sunumu yerine düzenleyici, denetleyici ve yol gösterici olmasını savunan yeni politikaların izlenmesiyle artan, özel sektör ortaklıklarından sağlık kooperatiflerinin sağlık sistemi içerisindeki giderek belirginleşen yerinin incelenmesidir. Bu çalışmada 50 yılı aşkındır var olan ve bugün birçok ülkenin sağlık sisteminde önemli bir yer edinmiş olan sağlık kooperatiflerinin, Brezilya'daki uygulaması incelenerek sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmetin erişilebilirliği, kalitesi ve etkililiğinin arttırılmasındaki rolü, özel sağlık sunucularından hangi yönlerde farklı olduğu ve bu farklılıklarının başarısına olan etkisi ortaya konmaya çalışılmaktadır.

ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bu tez çalışmasında, 1980 sonrası Brezilya'da yaşanan makroekonomik ve sosyal dönüşümün ekonomik politiğinin yapılmasına ve sağlık sisteminin kurumsal olarak tekrar düzenlenmesine diğer bir deyişle yapılan reform hareketlerine odaklanılacaktır. Brezilya'da sağlık sisteminin özelleşmesi sonucu sağlık alanında kooperatifleşmenin alternatifler arasına girmesi ile günümüzde hem Brezilya'daki en büyük sağlık hizmeti ağı hem de dünyadaki en büyük sağlık kooperatifleri sistemi olan UNIMED örneği incelenecektir. UNIMED örneği çerçevesinde, sağlık kooperatifçiliği uygulamalarının hem sağlık hizmetleri açısından genel bir değerlendirmesi hem de bu iyi örneğin ülkemiz açısından uygulanabilirliğinin değerlendirmesi yapılarak bu uygulamanın avantaj ve dezavantajları ortaya konmaya çalışılacaktır. Ülkemizde kooperatifçilik sektöründe, sağlık hizmetleri kooperatifleri yaygın bir tür olmayıp bakir bir alan olarak araştırılmayı beklemektir. Bu bağlamda bu çalışma kooperatifçilik alanında yapılmış diğer çalışmalardan farklı olarak, sağlık kooperatifçiliği alanında yapılan ilk tez çalışması olma özelliğine sahiptir. Bu bağlamda, Dünya çapında ve iyi bir örneğin çalışmada incelenmesi, ülkemizde sağlık hizmetleri kooperatifleri kurmayı amaçlayanlar için katkı sunmuş olacaktır.

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

1980 sonrası Brezilya'nın sağlık alanındaki değişim süreci, politik tercihler, kurumsallık anlamında değişkenler, teknik müdahaleler, popüler talepler, sağlık sektöründeki sermaye birikimine ya da üretim araçlarına sahip olan aktörler gibi sağlık sisteminin düzenleyici unsurları ve belirli kurumsal yapılanmalar, kapsayıcılık, eşitlik, verimlilik, ulaşılabilirlik gibi araçlar kullanılarak analiz edilmeye, yorumlanmaya ve anlamlı bilgiler bütünü haline getirilmeye çalışılacaktır.

Bu Tez çalışmasında, sırasıyla, keşfedici ve betimleyici çalışma türleri, kimi zaman iç içe geçerek kullanılmıştır. Keşfedici çalışma türünün benimsenme nedeni, tez konusuyla ilgili olarak Türkiye'deki bilimsel bilgi birikiminin yok denecek seviyede bulunmasıdır. Gerek sosyal koruma gerekse de kooperatifçilik konuları hakkında Türkiye'de kayda değer bir bilgi birikimi kuşkusuz mevcuttur. Özellikle olgu olarak kooperatifçilik, 19. yüzyıla uzanan köklere sahiptir; Amerika kıtasına kooperatifçiliği taşıyanların, Rus Narodnikleri ve Balkan Kooperatifçilik akımına mensup göçmenler olduğu düşünüldüğünde, bu vurgu daha da önem kazanır. Ne var ki Türkiye'de

kooperatifçilik akımının sektörel gelişimi tarım, gıda ve inşaat kollarının ötesine uzanabilmiş değildir. O nedenle kooperatif tipi kurumsal örgütlenmeyi sağlık alanı ile buluşturan Brezilya deneyiminin bilgisini betimleyici bir analiz ile Türkiye'ye taşımak önemli olsa gerektir. Bu çalışmada benimsenen çalışma türü ile uyumlu olacak şekilde veri derleme ve analiz yöntem ve teknikleri de uygulamaya konmuştur. Üçüncü ve dördüncü bölümler, bu araştırma ve analiz stratejisinin ürünü olarak kaleme alınmıştır. Bu kapsamda, ilgili mevzuat ve literatür taranmış, konu ile ilgili kurumlarda belge/doküman incelemeleri yapılmış ve ilgili kişilerle elektronik posta yoluyla mülakatlar gerçekleştirilmiştir.

Brezilya sağlık verileri için Brezilya Küresel Sağlık Gözlemevi Veri Havuzu, Brezilya Ulusal Sağlık Ajansı, Brezilya Uluslararası Sağlık Kooperatifleri Birliği, Uluslararası Kooperatifler Birliği, Brezilya Kooperatifler Birliği, Ulusal Tıbbi Kooperatifler Konfederasyonu(UNIMED), European Research Institute on Cooperative and Social Enterprises (Euricse), Dünya Bankası'ndan faydalanılmıştır. Ayrıca, 5764 sayılı Brezilya Kooperatifler Kanunu incelenmiştir. Brezilya Kooperatifler Birliği ve UNIMED kurumlarındaki yetkili kişilerle e-posta yolu ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanızın sınırlılıkları değerlendirilecek olursa, UNIMED konfederasyonunca sunulan hizmetin etkinlik ve verimlilik açısından çıktıları incelenmek istenmiş ve bu bağlamda sağlıkta kooperatifçilik uygulamalarının ne derece etkili olduğu ortaya konmak istenmiştir. Fakat UNIMED ortaklarıyla, çalışanlarıyla ve kullanıcılarıyla yüz yüze görüşmeler yapmanın çalışmayı zenginleştireceği bilinmekle birlikte çeşitli imkânsızlıklardan ötürü Brezilya'da saha araştırması yapılamamıştır. Diğer taraftan, Ülkemizde sağlık kooperatifçiliği konusunun ne genel anlamda ne de Brezilya özelinde daha önce incelenmemiş olması, dünyada ise hem sağlık kooperatifçiliği hem de Brezilya özelinde yapılan çalışmaların çok sınırlı kalması bu çalışmanın yapılmasında zorluklara neden olmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK SİSTEMİ FİNANSMAN MODELLERİ VE TARİHÇESİ

Sağlık sistemlerinin sunduğu hizmetler, adaletli ve herkes için hakkaniyetli olacak şekilde sunulmalı ve finanse edilmelidir. Bu finansman, kamu bütçesinden ya da kamu veya özel sigortadan gerçekleştirilebileceği gibi kişilerin cepten ödemeleriyle de sağlanabilmektedir. Diğer bir deyişle, vergiler ya da kişilerin ücretlerinden kesilen zorunlu sigorta primleri veya kişilerin özel bütçelerinden satın aldıkları sağlık sigortaları sağlık sisteminin finansman araçları olarak kullanılmaktadır. Bu bölümde sağlık sistemlerinin finansman modelleri ve tarihsel gelişimi incelenecektir.

1.1. BEVERIDGE MODELİ

Adını İngiltere'nin ulusal sağlık sisteminde etkin olmuş sosyal reformcu William Beveridge'dan alan bu sistemde, vergi ödemeleriyle finanse edilen sağlık hizmetleri devlet tarafından karşılanmakta olup çoğu hastaneler ve klinikler devlete aittir. Doktorlar devlet çalışanı olarak istihdam edilir; özel istihdam şekliyle çalışanların ücretleri ise devlet tarafından ödenir. Doktorların ücretlerini ve iş planlamasını yapan devletin tek elden yürüttüğü sağlık hizmetlerinin maliyeti düşüktür.[2]

Beveridge sisteminin önerdiği sosyal devlet politikasının üç amacı vardır. Bunlar, tüm İngiltere vatandaşlarının sosyal güvelik kapsamına alınması, ulusal sağlık hizmeti ağının oluşturulması ve tam istihdamın sağlanmasıdır. Bu sistem zamanında Sovyet finansman sistemini örnek aldığı için, bu sistemin sadece vergilerle finanse edilmesi, ek olarak prim toplanmaması öneriler arasındadır. 2. Dünya Savaşı sırasında İngiliz kamuoyunda çok tartışılan ve taraftar bulan bu rapor, beş ayrı yasayla somutlaşmıştır.[3]

Beveridge modeli, İkinci Dünya Savaşı sonrası Birleşik Krallık'ta ortaya çıktığı için bu model genellikle Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service-NHS) ile özdeşleşmiştir. Günümüzde ise Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Norveç, Portekiz, Yunanistan, Yeni Zelanda gibi ülkelerde kullanılan modelin

[2]A Better Health & Social Care. Vol. 1: Report, 2014, s. 44-45
[3] İsmail KİTAPCI "Sosyal Devlet Işığında Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Reform Arayışları" yüksek lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta, 2007, s.28.

temel özelliği sağlık hizmetlerinin vergilere dayalı olarak finanse edilmesidir. Küba ise Beveridge sisteminin ileri seviye uygulamasını sunmakta olup dünyanın tamamen devlet kontrolünde olduğu ve en net uygulamasıdır.

Bu modelin diğer özellikleri,

- sağlık hizmetlerinin finansmanının ve maliyetinin devlet tarafından bütçe aracılığı ile kontrol edilmesi,

- muayyen katkı payları dışında sunulan sağlık hizmetlerinin ülke vatandaşlarına ücretsiz sağlanması,

- hekimlerce sunulan hizmetin karşılığının maaş ya da kişi başına ödeme yöntemi ile ödenmesi,

- kurumlar içinse merkezi idare tarafından belirlenen bütçelerin kullanılması

şeklinde sıralanabilir.[4]

1.2. BISMARCK MODELİ

Bismarck modeli 1883 yılında Alman Devlet adamı Otto Von Bismarck tarafından geliştirilmiş ve daha sonra Türkiye de dâhil olmak üzere birçok ülkede uygulanır hale gelmiştir. Avrupa'da ilk olarak işçi kesimini kapsayan emeklilik sistemini, sağlık ve kaza sigortalarını da düzenleyen Bismarck, finansmanının işçi ve işveren primleri yanında devlet katkılarıyla sağlandığı bir sosyal sigorta sistemi oluşturarak önemli bir çalışmaya imza atmış ve bu modeli yaratmıştır. Bu çerçevede, Almanya'da uygulanan sosyal sigortalar, başlangıçta hastalık (1883), iş kazası (1884), sakatlık ve yaşlılık (1889) sigortalarını kapsamıştır.[5]

Bismarck sistemi, özel sigorta tekniğinin kamuya uyarlanması olarak değerlendirilebilir. Yasanın kapsamına giren tüm işçiler zorunlu olarak sosyal sigorta kurumuna tabidir. Genellikle işverenler ve çalışanlar tarafından bordro kesintileri yoluyla finanse edilen bir sigorta sistemi kullanır. Bismarck tipi sağlık sigortası planları herkesi

[4] Mehtap TATAR, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi" SOSYAL GÜVENLİK DERGİSİ, 2011/1, s. 110.
[5]Ali GÜZEL, Ali Rıza OKUR, Nurşen CANİKLİOĞLU, "**Sosyal Güvenlik Hukuku"** 14. Basım, İstanbul, Beta yayınları, 2012, s.19.

kapsamaktadır ve kâr amacı gütmez.[6] Primler türlere göre sigortalı ve işveren arasında dağıtılmış, sigortalıların kazançları esas alınarak belirli oranlar saptanmıştır.[7]

Bismarck sisteminde sosyal hukuk açısından bireylerin çalışması, güvence kapsamına girmesi için yeterlidir. Çalışanların ve dolayısıyla yararlanıcı olanların ödedikleri sigorta primleri, sistemin finansman kaynağıdır. Ancak prim ödeyenin sağlık hizmetinden faydalanma hakkı kazandığı bu duruma "karşılıklılık ilkesi" (*reciprocity*) ismi verilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, sosyal güvenlik açısından tüm nüfusun kapsam içine alınmadığı anlaşılmaktadır. Bu durumu, sistemin en büyük dezavantajı olarak değerlendirmek yanlış olmaz. Halk sigortası adı da verilen Beveridge Sistemi ile karşılaştırıldığında, Bismarck Modelinde sadece çalışanlar sosyal güvenceden yararlanırken, modern sosyal güvenlik sistemlerinden Beveridge sisteminde ise ülkede yaşayan herkesin ayırım yapılmaksızın kapsama alınarak sosyal adaletsizliği ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda, finansmanı vergi ve katkı payları ile sağlanmış ve bütün finansman ve edimler tek merkezden yürütülmüştür. Bismarck Sistemi ise, çalışma esaslı sosyal sigorta mekanizması olarak da özetlenebilir.[8]

Beveridge modeline kıyasla, özel sağlık hizmetlerinin yaygın olduğu bu modele örnek verilecek olursa, Japonya, ABD'den daha fazla özel hastaneye sahiptir. Almanya'nın yaklaşık 240 farklı fonu olduğu düşünüldüğünde bu model Beveridge modeline göre çok katmanlı bir model olarak ele alınabilir. Bismarck modeli Almanya, Fransa, Belçika, Hollanda, Japonya, İsviçre ve bir dereceye kadar Latin Amerika'da uygulama alanına sahiptir.[9]

Beveridge ve Bismarck modelleri genel olarak, politik istikrarın olduğu, hükümetlerin öncülük ettiği ve idari yeterliliğin bulunduğu kentleşmiş kitlelere sahip ülkelerde başarıya ulaşmış modeller olarak değerlendirilmektedir. Genel olarak ülkelerin gelişmişlik düzeyine atıf yapılsa da Kosta Rika ve Küba gibi düşük ve orta gelirli ülkelerde de bu modellerin karakteristik özelliklerini taşıyan uygulamaları, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında yerini almıştır. Ancak, çoğu gelişmekte olan ülkede, ekonomik krizlerinde etkisiyle bu iki model de başarıya kavuşamamış olup bu

[6]A Better Health & Social Care. Vol. 1: Report, 2014, s. 44-45.
[7]Ali GÜZEL, Ali Rıza OKUR, Nurşen CANİKLİOĞLU, 2012, s.19.

[8] İsmail KİTAPCI, 2007, s.27-28.
[9]A Better Health & Social Care. Vol. 1: Report, 2014, s. 44-45.
http://www.fundacionespriu.coop/wp-content/uploads/Report_LPS_Vol1.pdf

modellerden modeller türetilmiş ya da modeldeki kullanıcı kesim kamu çalışanları gibi belli kitleler ile sınırlandırılmıştır.[10]

1.3. ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI MODELİ

Diğer bir finansman yöntemi olan özel sağlık sigortası, cepten yapılan ödemelerle finanse edilmekte olup sağlık sisteminin finansmanında ağırlıklı olarak başvurulmaması gereken yöntemlerden kabul edilir. Bu yöntem, farklı düzeylerde ve farklı amaçlarla kullanılabilir. Örneğin ABD gibi bazı ülkelerde, nüfusun önemli bir bölümü için temel sağlık finansman kurumuyken Fransa gibi bazı ülkelerde kamu sistemi ile birlikte tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir.[11] Bir başka ifade ile özel sağlık sigortası, kamu sağlık hizmetlerinin finanse etmediği bölümü finanse etmek için kullanılmaktadır.

Özel sağlık sigortalarınca sunulan sağlık hizmetinin kapsamı, kişileştirilmiş sağlık planları ile belirlenmekte olup kullanıcıların tercihlerine göre değiştirilebilir; daraltılıp genişletilebilir özelliktedir.

1.4.ULUSAL SAĞLIK SİGORTASI MODELİ

Hem Beveridge hem de Bismarck sisteminde olan unsurların bir araya geldiği bir diğer model Ulusal Sağlık Sigortası modelidir. Bu modelde, sadece kamu kesiminin değil, özel kesimin sağladığı hizmetlerden de yararlanılır.

1980 sonrası neoliberal politikaların etkisiyle değişen Beveridge Modelinin özel sağlık hizmet sunucularıyla olan işbirliği ile ortaya çıkan bu yeni modelde özel sağlık sigortası primlerine yönelik devlet sübvansiyonları bulunmaktadır. Diğer bir deyişle, kamu en önemli sağlık hizmeti sağlayıcısı olmaktan çıkarak sağlık hizmeti finansörü rolünü üstlenmektedir. Ödenen primler ile hastalıktan, analığa, emeklilikten yaşlılığa kadar sağlanan sağlık hizmetlerinin bedeli tahsil edilmektedir. Diğer taraftan ise prim ödeyemeyen fakat bakıma muhtaç kişilere kira yardımları sağlanmakta ve bu kişilere

[10] Kris HEGGENHOUGEN, Stella QUAH "The International Encyclopedia of Public Health" Elsevier Inc., 2008, s.783-784.
[11] Mehtap TATAR, 2011, s. 114.

yönelik sağlık yardımları ücretsiz (herhangi bir prim ödeme koşuluna bağlı kalmadan) yapılmaktadır. Ancak tekrar belirtmek gerekir ki bu özel durumun dışında kalan hastaların herhangi bir parasal yardımdan yararlanabilmesi için de primlerini kamu tarafından yönetilen ulusal sigortaya yatırmaları gerekmektedir.

Kâr hedefleri olmayan ve pazarlama ihtiyacı bulunmayan bu sigorta sisteminin, kâr odaklılara nazaran daha kolay yönetilebilir ve daha ucuz olma eğilimi vardır. Ancak, maliyetlerin kontrol altında tutulmak amacıyla ödeme yapılacak tıbbi hizmetlerin kapsamının sınırlı tutulması ya da tedavi için bekleme sürelerinin uzaması bu sistemin eleştirilen yönleri arasındadır. Sunulan sağlık hizmetlerinin bedelinin ödenmesi açısından hükümetin tekel olduğu bu sistemde, daha düşük fiyatlar için yapılan pazarlıktan önemli ölçüde olumlu sonuç alınmaktadır, bu sistemin, piyasa fiyatının belirlenmesi açısından mutlak bir güce sahip olduğu da görülmektedir. Örnek ile açıklayacak olursak, Kanada'da uygulanan bu sistem ile ilaç firmalarıyla düşük fiyatlardan görüşmeler yapılmaktadır. Öyle ki Amerikalılar, ilaçları kendi eczanelerinden satın almak yerine sınırın kuzeyinden ilaç almayı talep etmişlerdir. Kanada'da kurulan Klasik Ulusal Sağlık Sigortası sistemi ile hastane hizmetlerinin yanı sıra yaşlılar için ilaç sağlanması gibi hizmetlerin de tamamı finanse edilmektedir.[12]

1.5.CEPTEN ÖDEME MODELİ

Cepten ödeme modeli, sağlık sistemini kurmuş gelişmiş ve endüstrileşmiş ülkelerin dışında kalan genelde gelişmemiş ülkelerin halklarının sağlığa erişiminin finansman yöntemi olarak tanımlanabilir. Bu modelin uygulanmasının temel nedeni ise ülkelerin içinde bulunduğu ekonomik darboğaz ya da yaşanan ekonomik krizler olarak gösterilebilir.

Bu ülkelerdeki zenginlerin tıbbi bakım alabildiği, yoksulların ise yeterli tıbbi bakım alamadığı için hasta kaldığı ya da öldüğü bilinmektedir. Afrika, Hindistan, Çin ve Latin Amerika'nın kırsal bölgelerindeki yüz milyonlarca insan doktor görmeden hayatlarını sürdürmekte ve hastalığı iyileştirmek amacıyla alternatif çareler arayan insanlar köy şifacılarına başvurmaktadır. Paraları olmayan insanlar aldıkları tıbbi

[12]Ünal ER, "Sağlıkta Dönüşümün Aracı: Genel Sağlık Sigortası", Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek lisans tezi, Ankara, Şubat 2011, s. 78-79.

hizmetin bedeli olarak koyun, keçi, süt vb. gibi para dışı varlıklarla ödeme yapmaktadır. Para dışında ödeme yapacakları varlığı olmayan kişiler ise tıbbı hizmet alamamaktadır. Kamboçya ya da Burkina Faso gibi ülkelerde özel sağlık sigortası hizmetine sahip olmayan kişiler, hastalıklarının ciddiyetine ve tedavinin aciliyetine bakılarak kamu hastanelerinde sunulan ücretsiz hizmetten yararlanabilmekte olup bunun dışındaki hastalıklarının tedavisini hizmet bedellerini cepten ödemek suretiyle gerçekleştirmektedir.

Sonuç olarak, ülkelerdeki sağlık sistemleri içerisinde hizmetlerin finansmanı ve sunumu; sadece kamunun sunumu veyahut sadece özel sektörün sunumu ya da cepten ödeme yöntemiyle sağlık hizmetinden yararlanılmasından öteye gitmiş olup karmaşık ve iç içe geçmiş farklı uygulama modelleri ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin sunumunda ticari kaygıları olan ve bireysel risklerine göre hesaplanan primlerin oluşturduğu havuzun finansman aracı olarak kullanıldığı özel sağlık sigortaları; katılımcıların ortalamasına göre hesap edilen primlerin olduğu havuzun finansman aracı olarak kullanıldığı ve limitli çapraz sübvansiyonları içeren özel topluluk sağlık sigortaları ve kamusal olarak hizmet veren ve yasal olarak kapsama giren herkese eşit olarak verilen ve toplanan fon ve vergilerle finansmanın sağlandığı sosyal(kamusal) sağlık sigortaları sağlık hizmetlerinin finansman sisteminde yerini almıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

KOOPERATİFÇİLİĞİN TANIMI, ANLAMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

Dayanışma kuruluşları olarak ortaya çıkan ilk kooperatifçilik hareketleri 19. yüzyılın ortalarında ekonomik bir organizasyon haline gelmiş ve zaman içerisinde daha örgütlü bir yapıya kavuşmuştur. Zaman içerisinde gelişen ve ticari hayatta yerini alan kooperatiflerde, ortaklar, ihtiyaçlarına göre ekonomisini korumak ve geliştirmek amacıyla gönüllü olarak bir araya gelerek hem ekonomik hem sosyal kazanımlar elde etmişlerdir. Günümüzde ise ekonomik kalkınmanın önemli unsurları arasında yerini almıştır. Bu bölümde kooperatifçiliğin tanımı , tarihsel gelişimi ve günümüzdeki anlamı incelenecektir.

2.1 KOOPERATİFÇİLİĞİN TANIMI VE ANLAMI

Farklı sosyo-ekonomik koşullarda ve farklı hukuki çerçevelerde ele alınmış olması sebebiyle kooperatifçiliğin tanımlanması çeşitli şekillerde olmuştur. Bu bağlamda, bu çeşitli tanımlardan bahsedilerek genel bir kooperatifçilik tanımı ve anlamı ortaya konmaya çalışılacaktır.

Uluslararası kuruluşların yaptığı tanımlarla başlanacak olursa, Uluslararası Kooperatifler Birliği (ICA) bildiriminde, *kooperatif, müştereken sahip olunan ve demokratik olarak kontrol edilen bir işletme yoluyla, ortak ekonomik, sosyal ve kültürel ihtiyaçlarını ve arzularını karşılamak için gönüllü olarak bir araya gelmiş kişilerin özerk bir birliği* olarak tanımlanmıştır. ICA, Kooperatifleri, sahibi olan ortakları için çalışan işletmeler olarak tanımlamakta ve kooperatif ortaklarının, tüketiciler, çalışanlar veya sakinleri de olsa ne iş yaptığına ve kâr payına bakılmaksızın eşit söz hakkına sahip olduğu vurgusunu yapmaktadır.[13] Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'ne göre ise kooperatif, *benzer ekonomik zorluklarla karşı karşıya gelen kişilerin, ortaklaşa yapılan bir hareket içerisinde ortak ekonomik, sosyal ve kültürel ihtiyaç ve isteklerini yerine getirmek üzere gönüllü olarak bir araya gelerek kurdukları demokratik olarak kontrol edilen, özerk bir*

[13]http://ica.coop/en/whats-co-op/co-operative-identity-values-principles

*ekonomik ortaklık*tır.[14] Birleşmiş Milletlerce, kooperatifleşme, dahil etme ve sürdürülebilirlikle ilişkilendirilmiş ve sürdürülebilir kalkınma için kooperatiflere ayrıca bir önem verilmiş olup 2016 yılı Uluslararası kooperatifler günü sloganını "Kooperatifler: Sürdürülebilir bir gelecek için harekete geçme gücü" olarak belirlenmiştir. Kooperatiflerin Birleşmiş Milletlerin sürdürülebilir kalkınma amacına istihdam, yoksulluk, açlık ve eşitlik konularında önemli katkılarda bulunabileceği vurgulanmıştır. [15]

Kooperatifçiliğin ekonomik açıdan tanımlarına bakılacak olunursa, İtalyan iktisatçılarından biri olan Valenti kooperatifleri şu şekilde tanımlamıştır: *"Kooperatif, dağılımdan zarar görenlerin bu zararı ortadan kaldırmak ve dağılımda bir denge yaratmak amacıyla, kendi istekleri üzerine birleşip meydana getirdikleri kolektif bir işletmedir*." Bu tanıma göre, bir kooperatifin varlığı için, o günkü gelir dağılımından zarar gören bir kitlenin varlığı ve bu zararın o kitle tarafından kendi istekleri ile bir araya gelip bir işletme kurmak suretiyle ortadan kaldırılması amacının bulunması gerekmektedir. Kooperatifin ekonomik açıdan bir başka tanımını da ünlü Fransız kooperatifçi Charles Gide yapmıştır. Gide, kooperatifi *'kârı ortadan kaldırmak için birleşme'* olarak tanımlarken burada hem kapitalizmi ortadan kaldırmayı hem de tüketicinin korunmasını amaçlamıştır. Kontrat Mellerowicz ise kooperatifi, *"ekonomik yönden müşterek ticari bir hedefe ulaşmak için kurulan şahıs birlikleri"* olarak tanımlamıştır. Kooperatif işletmeciliği biliminin babası kabul edilen ünlü Alman kooperatifçisi Prof. Henzler ise *"Konut kooperatifleri dışında, üye sayıları sınırlı olmayan, ekonomilerini belirlenen temel sözleşme uyarınca, birlikte yükümlenen ekonomik araçlarla kendilerine özendirme görevi verilen bireyler topluluğuna kooperatif"* demektedir. Prof. Ziya Gökalp Mülayim ise kooperatifleri; *"Bireylerin tek başlarına yapamayacakları veya birlikte yapmalarında yarar bulunan işleri en iyi bir biçimde ve maliyet fiyatına yapmak üzere dayanışma suretiyle ekonomik güçlerini bir araya getirmeleridir"* şeklinde tanımlamaktadır.[16]

Özetle, kooperatif, bir kişiden elde edilen verimin bir araya gelerek yükseltilmesi, ihtiyacı duyulan araç gereçlerin maliyetinin paylaştırılması, tek başına elde edilen gelirin bir araya gelerek arttırılması amaçlarıyla şahıs ortaklığı şeklinde kurulur. Burada belirtmek gerekir ki, sermaye şirketlerinde kâr olgusu, her bir ortağın koymuş olduğu sermayeyle doğru orantılı olarak yılsonunda almayı hedeflediği kazançla açıklanırken

[14] http://www.ilo.org/global/topics/cooperatives/lang--en/index.htm
[15] http://www.un.org/en/events/cooperativesday/2016/sgmessage.shtml
[16] Ziya Gökalp MÜLAYİM "Kooperatifçilik", 6. Baskı, Eylül 2010, Ankara s.70-72.

kooperatiflerde, sermaye şirketlerinden farklı olarak, öncelikli olarak ortakların ihtiyaçlarının giderilmesi amacı vardır.

Tablo 1:Kooperatifçiliğin Farklı Ülke Mevzuatlarındaki Tanımları[17]

Ülke	**Kooperatifçilik Tanımı**
İtalyan Yurttaşlar Kanunu	*"Kooperatif, karşılıklı yardım amacı güden, değişik sermayeli, sınırsız ortaklı, ortaklarının en çok payı tespit edilmiş olan bir ekonomik örgüttür."*
Fransa Kooperatifler Kanunu	*"Konuları, belirli bazı malların ve bazı hizmetlerin maliyet fiyatını ve gereğinde satış fiyatını; karları maliyete eklenen müteşebbis veya aracıların gördükleri işleri yapmak suretiyle kendi ortakları lehine ve bu ortakların müşterek çabalarıyla düşürmek; ortaklarına sağladıkları veya ortakların üretip tüketiciye sattıkları mal ve eşyanın kalitesini düzeltmek olan şirketlerdir."*
Hollanda Kooperatifler Kanunu	*"Ortakların girme ve çıkmalarının serbest olduğu ve ortaklarının, işlerini birleştirerek veya onlara gerekli maddeleri satın alarak veyahut da onlara kredi sağlamak suretiyle, ekonomik haklarını savunma amacını güden şahıs birleşmeleridir."*
Almanya Kooperatifler Kanunu	"Kooperatifler, m*üşterek bir işletme vasıtasıyla ortaklarının tarımsal ve ekonomik gereksinimlerini karşılamak üzere kurulan sınırsız ortaklı şirketlerdir.*"

[17] Ziya Gökalp MÜLAYİM, 2010, s.67-69.

1163 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Kooperatifler Kanunu	*"Tüzel kişiliğe haiz olmak üzere ortaklarının belirli ekonomik menfaatlerini ve özellikle meslek ve geçimlerine ait ihtiyaçlarını işgücü ve parasal katkılarıyla karşılıklı yardım, dayanışma ve kefalet suretiyle sağlayıp korumak amacıyla gerçek ve tüzel kişiler tarafından kurulan değişir ortaklı ve değişir sermayeli ortaklık"*

Hukuki açıdan Kooperatifçilik tanımlarının gösterildiği tablo 1'e bakılacak olunursa, tabloda yer alan tüm ülkelerin mevzuatındaki ortak nokta, ortakların menfaatleri için ortakların işbirliği ile faaliyetlerini yürüttükleri işletmeler olduklarıdır.

Sonuç olarak kooperatifçilik kavramı, toplumun içinde bulunduğu güç durumların üstesinden gelinmesi amacına hizmet edebilme potansiyeline sahip olması sebebiyle sosyoloji; ekonomik kuruluşlar olması ve kârlılık, verimlilik unsurlarını içinde barındırarak iktisadi adalete hizmet etmesi bakımından ekonomi; kooperatifin kuruluşundan işleyişine kadar her alanda ortaklık ilişkisi bulunması nedeniyle hukuk olmak üzere birçok bilim dalı ile bizzat ilişki içerisinde gelişerek anlam kazanmıştır.[18]

2.2. DÜNYA'DA KOOPERATİFÇİLİĞİN FİKİR ÖNCÜLERİ

Sanayi Devrimi'nin İngiltere'de başlaması ve bunun sonuçlarının burada hissedilmesi, kooperatif hareketini yönlendiren, düşünceleri ile gelişmesini, ilerlemesini sağlayan ilk kooperatifçilik hareketlerinin de İngiltere'den çıkmasıyla sonuçlanmıştır. Diğer taraftan Fransa'da Charles Fourier ve Philippe Buchez; Almanya'da H. Schulze Delitzsch ve Fr. W. Raiffeisen; İsrail'de kibbutzlar ve moşavlar; Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği(S.S.C.B.)'de kolhozlar, sovhozlar ve komünler; ve Çin Halk Cumhuriyetinde karşılıklı yardım takımları kooperatifçilik alanındaki öncü kişiler ya da hareketler olarak bilinmektedir.

[18]İhsan MEMİŞ, "Kooperatifçiliğin Düşünce Tarihi ve Uygulaması(Dünyada-Türkiye'de)", Ankara, 1985, s.4-7

2.2.1.İngiltere

Sanayi devrimi öncesinde, kooperatifçilik uygulamaları çok sınırlı alanlarda gözlemlenmiştir. 18 inci yüzyılın sonu 19 uncu yüzyılın başında gerçekleşen sanayi devrimini takip eden işçi hareketlerinin kooperatifleşmeyi arttırdığı söylenebilir. Öyle ki kooperatifleşme hareketleri işçi hareketlerinin bir sonucu olarak görülmüş ve bu nedenle sanayi devriminin ve bu toplumsal iklimin yarattığı koşullarda ortaya çıkan işçi hareketlerinin bir sonucu olarak kooperatifçilik kapitalizme karşı bir alternatif olarak savunulmuştur. [19]

Burada kuşkusuz ilk defa kooperatif kelimesini kullanan ve kooperatifçiliğin babası sayılan ütopist sosyalistlerin temsilcilerinden kabul edilen olan Robert Owen 'dan(1771-1858) bahsetmek gerekmektedir. Devrinin reformistlerinden olduğu düşünülen Owen, sanayideki makineleşme ile işveren ve işçi arasında bozulan dengenin ancak üretici ve tüketiciyi bir araya getiren kooperatifleşme modeliyle tekrar sağlanacağını düşünmekte olup emek gücüne ve iş değerine göre ücretlendirme yapılması ve kâr amacının ortadan kalkması gerektiğine vurgu yapmıştır.[20]

Robert Owen erken yaşta sahibi olduğu fabrikanın yönetimine geçtiğinde işçilerin içinde bulunduğu kötü çalışma şartlarını ve yaşamlarındaki sefaleti görmüştür. Fabrikasında çalışan işçilerin çalışma koşullarını iyileştirmeye yönelik önlemler getirilmiş ve bunları öncelikle kendi fabrikasında uygulayarak işe başlamış; daha sonraları ise, mevcut sosyal ve ekonomik sistemi bütünüyle değiştirmeye dönük programlara yönelmiştir. Öngördüğü reform tedbirlerini 1800-1823 yılları arasında bizzat kendi fabrikasında uygulamaya çalışmıştır. Uzun bir süre model bir fabrika ve model bir köy oluşturmak için denemeler yapan Owen, küçük kooperatiflerin kurulup ülke çapında yaygınlaşmasıyla kooperatif temeline dayalı mutlu bir toplumun ortaya çıkacağını savunmuş ve bu fikrin hem öncülüğünü hem propagandasını yapmıştır. Ona göre geleceğin sınıfsız toplumu, kendi kendisini yöneten 300-2000 kişilik kooperatif topluluklarının bir federasyonu şeklindedir.1824'te tasarladığı ütopik toplumu Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Indiana eyaletinde kurduğu "New Harmony" kolonisinde

[19]Louis de BROUCKERE, "Kooperatifçilik: Men'şeleri, Mahiyeti, Hizmetleri, Hâkimiyeti Milliye Matbaası", 1929, s.15.

[20]Rona AYBAY, "Robert Owen, Sosyalizmin Öncülerinden; Yaşamı, Eylemi ve Öğretisi", Alfa Yayınları, 2012, İstanbul.

gerçekleştirmeye çalışmıştır. Servetinin tamamına yakınını bu yolda kaybetmiş olmasına rağmen başarılı olamamıştır ve 1829'da İngiltere'ye dönmüştür.[21]

Sanayi devriminden sonra belirginleşen kapitalizmin işçi sınıfına getirdiği güçlüklere karşı durmuş ve bu uğurda mücadele etmiş hümanistlerden biri olarak değerlendirilmiş ve israfçı, adaletsiz ve plansız olan kapitalizme karşı oluşan siyasal bir akımın öncüsü olarak literatürde yerini almıştır.[22] Owen ile özdeşleşen kooperatifçilik ve ütopik sosyalizm kavramları, kooperatifçilik hareketlerinin sosyalizm ile benzer yönlerinin olması sebebiyle o dönemde kimi zaman karıştırılmışsa da sosyalizmde bir araç olarak kullanılan kooperatifçilik hareketleri, özellikle kalkınma çalışmalarıyla bağımsız ve uygulamaya yönelik olarak gelişmiştir. [23]

Yine işçi hareketlerinin sonucu olarak, 1828 yılında Brighton'da ilk sendika dükkânı, kooperatif mağazası olarak tüketim kooperatifi modelini esas alarak açılmıştır. Dr. William King (1786-1865), sermaye karşısında güçlük çeken emekçilerin içinde bulunduğu şartları iyileştirmek amacıyla 1828 yılında Brighton'da kurulan bu ilk tüketim kooperatifinin öncüsü olmuştur.[24] King kooperatifçilik tanımını ise şu şekilde yapmıştır:

"Eğer bir sistem en yüksek derecede dine ve ahlaka hizmet ediyor, gökyüzünü yerlere indiriyor, kendine inananlardan temiz ve lekesiz dini inanç, hassas bir vicdan, sadık bir yürek, pürüzsüz bir kafa, kardeşlik şuuru ve kardeşçe üyelik istiyorsa, bu kooperatifçiliktir".[25]

Bu tüketim kooperatifi teşebbüsleri, burjuva sınıfını korkutacak ölçüde önemli bir hareket olarak değerlendirilmiştir.[26] King'in tüketim kooperatifleri denemesi üç yıl devam ettikten sonra başarısızlıkla sonuçlanmış ve bu hareketler 1832 yılında önemini yitirmiştir.

Batılı tarzdaki çağdaş kooperatifçilik devri, modern kooperatifler için ortam hazırlamaya çalışan, çalışma hayatının iyileştirilmesi alanlarında fikir ve eylem sahibi bir yenilikçi olan Owen'ın görüşleri ışığında haksever öncüler olarak bilinen Rochdale öncüleri James Strandingi, Charles Howarth ve John Collier tarafından başlatılmıştır. 19.

[21] İbrahim Erol KOZAK, "İşçi Sendikalarının Tarihi Gelişimi, (İngiltere Örneği)" , Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, 2012, s.69-70.
[22]Leo HUBERMAN, "Sosyalizmin Alfabesi", Sol Yayınları, Ankara,2005, s.45
[23]Rona AYBAY ,2012.
[24]Louis de BROUCKERE, 1929, s.15.
[25] Özlem YILDIRIR KOCABAŞ, "Türkiye' de Tarımsal Kooperatifçilik Düşüncesinin Gelişimi", 1. Baskı, İstanbul: Libra Kitapçılık, 2010, s.22.
[26]Louis de BROUCKERE, 1929, s.15.

yüzyılın başında bir düşünce olarak ortaya atılan kooperatifçilik, önce Owen daha sonra da Dr.William King tarafından uygulamaya geçildikten sonra, yüzyılın ortalarına doğru, dokuma sanayi ile uğraşan Bir dokuma kasabası olarak bilinen Rochdale kasabasında denenmiştir. Biri kadın toplam 28 dokuma işçisi tarafından her biri 1 İngiliz sterlini koymak suretiyle topladıkları 28 sterlin ile 21 Aralık 1844 yılında 10 sterline kiraladıkları bir dükkânda Charles Howarth'ın öncülüğünde bir tüketim kooperatifi kurmuşlardır.[27]

Rochdale öncüleri üretim ve istihdam gibi ekonomik hedeflerinin yanı sıra ortakların büyük kentlerdeki konaklama sorunlarını gidermek amaçlı otel açmak ya da kârın %2.5 unu ayırmak suretiyle eğitim ihtiyacına yönelik okul yapmak gibi sosyal amaçlara da hizmet eden bir yapı oluşturmuşlardır. Bugünkü kooperatifçiliğin başlangıcı olan bu kooperatif denemesi "Rochdale Öncüleri" olarak tüm dünyaya ün salmış ve Uluslararası Kooperatifler Birliği'nin (ICA) sonradan kooperatifçilik ilkeleri olarak benimsediği temel kuralları bu kooperatif uygulamıştır. Rochdale işçileri kooperatifin etkin yönetimi için bugün bile geçerli olan belirlediği bazı ilkeler ise şunlardır:

- Kooperatife iyi niyetle girmek isteyen herkesin cinsiyet, milliyet, ırk, din, dil ayırımı yapılmaksızın kabul edilmesi (serbest giriş ilkesi)

- Kooperatif yönetiminin ortakların politik düşüncelerine karışmaması ve tarafsız kalması (politik tarafsızlık ilkesi)

- Kooperatife ortak olan herkesin kapitale katkısına bakılmaksızın yönetimde bir oy hakkına sahip olması (demokratik yönetim ilkesi)

- Yılsonu net gelir-gider farkının ortakların kooperatifle yaptıkları işlemlerle orantılı bir biçimde dağıtılması (risturn dağıtım ilkesi)

-Ortakların kooperatife yatırdığı kapitale(paylara) belli oranda faiz verilmesi (faiz ilkesi)

- Ortakların kooperatiften aldıkları malların bedelini peşin ödemesi (peşin ödeme ilkesi)

- Kooperatif ortaklarının eğitimine özel bir önem verilmesi ve bu amaçla her türlü çabanın gösterilmesi (eğitim ilkesi)

- Kooperatifler kendileri için riskli olabilecek ticari işlemlere girişmemelidirler.

[27]Seyfullah AKBOLAT, "Türkiye'de Kooperatiflerin Doğuşunda Devlet Etkisi ve Memleket Sandıkları", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2012, s.22-23.

- Kooperatif yaptığı satışlarda, fiyatın rakip firmalardan daha düşük olmasına özen göstermelidir.

- Kooperatif gerçekleştirdiği her işlem hakkında ortaklarına sık sık bilgi vermelidir.[28]

Rochdale Tüketim Kooperatifi, açıldığında haftada iki gün çalışırken 1851 yılında tüm hafta boyunca açık olan mağazaları aracılığıyla 20 yılda 5326 ortağa ve 78.779 İngiliz Sterlini değerinde sermayeye sahip olması ve 196 bin Sterlin ciro ve 25 bin Sterlin kâr elde etmesi ile tüm dünyada ses getirmiştir. Rochdale Tüketim Kooperatifinin 50. kuruluş yıldönümünde, Fransız ekonomist Gharles Gide tarafından yapılan konuşmada bu hareketten duyulan memnuniyet dile getirilmiştir. Kooperatifçilik hareketi sadece ekonomik literatürdeki yerini almamış aynı zamanda dönemin romanlarına da konu olmuştur. Öyle ki ünlü İngiliz romancı Charles Dickens tarafından yazılan yazılarda tanıtımı yapılmış ve küçük bir hikâyesinde de kooperatifin kuruluşu ve başarısı kaleme alınmıştır. [29]

2.2.2.Fransa

Avrupa'daki kooperatifçilik hareketinin, sadece ekonomik ilişkilerin değiştiği sanayi devriminden değil 1789 Fransız İhtilali sonrası değişen ve gelişen siyasal, sosyal ve kültürel ortamdan da etkilendiği düşünülmektedir. Öyle ki Fransız öncülerinden Charles Fourier(1772-1837), serbest rekabet ekonomisinin yarattığı ortamın insana uygun olmadığını savunmuş ve sanayiyi "işçinin mezarı" olarak tasvir etmiş olup içgüdüsel olarak insanların ihtiyaçlarını giderebileceklerini ve aynı içgüdüye sahip insanların çekim kanunu[30] ile kooperatifleşerek mutluluğa erişeceklerine inanmıştır, çünkü liberalizmin çağın sorunu olduğunu düşündüğü toplumun yeniden kurulması gerektiğini anlamadığını düşünmektedir.[31]

[28]İhsan MEMİŞ, 1985, s.14-15.
[29]Nurettin HAZAR, "Kooperatifçilik Tarihi", 3. Basılış, Türk Kooperatifçilik Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1990, s118-131.
[30]Newton tarafından ortaya konan **Çekim Kanunu'**nun insan ruhunda ve toplumda da geçerli olduğunu düşünmektedir.
[31] İhsan MEMİŞ, Ahmet FIRAT, "Kalkınmada Türk Kooperatifçilik Modeli Araştırması", Kent Matbaa, Ankara, 1979, s.22-23.

Çağdaşı Owen gibi ütopist sosyalist olan ve sonraki kooperatifçilik hareketlerinin geliştirilmesine ön ayak olan Fourier'ın görüşleri Phalange Topluluğu adı altında emir altında çalışan insanların örgütlemesini önermiş fakat Owen'dan farklı olarak uygulamada yer bulamamıştır.[32]

Kilise aracılığıyla dindar ve yoksul sınıfın sorunlarını duyurmaya uğraşan, Hristiyanlığı sosyalizm ile bağdaştırmaya çalışan ve sosyal Hristiyanlar olarak tanınan grubun Fransız temsilcisi olarak bilinen Fransız filozof ve iktisatçı St. Simon'un öğrencilerinden Philippe Buchez (1796-1865), üretim kooperatifçiliği alanına önemli katkılarda bulunmuştur. Kooperatiflerin finansman ihtiyaçlarının giderilmesi için Fransa'da ikinci halk bankasını kuran kişi olmuştur. Buchez, sanat ve meslek sahibi işçilerin kurulacak kooperatifler aracılığıyla teşkilatlanmasının toplumsal ilerlemeye katkıda bulunacağını savunmuştur. Modellemesini yaptığı üretim kooperatifi,1832 yılında Paris'te "Marangozlar Kooperatifi" olarak kurulmuşsa da sürdürülememiştir. Dönemin ağır kanuni düzenlemelerine rağmen, 1834 yılında kurulan "Mücevherciler Kooperatifi" ise 18 gibi ciddi bir kooperatif sayısına ulaşmış ve 1873 yılına kadar başarılı bir şekilde faaliyetlerine devam edebilmiştir. Fonlama, yedek akçe ve kâr dağıtımı gibi hususlarda verilen yanlış kararlar sebebiyle sürdürülebilir bir kooperatif yapısı oluşturulamamış olsa da Buchez'in fikir önderliğinde yüzü aşkın kooperatif kurulmuştur.[33]

2.2.3. Almanya

Almanya, teorik olarak İngiliz ve Fransız kooperatifçiliğini örnek alarak başlamış olup uygulamada başarı anlamında bu ülkelerin bir adım önüne geçmiştir. Ayrıca esnaf ve tarım kredi kooperatifleri gibi yeni faaliyet alanlarındaki ilk başarılı örnekleri Almanya'dan tüm dünyaya yayılmıştır. Alman fikir öncüleri, İngiltere ve Fransa uygulamalarında karşılaşılan aksaklıkları çözümlemeleri ve uygulamada karşılaşılabilecek çeşitli sorunlara yönelik çalışmalar yapmaları, kendi kooperatifçilik uygulamalarında büyük ölçüde başarılı sonuç almalarını sağlamıştır.

Alman kooperatifçiliğinin mevzuat temelini atan ve küçük sanatkâr ve esnaf kooperatiflerinin kurucusu olan Hermann Schulze Delitzsch (1808- 1883), mevcut

[32]Nurettin HAZAR, 1990, s.167-173.
[33]Nurettin HAZAR, 1990, s178-186.

iktisadi sistemden sadece işçilerin değil ayrıca esnaf, sanatkâr ve çiftçilikle uğraşan köylülerin de zorluk yaşadığı görüşündedir. Orta sınıf olarak değerlendirdiği bu kesimin içinde oldukları zorluklarla baş etmesi için yardımlaşma bilincinin gelişmesi, devletin hukuksal anlamda destek vermesi ve bilgi ve beceri türlerine göre kooperatifleşilmesi gerektiğini savunmuştur. Örneğin, küçük sermaye ve zanaat sahibi kişiler, ürünlerini pazarlamak için hammadde ve ambarlama kooperatifleri kurarak ürünlerinin satışını gerçekleştirebilecek ve kurulacak tüketim kooperatifleri ile de geçimlerini sağlayabileceklerdir. [34]

1846 yılındaki kıtlık dönemindeki ekonomik dalgalanmaların sonucu zarar gören yoksul halkın korunması amacıyla buğday stoku girişimiyle kasabasındaki kıtlık döneminin atlatılması ile uygulamadaki başarıları başlayan öncü Schulze- Delitzsch 1883 yılında öldüğünde, farklı faaliyet alanlarında kurulmuş yüzlerce başarılı kooperatifi ardında bırakmıştır. Öyle ki, Alman Küçük Sanat Kooperatifleri Birliğinin ortağı kooperatif sayısı 922'yi bulmuş, kooperatiflerin ortak sayısı 470 binleri aşmış ve sermayesi 122 milyon Markı bulmuştur.[35] Almanya'daki kooperatiflerin başarılarının ve sürdürülebilirliğini nedenlerinin başında sınırlı sorumluluk, denetleme sistemi, merkez birliğin kurulması gibi hukuki düzenlemelerle kooperatifleşmenin bir kanun ile disipline edilmesi gelmektedir ve bu konuda Schulze- Delitzsch'in kanuni düzenlemelerdeki yetkinliği ve hizmetleri sonuç vermiştir.[36]

Çiftçilik ve farklı bölgelerde belediye başkanlığı yapmış olan Friedrich Wilhelm Raiffeisen(1818-1888) ise Alman kooperatifçilik hareketi açısından bir diğer önemli kişidir. Öyle ki, bahsi geçtiği üzere 1846 ve 1847 yıllarında yaşanan kıtlık ve hatta kimi kaynaklara göre açlık tehlikesine karşı alınan önlemlerden bir diğeri olan tohum tedariki ve düşük fiyatla ekmek ihtiyacının karşılanmasını amaçlayan "Ekmek Derneği"nin kurulmasında öncülük etmiştir. Kooperatifçilik ilkeleri doğrultusunda hareket etmiş olan Raiffeisen'in dönemin zor şartları altında yaşamlarını devam ettirmekte zorluk çeken özellikle çiftçi sınıfının sorunlarına çözüm olacak denemelerinden diğeri ise "Muhtaç Çiftçiyi Destekleme Derneği"dir. Bu dernek ile çiftçinin finansman ihtiyacını uzun vadeli kredilerle gidermeye çalışmıştır. Aynı şekilde kuruluşuna öncülük ettiği " Huddesdorf Hayır Derneği" kanalıyla topladığı bağış ve keseneklerle çiftçi ve şehirli esnafın kredi verilmiş ve sonrasında dernek "Huddesdorf Tarım Kredi Kooperatifi"ne devrolmuştur.[37]

[34]İhsan MEMİŞ, Ahmet FIRAT, 1979, s.23-25.
[35] İhsan MEMİŞ, 1985, s. 60-61.
[36]Nurettin HAZAR, 1990, s.252-253.
[37]İhsan MEMİŞ, 1985, s. 61-63.

Raiffeisen'in kooperatifçilik ilkeleri ana başlıkları sınırsız sorumlu olan ortaklar arasındaki dayanışma; bir köyde yaşayan insanların kooperatif mensubu olmasıyla sağlanan dar bölge ve az ortak esası; kooperatifin faaliyet konusunun olması; taksitler halinde ödenen ortaklık payı ve giriş parası; kuvvetli sermaye anlayışıyla kârın dağıtılmayarak yedek akçeye alınması; ortak dışı işlem olmaksızın yalnızca ortağın faydalanması; tek oy kuralıyla eşitlik kuralının uygulanması; uzun vade, düşük faiz esası; gönüllülük esası ile ücretsiz yönetim şeklinde sıralanabilir.

Raiffeisen'in kooperatifçilik denemelerindeki üstün başarısı, Alman kooperatifçiliği ve hatta dünya kooperatifçiliğine model olmuştur. Öyle ki, günümüzde, Almanya'da her dört vatandaştan biri kooperatif ortağı ve her çiftçi bir veya birkaç kooperatifin ortağı olup 18 milyondan fazla ortak ile yaklaşık 5.700 kooperatif, tarım, bankacılık ve küçük ölçekli sanayi mal ve hizmetleri alanında faaliyet göstermektedir. Yaklaşık 2.395 tane tarım ve gıda sektörü alanında hizmet veren kooperatif, 1.362 kadar esnaf mal ve hizmet kooperatifleri, konut mevcudunun yaklaşık yüzde onuna tekabül eden 2,17 milyon konut ile konut kooperatifleri ülkedeki faaliyetlerine devam etmektedir. Ayrıca, günümüzde geleneksel kooperatif türlerinin yanı sıra yeni alanlarda hizmet veren kooperatifler de kurulmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında doktorlar ve sağlık çalışanları tarafından kooperatifler; satın alma ve pazarlama işleriyle uğraşan kooperatifler; gıda sektöründe perakende yapan kooperatifler; enerji üretimi ve sağlanması amacıyla kurulan, elektrik satın almak için örgütlenen ve birlikte güneş enerjisi tesisleri olarak kurulan kooperatifler; yaşlılara uygun konut inşa edilen ya da mevcut konutlarını modernize edilmesini sağlayan konut kooperatifleri yeni tür kooperatiflere örnek teşkil etmektedir. [38]

2.3. DÜNYA'DA KOOPERATİFLERİN BUGÜNKÜ DURUMU VE KOOPERATİFÇİLİĞİN İLKELERİ

2.3.1. Dünya'da Kooperatiflerin Bugünkü Durumu

Sadece kendi ekonomik ve sosyal gereksinimleri için değil toplumların gereksinimleri için de önemli, ekonomik ve sosyal kazanımlar sağlayan ve gönüllü

[38]Alman Kooperatif ve Raiffeisen Konfederasyonu Türkiye Temsilciliği'nden edinilen 2020 yılı verileridir.

olarak bir araya gelen insanlar tarafından kurulan kooperatifler, yalnızca zayıf kesimlerin dayanışma kuruluşu olmaktan çıkmış, ekonomik ve ticari hayatta avantajlı konumda olan başarılı girişim örnekleri haline gelmişlerdir.

Günümüzde kooperatifler, hem küçük işletmeleri hem de küresel boyutta milyar dolarlık satışlar yapan büyük işletmeleri içeren oldukça geniş bir yelpazeye sahiptir. Birleşmiş Milletler'in yapmış olduğu araştırma sonucunda yayımlanan rapor sonucuna göre dünya genelinde 750.000'ü aşkın kooperatif bulunduğu belirtilmiştir. Bu kooperatiflerde yaklaşık 100 milyon kişiye istihdam sağlanmakta olup yaklaşık 1 milyar kişi bu kooperatiflerin ortağıdır. Kooperatifler, genel olarak tarım alanında, toptan ve perakende ticaret alanında, sağlık, eğitim ve bakım sektörlerinde, konut sektöründe, sanayi sektöründe, bankacılık ve sigortacılık alanında faaliyet göstermekte ve hizmet sunmaktadır. Yeni dönemde, bilgi ve iletişim teknolojisi, turizm ve kültürel sektörler gibi yeni sektörlerde de faaliyet gösteren kooperatif kuruluşları gerçekleşmiştir.[39]

Küresel anlamda kooperatif hareketi hakkında Uluslararası Kooperatifler Birliği (ICA) tarafından yıllık ekonomik verilerin hazırlanarak sunulduğu 2018 yılı "Dünya Kooperatif Monitörü"nde, dünyadaki 54 ülkede faaliyet gösteren 2575 kooperatifin verilerinden yararlanılarak hazırlanmış olup 2,018.02 milyar ABD dolarlık payı ile kooperatiflerin dünya ekonomisindeki yerine vurgu yapılmıştır. [40]

Avrupa Birliği ülkelerinde kooperatifler bütünleyici bir role sahiptir. Modern anlamda kooperatifçilik hareketinin başladığı Avrupa'da bugün kooperatifler Avrupa ekonomisinde büyük bir güç oluşturmaktadır. Özellikle tarımsal kooperatifler, küçük çiftçilerin temel yapılarını koruyarak üretim etkinliklerini artırdıkları için, yeni iş yaratmada ve çalışma şartlarının iyileştirilmesinde etkin rol oynamaktadırlar.[41] Dünya Kooperatif Monitörüne bakıldığında da, dünyada kooperatifçilik ile ilgili bilgilerin temin edildiği kooperatiflerin yüzde yetmişinin Avrupa Birliği ülkelerinde yer aldığı görülmektedir.

Avrupa Birliği Komisyonu tarafından 2001 yılında "Avrupa Girişimi" içerisinde 'Kooperatifler' başlıklı istişare belgesi yayımlanmıştır. Avrupa Birliğinin hedeflerini gerçekleştirmesinde, kooperatifçiliğin önemli ve iyi bir model olduğu ortaya konmuştur.

[39] Seyfullah AKBOLAT, 2012, s.31.
[40] https://monitor.coop/sites/default/files/publication-files/executive-summary-2018-web 1588915923.pdf
[41] Hilal MÜFTÜOĞLU, "Türkiye'de Kooperatifçilik; Türk Kooperatifçiliğine Alternatif Bir Model: Almanya" İstanbul Ticaret Odası Yayınları", İstanbul, Yayın No:2001, s.46.

Bu belgede yer verilen kooperatiflerin ekonomik ve sosyal özellikleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.[42]

Tablo 2: Kooperatifçiliğin Ekonomik ve Sosyal Özellikleri

Ekonomik Özellikler	**Sosyal Özellikler**
Piyasa başarısızlığını düzeltebilir ve etkin bir piyasa organizasyonunu destekleyebilir.	Demokratik olarak yönetildiğinden ve ekonomik açıdan yönetime katılmaya olanak sağladığından, güven yaratır, sosyal sermaye oluşturur ve muhafaza eder.
Küçük sınaî işletmelere, kendi özerkliklerini kaybetmeksizin daha büyük ve güçlü ekonomik yapılar şeklinde birleşme olanağı sağlar.	Özellikle başka türlü sorumlu pozisyonlara gelemeyecek olan kişiler için yönetim deneyimleri kazanma olanakları sunar.
Ürün ya da hizmet arzını koordine etmek suretiyle bireylerin ya da küçük işletmelerin pazar gücünü artırabilir;	
Düşük sermayeli ortaklara da ekonomik kararlara katılım olanağı sağlar;	
Kooperatif ortaklarına / vatandaşlara hizmet ihtiyaçlarını düzenleme veya tespit etme olanağı sağlar.	
Hissedarlarla ilgili değer değil de paydaşların yararı ön planda olduğundan, geleceği daha fazla düşünebilir.	

[42]T.C. Gümrük ve Ticaret Bakanlığı, Türkiye Kooperatifçilik Stratejisi ve Eylem Planı, 2012-2016, s. 14-15.

Kooperatif ortakları, (şirket) hissedarlara göre daha az değişkendir.	
Nüfusun büyük bölümlerinin ekonomik entegrasyonuna olanak sağlar.	
Yerel piyasalar için avantajlar sağlar, orada oturanlarla yakın temaslar sayesinde yerel ihtiyacı karşılar ve kendi bölgesinde ya da ilgili sektörde ekonomik faaliyeti canlandırır.	
İstikrara katkıda bulunur. Kooperatifin amacı, maksimum kâr elde etmek değil de ortakların desteklenmesi olduğundan, hiç kâr etmediği durumda dahi, ortaklarına hizmet götürmeyi sürdürebiliyorsa genelde ayakta kalmayı başarmakta ve başarılı olmaktadır. Aynı durum yatırımcıların kurduğu ticari şirketler için geçerli değildir.	

Kaynak: Avrupa Birliği Komisyonu, 2001

2.3.2. Kooperatifçiliğin İlkeleri

Uluslararası Kooperatifler Birliği (ICA),kurulduğu günden bu yana kooperatifçiliğin tanımlanmasında ve hangi ilkelere dayanması gerektiği konusunda nihai otorite olmuş ve farklı zamanlarda ama sürekli olarak ilkeler konusunda düzenlemelere gitmiştir. Bu doğrultuda, birliğin, kooperatifçilik ilkelerine dair 1937 yılında ve 1966 yılında olmak üzere iki kere açıklama da bulunduktan sonra 1995 yılında kooperatifleşmenin arkasındaki düşüncenin daha iyi bir toplum olduğu vurgusu yapılmış

olup çağdaş toplumlarda kooperatifçilik ilkelerinin nasıl yorumlanması gerektiği konusunda bir düzenleme yapmıştır.[43] Bu doğrultuda,

1. Gönüllü ve herkese açık ortaklık
2. Ortaklar tarafından gerçekleştirilen demokratik denetim
3. Ortakların ekonomik katılımı
4. Özerklik ve bağımsızlık
5. Eğitim, öğrenim ve bilgilendirme
6. Kooperatifler arasında işbirliği
7. Topluma karşı sorumlu olma

şeklinde yedi ilke belirlenmiştir. Belirlenen bu yedi ilke kural olmayıp kooperatifler için rehberlik eder. ICA tarafından tanınan kuruluşlar, yapılan kooperatif tanımını benimsemesi, belirlenen kooperatif değerlerini kabul etmesi ve kooperatif ilkelerine bağlı kalması beklenir. Ancak bu noktada belirtmek gerekir ki ICA'nın kooperatiflere ya da kooperatifçilikle ilgili kuruluşlara yönelik hiyerarşik bir üstünlüğü ya da denetleyici bir görevi yoktur.[44]

19. yüzyılın ilk yarısındaki kooperatifleşme hareketinin başlangıcından günümüze kadar önemini ve önceliğini koruyarak gelmiş olan gönüllü ve herkese açık ortaklık ilkesinde, kooperatifin hizmetlerinden yararlanabilecek ve ortaklığın sorumluluklarını alabilecek; ekonomik, sosyal ve kültürel ihtiyaç ve istekleri başarmayı amaçlayan gönüllü herkese açıklık ifade edilmektedir. Kooperatifler, cinsiyet, sosyal, ırksal, politik veya dini ayrımcılık olmaksızın herkese açık olan gönüllü kuruluşlar olarak kabul görmektedir. Öyle ki, herkese açıklık ve ayrımcılığın yasaklanması, kooperatifleşme hareketinin geleneği olarak görülmekte olup 1840'larda, Rochdale öncüleri, sosyal açıdan ilerici ve radikal olarak kadınları ve toplumun bütün sınıflarındaki insanları, politik görüşlerinden ya da dini inançlarından bağımsız bir şekilde, kooperatiflerinin eşit üyeleri olarak kabul etmişlerdir.[45]

Ortaklar tarafından gerçekleştirilen demokratik denetim ilkesi, kooperatif faaliyetlerine yönelik oluşturulacak politikalarda ve alınacak kararlarda ortakların denetiminde olmasını ifade eder; kooperatif ortaklarının her biri eşit oy hakkına sahip olup kendilerini temsil etmeleri için seçtikleri kimseler de ortaklara karşı sorumludurlar.

[43] International Co-operative Alliance "Guidance Notes to the Co-operative Principles" , 2015, s.5.
[44] "Co-Operative Principles", International Journal of Co-operative Management ,Volume 6, Number 2, 2013, s.77.
[45] "Our Story: Rochdale Pioneers Museum" Heritage Lottery Fund, RAP Spiderweb, 2013, s.14-17.

Diğer bir deyişle, kooperatiflerde demokrasi, hakları ve sorumlulukları içinde barındıran bir kavram olarak değerlendirilebilir. Bu bağlamda, kooperatifler, toplumun bereketli topraklarında derin demokratik kökleri olan toplumsal faydası yüksek kuruluşlardır.

Ortakların ekonomik katılımı ilkesi, ortakların belirlenmiş asgari oranlarda katılımı ile oluşan kooperatifin sermayesini ifade etmektedir. Kooperatifin sermayesinin belirlenmiş orandaki kısmı ortak mülkiyet olarak değerlendirilmekte olup kooperatifin geliştirilmesine yönelik girişimlerde kullanılmak üzere ayrı bir fonda tutulabilir. Diğer taraftan, ortaklar hem kooperatif gelirlerinden kooperatifle olan işlemleri oranında hem de taahhüt ettikleri sermaye oranında kooperatiften gelir elde edebilir. Toplanan gelirin yahut sermayenin üzerinden elde edilen gelirin nasıl değerlendirileceği konusu da yine kooperatif ortaklarının yer aldığı genel kurullarda demokratik olarak belirlenir. Bu bağlamda, ICA, ortakların ekonomik katılımı ilkesini, ortaklar tarafından gerçekleştirilen demokratik denetim ilkesinin finansal sonucu olarak ele alır. Ancak, belirtmek gerekir ki sosyal ya da kültürel amaçları olan ve ticari faaliyetlerde bulunmayan kooperatifler de vardır.[46]

Özerklik ve bağımsızlık ilkesi gereği kooperatifler kendi kendine yetebilen ve ortaklarınca demokratik olarak yönetilen kuruluşlar olup diğer kuruluşlarla girecekleri her tür işbirliği yahut anlaşmada da bu özelliklerini koruması ve sürdürmesi beklenir. Kooperatifler, devlet ile diğer kuruluşlar ile yahut sermaye arttırma amacıyla yatırıma yönelik dış kaynaklarla işbirliği yürütebilir. Ancak, yapılacak işbirlikleri ile sermayelerini arttırmaları durumunda bile şirketlerden farklı olarak demokratik yönetim ilkesinden sapmadan özerk yapıyı sürdürürler. Diğer bir deyişle, özerklik ve bağımsızlık ilkesi, ortaklar tarafından gerçekleştirilen demokratik denetim ilkesinden bağımsız bir şekilde değerlendirilmez bir ilke olup bu ilkenin sonucu niteliğindedir.

Eğitim, öğrenim ve bilgilendirme ilkesi, Kooperatiflerin, ortaklarına, seçilmiş yöneticilerine ve çalışanlarına kooperatiflerinin geliştirilmesine daha etkin bir şekilde katkı sağlamaları ve kooperatifçiliğin yapısı ve yararları hakkında toplumu ve özellikle kooperatif bilincini erken yaşta kazanmaları için yeni nesli bilgilendirmesi amacıyla eğitim olanakları sunması bu ilkenin gereğidir. Toplumun ve gençlerin bilgilendirmesi, reklam, okul programları, fuarlar ve diğer tür tanıtım faaliyetleriyle gerçekleştirilir. Ayrıca, kooperatiflerin web siteleri de bilgilendirme açısından önemli bir araçtır. Eğitim ayağında ise, kooperatif yöneticileri ve çalışanları sürekli eğitim anlayışı kapsamında

[46]International Co-operative Alliance, 2015, s.30-33.

kooperatifçilik konusunda eğitilirler ki bu eğitimler, güncel olanın takibi açısından da önemlidir. Özellikle, profesyonel yöneticilerin kooperatifçilik konusundaki yenilikleri izlemesi, yönetim, işletmecilik, bilgi ve haberleşme teknolojileri, pazarlama teknikleri vb. konularında güncel bilgileri takip etmesi açısından eğitimler büyük önem taşımaktadır. Kooperatifçilik konusunda uzmanların yetiştirilmesi ve bu alanda çalışanların öğretim düzeylerinin geliştirilmesi ise öğrenim ile sağlanabilir. Ülkedeki mevcut öğrenim sisteminde kooperatifçiliğe yer verilmesi ile alandaki gelişime katkı sağlanabilir.[47]

Yerelden uluslararası oluşumlara kadar kurulan her tür işbirliği, kooperatiflerin ürettiği hizmetin kalitesini ve etkinliğini olumlu yönde etkilemesi ve kooperatifçilik hareketini desteklemesi açısından kilit bir role sahiptir. Kooperatiflerin etkili ve kaliteli hizmet üretmeleri ve ortaklarına ve topluma bu hizmetleri sunmaları için milli, bölgesel ve uluslararası düzeyde kooperatifler arası işbirliği iyi bir yöntem olarak değerlendirilir. Ortaklarının ihtiyaçlarını ve isteklerini gideren kooperatif aynı zamanda hizmet verdiği toplumun kalkınması ve çevrenin korunması için toplumsal sorumluluk ilkesi çerçevesinde çalışmalar yapması da ideal bir kooperatifçilik uygulaması olarak değerlendirilebilir.[48]

Uluslararası işbirliği açısından bakıldığında, kooperatiflerin üç ana örgüt altında bir araya geldikleri görülmektedir. En geniş çaplı olan kooperatif örgütü Uluslararası Kooperatif Alyansı(International Coperative Allience - ICA)'dır. 1895 yılında kurulan bu örgüt, tarımdan sağlığa, balıkçılıktan turizme kadar geniş bir ağda faaliyet gösteren 92 ülkedeki 250'yi aşkın kooperatif teşkilatını şemsiyesi altında toplamıştır. 1968 yılında kurulan Uluslararası Raiffesien Birliği (International Raiffesisen Union - IRU) ise diğer büyük bir uluslararası birliktir. Kayıtlı olarak bugün 36 ülkede 61 üyesi vardır. Yaklaşık 900.000 fazla kooperatif ve 100 ülkede 800 milyon ortak ile Friedrich Wilhelm Raiffeisen ilkelerine göre çalışmaktadır.[49] Diğer bir uluslararası örgüt de bölgesel kredi birliklerinin kurulmasıyla genişleyen ve 1970 yılında ortaya çıkan Kredi Birlikleri Dünya Konseyidir(the World Council of Credit Unions - WOCCU).

Bulundukları topluma karşı sorumlulukları olan ve sürdürülebilir kalkınmayı önemseyen kuruluşlar olan kooperatiflerin toplumsal alana yönelik politikaları da, ortakları tarafından genel kurullarında onaylanarak belirlenir. Kooperatif ilkeleri arasında

[47] Erkan REHBER, Kooperatifçilik, 1. Basım, Bursa: Ekin Yayınevi, 2011, s.117-118.
[48]Nilüfer SERİNİKLİ, "Küreselleşme Sürecinin Kooperatifçilik Hareketine Etkisi Açısından Değerlendirilmesi: Türkiye İçin Öneriler", Namık Kemal Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Tekirdağ, 2009, s.62.
[49]https://www.iru.de/about-iru/ (Erişim Tarihi: 25/02/2018)

1995 yılında yerini alan toplumsal sorumluluk ilkesi, yakın zamanda değerlendirilmeye alınmış bir kavram gibi görünse de ilkenin temeli aslında daha eski yıllara dayanmaktadır. 1970'lerden sonra şirketlerin büyümesi ve ulusal ve çok uluslu büyük şirketlerin artması ile giderek azalan sosyal dayanışma ve toplumsal sorumluluk bilinci, artan özel sektör ortaklıklarının topluma karşı duyarlılıklarını irdelemeye başlamıştır. Öyle ki, günümüzde de şirketler kendi aralarında toplumsal sorumluluk konusunda yarış içindedirler.[50] Son derece önemli olan söz konusu ilke sayesinde, sadece sektör içindeki insan kaynakları duyarlılığı değil, sektör dışındaki yerel kaynakların dengeli ve eşit kullanılması, bu konuda kamuoyunun bilgilendirilmesi, teknik bilgi gelişimi gibi çevre ve topluma dair konulara karşı duyarlılığı için de toplumdaki sosyal dayanışma bilinci güçlenerek sadece kişilere değil daha geniş bir toplum kitlesine yarar sağlanması hedeflenmiştir.

Kooperatiflerde bu yedi ilkenin uygulamasına bakıldığında ise, kâr amacı güden ve kâr amacı gütmeyen olmak üzere ikiye ayrılan kooperatifler, kâr amacı gütmeyenler sosyal kooperatifler; kâr amacı güdenler pazar odaklı kooperatifler olarak değerlendirilir. Özellikle büyük işlem hacmine sahip kooperatiflerde misyon bildirisinde yedi ilkeye yer verse bile performanslarını raporlarken bu 7 ilkeden daha farklı ilkelere göre raporlama yapabilir.

[50]Erkan REHBER, 2011, s. 120-121.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BREZİLYA SAĞLIK SİSTEMİ: TARİHÇESİ, UYGULANAN FİNANSMAN MODELLERİ, REFORMLAR VE GÜNCEL DURUM

Önceki iki bölümde tezin kavramsal çerçevesini teşkil eden sosyal koruma ve kurumsal örgütlenmenin kooperatif tipi ayrı ayrı ele alınarak incelenmiştir. İzleyen iki bölümde ise kavramsal ve tarihsel kapsama ilişkin belirlemeler Brezilya bağlamında somutlaşacak ve Brezilya dışında da yaygınlaşmaya başlayan sağlık kooperatifçiliği olgusu hakkında betimleyici bir analiz çerçevesi çizilmiş olacaktır.

3.1. 1980 ÖNCESİ BREZİLYA'DAKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHÇESİ VE UYGULANAN FİNANSMAN MODELLER

Dünya'da sağlık sistemlerinin dönüşüm sürecini 1980 öncesi ve 1980 sonrası olarak incelenmesinin nedeni, 1980'lerden sonra gerçekleşen sağlıktaki neoliberal dönüşüm hareketleri olmuştur. Öyle ki 1980'ler sağlık sistemleri için kırılma noktasıdır. 1980'lerde ve sonrasında, özellikte gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin serbest piyasa ile bütünleşmesi ve ayrıca sağlığın sektörleşmesi gayesi, Dünya Bankasının politikalarıyla da desteklenmiştir. Bu bağlamda, sağlığın özelleştirilmesi ve devletlerin sınırlı gözetimini amaçlayan bu politikalar, Brezilya gibi gelişmekte olan ülkelere içinde bulundukları ekonomik darboğazlardan çıkmaları için reçete olarak sunulmuştur.

1948 yılında kurulan ve kuruluşunda belirlediği ilkeler ile insanların eriştikleri sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla çalışmalar yapan Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948 yılında yayımlanan Anayasasındaki amacı "*Tüm insanların mümkün olan en üst sağlık düzeyine ulaşmaları"* şeklinde belirlenmiş fakat 1978 yılına kadar bu alanda yapılan çalışmalar sınırlı kalmıştır.[51]Bu dönemde DSÖ'nün teknoloji geliştirmeye yönelik ve maliyet odaklı programlara odaklandığı ve halk sağlığının sosyal belirleyicilerinin göz ardı edildiği değerlendirilmiştir.[52]

[51] "Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile ilişkileri", T.C. Sağlık Bakanlığı Dış ilişkiler Dairesi Başkanlığı, Ankara, Eylül 1997, s.17-18.
[52] "Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine Yönelik Eylemler: Önceki Deneyimlerden Elde Edilenler" Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Tartışma Belgesi 1, Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, Ankara, Mayıs 2019.

1978 yılında yayımlanan Alma Ata Bildirisiyle "Herkes İçin Sağlık (Health for All)" akımı güçlü bir şekilde yeniden ortaya çıkmıştır. Akabinde, düşük gelirli ülkelerde, temel sosyal belirleyicileri temel almış yaklaşımlarla halk sağlığının geliştirilmesine yönelik veriler istatistiksel olarak takip edilmiş ve gelişmeler kaydedilmiştir.

Tablo 3: Alma Ata Bildirgesinin İncelemesi

Alma Ata Bildirgesine Göre Temel Sağlık Hizmetleri (TSH)nin özellikleri	•Birinci basamak başvuru hizmeti olma •Ulaşılabilir olma •Toplum katılımı •Finansal açıdan karşılanabilirlik •İnsanların kendi sağlıklarından sorumlu olmaları •Özendiricilik
Alma Ata Bildirgesine Göre Temel Sağlık Hizmetleri (TSH)nin tanımı	*"Temel Sağlık Hizmetleri (TSH), bir toplumdaki bireylerin ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam katılımı ile ülke ve toplumlarca karşılanabilir bir harcama karşılığında götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık sisteminin; insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur"*[53]
Alma Ata Bildirgesinin amaçları	1) Sosyal Eşitlik 2) Öz Sorumluluk 3) Toplumsal Sorumluluk 4) Sağlık Hizmetlerinin Sosyal ve Ekonomik Kalkınmadaki Yerinin Belirlenmesi *5)* Uluslararası Dayanışma

[53] Zafer ÖZTEK, "Temel Sağlık Hizmetleri 1978 – 2018", HASUDER Yayın No: 2018-3, s. 2.

Alma Ata bildirgesi ile ortaya konan ve ülkelerin sağlık sistemlerini şekillendirmesi beklenen "herkese sağlık" hareketinin, dönemin gelişen ve değişen şartlarına uygun olarak yön bulamamış olduğu 2008 yılında yayımlanan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporunda belirtilmiştir.[54]

Ayrıca, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), DSÖ'nün küresel ticarete müdahale ettiği gerekçesi ile Alma Ata bildirgesi sonucunda atılan adımlara karşı duruş sergilemiş, DSÖ'nün halk sağlığına yönelik politikalarını desteklemeyerek örgüte mali yardımlarını geri çekmiştir. Bu süreçte, ABD'nin DSÖ, Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası örgütlerin yönetimindeki oy hakkının fazlalığı ve bu örgütlere sağladığı mali destekler ABD tarafından kullanılmıştır. Diğer bir deyişle, bu değişim ve dönüşüm sürecinde özelleştirme ile Latin Amerika pazarlarına girmeyi de hedefleyen ABD'nin rolü büyük olmuştur.[55]

Günümüzde, sağlık hizmetlerindeki neoliberalizmin farklı uygulamaları, ülkelerin sağlık sistemlerinde hâkimiyet kurmuş olup sağlık düzeyini sosyal eşitsizlikler bağlamında iyileştirecek devlet müdahaleleri de geçerliliğini çoğu ülkede yitirmiştir.

3.1.1. 1980 Öncesi Brezilya Sağlık Sisteminin Tarihçesi, Aktörlerin Tanımı ve İşlevleri

Brezilya'da sağlık hizmetlerinin gelişim süreci, 1934 Brezilya Federal Anayasasında "Sosyal Haklar" kavramının yasal zemininin oluşturulmasıyla başlamış kabul edilmektedir. Ancak sosyal hakların korunması için oluşturulan sistem, idari anlamda parçalara ayrılmış, düzensiz ve büyük bürokrasilerde merkezileştirilmiş olup 1964 yılına kadar bu şekilde sürmüştür.[56] Brezilya sosyal sigorta sistemi ise, 1923 yılında demiryolu işçileri için sigorta fonlarının oluşturulmasıyla başlayan uzun bir geçmişe sahiptir.[57]1950'li yıllarda, popülist hükümet politikalarıyla desteklenerek özel sektörün tamamlayıcı sağlık piyasası olarak ortaya çıktığı görülmektedir. 1960'lı yılların

[54] Zafer ÖZTEK, 2018, s. 27.
[55]Erdal EKE, Selin EROYMAK, "Uluslararası Aktörlerin Küresel Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri: Teorik Bir İnceleme" Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitü Dergisi, 2019, s. 388-407.
[56]J. PAIM, C. TRAVASSOS, C. ALMEIDA, L. BAHIA, & J. MACINKO, "O Sistema De Saúde Brasileiro: História, Avanços E Desafios. Saúde No Brasil", Universidade Federal da Bahia,Salvador, Bahia, Brasil, 2011, s.14.
[57]Cruz SACO, María AMPARO "Do Options Exist? : The Reform of Pension and Health Care Systems in Latin America", Pitt Latin American Series, University of Pittsburgh Press,1998, s. 293.

ortalarında, işverenler (kendi ağları ile) ve doktorlar arasında anlaşmalarla sağlık hizmetinin sağlandığı; "Sosyal Güvenlik" olarak adlandırılan yeni bir özel girişim türü ortaya çıkmıştır. Bu uygulamada özerk hastanelerle işbirliği yapılmıştır.1966 yılına gelindiğinde ise Ulusal Sosyal Güvenlik Kurumu (Instituto Nacional de Previdência Social- INPS) kurulmuş ve devletin sunduğu sağlık hizmetinin kapsamı, Brezilya'nın her yerine yayılan bu özel hizmet sunucularının satın alınması yoluyla genişlemiştir.[58] 1980'lere gelindiğinde bireysel planların olduğu sağlık sigortası pazarı bir yandan INPS kapsamında satın alınırken diğer yandan daha da büyümeye devam etmiştir.

1964 yılından 1984 yılına kadarki süreçte ülkeyi yöneten askeri rejimin, büyük ölçüde kent merkezlerindeki özel sektörün genişlemesine ayrıcalık tanıyan hükümet reformlarını uygulamış olduğu görülmektedir. Böylece, özel sağlık planları ağı, daha geniş bir alanı kapsayacak şekilde kamu sistemi ile eşzamanlı olarak büyümeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerine erişim açısından önemli talepleri olan ve "Herkes için sağlık" görüşü ile hareket eden dönemin siyasi muhalefeti ise, 1964'te başlayan askeri diktatörlüğün sonuna doğru mevcut sağlık sistemine yönelik eleştirileri ile ortaya çıkmıştır. Burada, 1978 yılında yapılan Alma Ata kongresi ile ortaya konan "herkes için sağlık" bildirisindeki ideallerin Brezilya'da da etkili olduğu görülmektedir. Muhaliflere göre, sağlık salt tıbbi açıdan ele alınacak kadar sığ bir alan olarak değerlendirilmemelidir; yapılacak sağlık reformu, politik ve ekonomik yönleriyle de ele alınan sosyal bir hareket olarak görülmeli ve değerlendirilmelidir. Muhalifler, kamunun sağlık hizmetlerinin ana hizmet sunucusu, tıbbi pazarın genişletilmesi konusunda serbest bırakılan özel sektörün ise kamunun tamamlayıcısı olması gerektiğini savunmuştur. 1970'lerin ortasında sağlık alanında yeniden yapılanma gerektiğine yönelik ortaya çıkan bu muhalif hareketle yapılacak reformun ana hatları belirlenmeye çalışılmış olup askeri rejim bitimini takip eden yıllarda yasal olarak da reform gerçekleşmiştir.

Nitekim 1988 anayasası ile sağlık vatandaşların temel hakkı olarak görülmüş ve devletin sağlık hizmetlerine evrensel ve eşit erişim sağlaması gerektiği vurgulanmıştır. Devletin yasal sorumluluğu olarak tanımlanan sağlık hakkının planlaması yapılırken 4 ana hedef,

1) Hastalık, travma ve sağlığa yönelik tehlikelere karşı önlem alma ve bu maksatla periyodik kontroller yapma

[58] "The cooperative health report 2018: Assessing the worldwide contribution of cooperatives to healthcare", an exploratory study conducted by Euricse in partnership with the International Health Co-operative Organization (IHCO) in 2018.

2) Kaliteli, kapsamlı, eşitlikçi ve kişi merkezli bakıma erişimin arttırılması

3) Sağlık alanındaki aktörlerin sağlığa yönelik her tür tehlikenin önlenmesine ve tehlikeli durumların kontrolüne yönelik faaliyetlerinin arttırılması ve tanıtılması

4) Hükümetin üç düzeydeki (federal, eyalet ve belediye) yönetimini güçlendirmesi

Şeklinde belirlenmiştir.[59]

3.1.2.1980 Öncesi Brezilya'da Uygulanan Finansman Modelleri

Latin Amerika'da Arjantin, Şili, Kolombiya, Dominik Cumhuriyeti, Ekvador, Meksika, Nikaragua, Peru, Uruguay ve Panama dışında kalan ülkeler, İngiliz modeli olarak da bilinen Beveridge modelini esas almakta olup kamu aracılığıyla sağlık hizmetlerinin dağıtımını ve finansmanını sağlamaktadırlar. Brezilya'da ise Latin Amerika'nın bu çizgisinin kısmen dışında kalınmış ve ABD sistemine daha benzer olan bir sağlık sistemi kurulmuştur. Burada belirtmek gerekir ki Latin Amerika bölgesinin ekonomik ve sosyal problemleri benzer olması sebebiyle ülkelerin sağlık sistemlerine ilişkin sağlık hizmetlerinin kapsamının arttırılması, desentralizasyon, hizmet niteliğinin artırılması, harcamaların kontrolü gibi birtakım ortak konuları bulunmaktadır. Ancak Brezilya hükümeti, diğer ülkelerden farklı olarak, kamunun sağlık alanında yaptığı harcamalarında maliyet kısıtlamalarına yönelik düzenlemeler yapmıştır.[60]Bu bağlamda, taşeronluk sistemi, hükümetin hizmet sunumunda önemli rol oynamaktadır. Sağlık alanında, genellikle çeşitli gelişmişlik düzeylerinde uygulanan, büyük ölçüde özel olan ve bir ücret karşılığında verilen hizmetler sağlanmaktadır. Çoğunlukla özel kaynakların kamuyu tamamladığı Brezilya, bölgede böyle bir sistemi kuran tek ülkedir.[61]

[59]PAHO/WHO, "Health in the Americas:Brazil"Regional Core Health Data Initiative" https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2151:2009-regional-core-health-data-initiative&Itemid=40350&limitstart=3&lang=en (Erişim Tarihi: 18/11/2019)
[60]Cruz Saco, María Amparo, 1998, s. 268.
[61]Sonia FLEURY, Susana BELMARTINO, Enis BARİS "Reshaping Health Care in Latin AmericaA Comparative Analysis of Health Care Reformin Argentina, Brazil, and Mexico"International Development Research Centre, 2000, s.7

Tablo 4: 1978-1980 Tarihleri arasında Brezilya'daki Kamu ve Özel Sağlık Hizmeti Veren Kuruluş Sayıları

	Yataklı Hizmet Veren Kuruluş Sayısı			Ayakta Tedavi Hizmeti Veren Kuruluş Sayısı		
	Kamu	**Özel**	**Toplam**	**Kamu**	**Özel**	**Toplam**
1978	1072	4636	5708	6767	2870	9637
1980	1217	4893	6110	8828	3551	12379

Kaynak: Brezilya Coğrafya İstatistik Enstitüsü- Yıllık Tıbbi Arz Anketi (IBGE/AMS-Annual Medical Supply Survey.)

Tablodan görüldüğü üzere, ayakta tedavi hizmeti veren kuruluş sayısı 1978'den 1980'e kadar yükselmiş olup artış gösterme eğiliminde olan yataklı hizmet veren kuruluş sayısını ikiye katlayacak ölçüde artmıştır. Bazı kaynaklarda, kuruluşlardaki bu büyümede, 1970'lerin ve 1980'lerin sonunda, askeri yönetimin özel hizmet sunucularıyla olan sözleşmelerinin etkili olduğu belirtilmiştir.[62]

Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Instituto Nacional de Asisténcia Médica da Previdência Social-INAMPS) ve Sağlık Bakanlığı (Ministerio de Salud-MOH) sağlık hizmetine ulaşımda iki ana aktördür. Geleneksel olarak INAMPS, işçi ücretlerinden ve işverenlerden kesilen vergilerden finanse edilmekte ve ücretli çalışanlara verilen sağlık hizmetleri için genel gelirlerden transferler yapılmaktadır. INAMPS, sağlık hizmetlerini ve kapsamını genişletmek ve özel sağlık sektörü ile birlikte hizmet vermek gibi politikalarla hareket etmekte olup kamu kesiminden finanse edilen sağlık hizmetlerinin doğrudan tedarik etme fırsatına sahiptir. Buna karşılık, Sağlık Bakanlığı tüm halka yönelik ayakta ve önleyici hizmetler sağlamaktadır.[63]

3.2.1980 SONRASI BREZİLYA'DAKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN DÖNÜŞÜMÜ

1980 sonrası dönemde gerçekleştirilen reformlarla, sağlık sisteminin kapsamının ve sağlık sistemine erişimin arttırılması amaçlanmıştır. Brezilya'da kapsam problemini

[62] Michele GRAGNOLATI, Magnus LINDELOW, Bernard COUTTOLENC, "Twenty Years of Health System Reform in Brazil An Assessment of the Sistema Único de Saúde"International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank,Washington, 2013, s.26.
[63]Cruz SACO, María AMPARO, 1998, s.268-269.

gidermek amacıyla tüm vatandaşların sisteme katılımı için zorunlu sağlık sigortası politikaları geliştirilmiş olup sağlık hizmetlerinin sunumundaki verimin arttırılması amacıyla özel sektörün sistemdeki payının arttırılmasına yönelik piyasa reformları yapılmıştır.[64]

Brezilya'yı Dünyada yaşanan neoliberal gelişmelerden bağımsız olarak ele almak mümkün değildir. 1980'lerde Brezilya'da yaşanan ekonomik kriz sonucunda sağlık harcamaları azalmıştır. Bunun nedeni, IMF ve Dünya Bankası'nın bu ekonomik kriz ortamında sağlık alanındaki kamu harcamalarının azaltılmasına dair öneriler sunması ve sağladığı fonların devamlılığını bu öneriler ışığında Brezilya'daki sağlık sisteminin dönüşümünün gerçekleşmesi koşuluna bağlamasıdır.

Bu nedenle öncelikle Dünya'nın içinde bulunduğu neoliberal dönüşüm ele alınıp değerlendirilecek ve Brezilya özelindeki etkileri analiz edilmeye çalışılacaktır.

3.2.1.1980 Sonrası Dünyada Yaşanan Sağlık Hizmetlerine Yönelik Gelişmeler ve Dünya Bankası'nın Uluslararası Anlamda Belirginleşen Rolü

12 Eylül 1978 tarihinde, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından Alma Ata'da gerçekleştirilen "Uluslararası Temel Sağlık Hizmeti Konferansı"nda, dünyadaki tüm insanların sağlığını korumak ve geliştirmek için tüm hükümetlere, sağlık çalışanlarına ve toplum kalkınmasında görev alan kişilere ve dünya toplumlarına hitaben acil girişimlerde bulunulması gerektiği vurgusu yapılmıştır. Gelişmiş ve azgelişmiş ülkeler ile gelişmiş ülkelerdeki halklar arasındaki hem ekonomik hem de sosyal yönden eşitsizliğin giderilmesinin ülkelerin ortak sorumluluğu olduğu ve herkese sağlıklı yaşam sağlamak ve azgelişmiş ülkelerle gelişmiş ülkeler arasındaki uçurumu kapatmak açısından ekonomik ve sosyal gelişmenin temel öneme sahip olduğu belirtilmiştir. Bu Uluslararası Konferans aracılığıyla, temel sağlık hizmetleri konusunda teknik işbirliği içerisinde, temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için etkin çalışmalara yönelik çağrılarda bulunulmuştur.[65]

Ulusal sağlık hizmetinin ilk basamağı olan temel sağlık hizmeti, yerel, ulusal ve diğer kaynakların en geniş ölçüde kullanımını sağladığı; bireylerin ve toplumun, kendi

[64] Çağlar KEYDER, Nazan ÜSTÜNDAĞ, Tuba AĞARTAN, Çağrı YOLTAR "Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar" İletişim Yayınları, İstanbul, 2019, s.8.
[65]"Toplum ve Hekim", Türk Tabipler Birliği, Aralık 1985, s.4-6.

güçleri çerçevesinde, temel sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması ve denetlenmesine katılması gerektiği, bunları sağlamak amacı ile uygun eğitim verilerek toplumun katılım becerisinin geliştirileceği vurgulanmıştır. Ayrıca, sağlık hizmetlerini insanların yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerin olabildiği kadar yakınına getirerek daha ulaşılabilir hale getirilmesi önerilmiştir. [66]

Alma Ata bildirisinde, yeterli tıbbi ve sosyal önlemler alınarak hükümetlerin, uluslararası kuruluşların ve dünya insanlarının temel toplumsal hedefinin, herkese 2000 yılından önce sosyal ve ekonomik yönden üretken bir yaşam olanağı sağlanması olması gerektiği ve sosyal adalet anlayışındaki değişmenin bir parçası olan temel sağlık hizmetinin bu hedefe ulaşabilmenin en önemli öğesi olduğu belirtilmiştir. [67]

Bildiri genel olarak bakıldığında, sağlığın temel bir insanlık hakkı olduğuna, sağlık hizmetlerindeki eşitsizlik ve dengesizliğe dikkat çekmiş ve insanların sağlıklarının korunmasının ve bu alandaki gelişmelerin, iyi bir yaşam seviyesine ulaşılmasındaki ve dünya barışının sağlanmasındaki önemine değinilmiştir. Diğer taraftan ise, gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülke halklarının sorunu olarak görülen sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğe yönelik çözüm için teknik işbirliği, teknolojinin uygun kullanımı, bireylerin ve toplumun sağlık hizmetlerinin planlanmasından uygulanmasına kadar ki tüm süreçlerine aktif katılımı, sosyal ve ekonomik olarak fiziksel yetersizliklerin giderilmesi gerekliliği vurgusu yapılmıştır.

Alma Ata sonrası dönemde, halk sağlığına dair çalışmaların daha fazla kabul görmesini sağlamak, sağlık hizmetlerinin daha fazla sahiplenilmesi yoluyla sağlıklı davranışları teşvik etmek ve bilinçsizlikten kaynaklanan sağlık sorunlarına etkili çözümler üretmek amacıyla sağlık alanına yönelik yapılan sayısız müdahaleler, halk katılımı fikrini desteklemiştir. Toplum katılımının demokratik bir sağlık sistemi ile sonuçlanacağı ve devletin bu alandaki rolünün azalacağı fikri ön plana çıkmıştır. Diğer bir deyişle, sağlık alanında atılan neoliberalleşme adımları, dünyanın birçok bölgesinde tam anlamıyla sürerken, Latin Amerika'da nispeten daha görünür olduğu savunulmaktadır.[68]

Bu bildirinin devamında ise sorunların giderilmesinde, ülkeler arasında gönüllü işbirliği hedefleri gerçekleşmemiş daha ziyade gelişmiş ülkeler, gelişmemiş ya da

[66] Türk Tabipler Birliği Web sitesi.
[67]Meral MADENOĞLU KIVANÇ "Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye'de Sağlık Reformları" Sayı: 3 Cilt: 2, 2015,s.163.
[68]Qamar MAHMOOD, Carles MUNTANER "Politics, class actors, and health sector reform in Brazil and Venezuela" Global Health Promotion,Vol 20(1): 59–67, 2013, s.60.

gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektöründeki gelişmelere paralel olarak özel sektör aktörlerini ve geliştirdikleri teknolojilerini pazarlayacakları yeni pazarlar bulmuştur. Bazı kaynaklarda, 1980'lerde Brezilya da dâhil olmak üzere çoğu ülkede gerçekleşen özel sektörün gelişmesi ve kamunun tek hizmet sunucusu olma eğiliminden vazgeçmesi durumu "demokratikleşme" olarak kavramlaştırılmaktadır.[69] Bazı kaynaklarda ise sağlık hizmetleri sunumundaki eşitsizlik durumunun giderilmesi için reçetelendirilen neoliberal reform hareketleri sonucu kamunun tek hizmet sunucusu olmaktan çıkıp uluslararası sermayenin özel hastaneler, sigorta şirketleri vb. olarak sağlık sistemine girmesini "özelleştirme ve desentrelizasyon" olarak değerlendirmektedir.[70]

1970'lerin ortasında meydana gelen petrol krizi sonrası yaşanan ekonomik sıkıntıların ardından hükümetlerce alınan radikal önlemler ile 1980'lerin başında yaşanan değişim dönemi, yeni kamu yönetimi anlayışını ortaya çıkarmıştır. Bu yaklaşım özetle, işletmecilik, yeni kamu işletmeciliği, piyasa temelli kamu yönetimi veya girişimci idare gibi kavramlarla ifade edilmektedir. Bu yeni dönemde, Dünya Bankası özellikle gelişmekte olan ülke hükümetlerince yapılan yatırım projelerinin yanı sıra kalkınma için yapılan ekonomik ve sosyal programların uygulamalarına da kredi vermektedir. Dünya Bankası kredi sağlayacağı ülkeyi seçerken ise, ülkenin banka hedeflerini destekler politik ortama sahip olmasını ve etkili sonuç alınmasını önemsemektedir. Faiz oranları açısından, piyasadakilerle benzerlik gösteren bu kredilerin farkı, piyasadakilere nazaran uzun vadeli krediler olması ve ödeme planlanırken ödemesiz bir dönemin ardından geri ödeme takvimi uygulanabilmesidir.

Genelde bu krediler, 1944 yılında Bretton Woods Anlaşmasında Uluslararası Para Fonu ile birlikte kurulan ve Dünya Bankası'nın ana borç veren kuruluşu olan Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (IBRD) tarafından verilmektedir.

1980'lerde özellikle gelişmekte olan Şili, Arjantin, Meksika ve Brezilya gibi Latin Amerika ülkeleri için bir dizi ekonomik politika önerisi içeren ve John Williamson tarafından ilk olarak 1989'da kullanılan Washington Konsensüsü, Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası (DB) ve ABD Hazine Bakanlığı arasında yürütülmüş, serbest piyasanın işleyişini sağlayan neoliberal politika önerilerini içermiş olup bu konsensüs ile devlet katılımının azaltılmasının Latin Amerika'da kalkınma için çok önemli olduğu savunulmuştur.[71]

[69]Sonia FLEURY, Susana BELMARTINO, Enis BARIŞ, 2000, s. 99.
[70]Núria HOMEDESA, Antonio UGALDE "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America", Health Policy-71, 2005, s. 83–96.
[71]https://www.britannica.com/topic/Washington-consensus

1970'lerin sonu ve 1980'lerin başından itibaren Latin Amerika ülkelerindeki sağlık hizmeti sunucuları, kullanıcıları, siyasi liderler ve araştırmacılar, sağlık hizmeti kullanıcılarının aldıkları hizmetten dolayı tatminsizliklerini ve bakım kalitesindeki düşüşü tersine çevirebilecek ve sistemin verimliliğini arttıracak birtakım değişikliklerin gerektiğini fark etmiştir. 1980'lerdeki ekonomik krizin sağlık alanındaki sorunları daha hissedilir hâle getirmesiyle IMF ve Dünya Bankası, bu ekonomik krizi kullanmış ve Latin Amerika ülkelerine sağlanacak fonlamaları, sağlık reformlarının gerçekleşmesi koşuluna bağlamıştır. IMF ve Dünya Bankası, büyük çaplı kamu borçlarını krizin nedenlerinden biri olarak görmüş ve büyük bir bölümü sosyal hizmetlere (sağlık, eğitim, refah) ilişkin olan bu kamu harcamalarının hükümetlerce düşürülmesini şart koşarak yapısal uyum paketi sunmuştur. Bu uyum paketleri, sektör açısından verimsiz olarak görülen kamunun sektördeki rolünü düzenleyiciliğe indirgerken özel sektörün etkinliğinin arttırılarak sağlık ve muayene hizmetlerini sağlamasını önermektedir. Diğer taraftan, kamusal hizmetlerin mali yükünün yerel yönetimlere devredilmesi ve merkezi kamu fonlarının yüklü kamu borcunu kapatmak üzere serbest bırakılması da öneriler arasındadır. Bu dönemde, Dünya Bankası'nın uluslararası sağlık politikasında belirgin bir rol üstlendiği açıkça görülmektedir. Öyle ki,1980'lerin sonuna gelindiğinde Dünya Bankası, uluslararası anlamda sağlık alanında en büyük kreditör konumuna gelmiş ve Brezilya'nın da dahil olduğu çeşitli ülkelerde neoliberal sağlık reformlarının hazırlanması sürecinde teknik açıdan rehberlik, kredi finansmanı ve uygulama sürecinde talimatlar verme şeklinde reformlara müdahil olmuştur.[72] Üye ülkeleriyle ilişkilerini kamu üzerinden hükümetler aracılığıyla kuran Dünya Bankası'nın uzmanları, Brezilya hükümetine danışmanlık yaparak kamunun sağlık sektöründeki rolünün hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici seviyeye çekilmesine yönelik çalışmaların ve özelleştirmenin yapılması ve desantralizasyonun uygulanması ile ilgili dokümanlar ve raporlar hazırlamıştır. Dönemin, Brezilya hükümetlerine sunulan bu raporların kabul görmesinin akabinde ise 1988 yılında sağlık sistemindeki esaslı değişiklikler kanunlaştırılmış ve uygulama için anlaşmalar imzalanarak krediler verilmiştir. Dünya Bankası'nın yanı sıra, Amerikanlar Arası Kalkınma Bankası (Inter-American Development Bank- IDB), Amerika Uluslararası Kalkınma Ajansı (United States Agency for International Development- USAID) ve bazı özel vakıflar da yapılan sağlık reformlarına lojistik ve finansman desteği sağlamışlardır.[73]

[72]Jennifer Prah RUGER, " The Changing Role of the World Bank in Global Health"American Journal of Public Health | January 2005, Vol 95, No. 1, s. 60–70.
[73]Núria Homedesa,Antonio Ugalde, a.g.e., 2005,s. 83.

1990'lı yıllar, özellikle gelişmekte olan Latin Amerika ülkeleri için, makroekonomik istikrar, özelleştirme, finansal reformlar, uluslararası ticaretin önündeki engellerin kaldırılması, sermaye hareketlerinin liberalizasyonu ve kamu kesiminin daralmasını vurgulayan "Washington Konsensüsü" etkisiyle, Dünya Bankasının açık pazarlara ve bu pazarların ekonomik yönetime odaklandığı bir dönem olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, bu dönemde piyasa odaklı sağlık reformlarından, iyi yönetişimin, güçlü kurumların ve insan sermayesinin küresel yoksulluğu ortadan kaldırmak için kritik öneme sahip olduğu yönünde çıkarımlar yapılmıştır.[74] Uluslararası politika çevrelerinde, Washington konsensüsü terimi ile neoliberal reformlar, sosyal politikalar ya da politik reformların aksine ekonomik reformlara vurgu yapmakta olup "yeni ekonomik model" olarak da anılmaktadır.[75]

3.2.2.1980 Sonrası Brezilya'daki Sağlık Reformu Girişimleri ve Brezilya'ya Etkisi

Tarihsel olarak, Brezilya'nın sağlık sisteminin yapısı, *Sosyal Önleme* adı verilen özel bir sistem ile bir sosyal güvenlik sistemi modeli ile finanse edilen ve devlet tarafından finanse edilen ya da hayırsever katkılarıyla finanse edilen bir halk sağlığı sistemi olarak ikiye ayrılmış bir yapıya dayanmaktadır. 1920'lere dayanan ve Bismarck finansman modeliyle benzerlik gösteren *Sosyal Önleme* sistemi, herhangi bir devlet katılımı olmaksızın kentlerde kayıtlı olarak çalışanların katkılarından oluşmakta olup kırsal bölgelerde yaşayanlara veya nüfusun çoğunluğunu oluşturan kayıtsız olarak çalışanlara bireysel sağlık hizmeti verilmemiştir. 1970'lerde politik arenadaki demokratik gelişmelere paralel olarak sağlık sisteminde de daha demokratik ve katılımcı bir alan yaratılmaya çalışılmış ve reform girişimleri başlamıştır.[76] Fakat Brezilya'da 1970'lerde başlayan genel ekonomik durgunluk sağlık harcamalarını da etkileyerek sağlık sisteminde daha düşük bakım hizmetleri ve daha düşük kalitede hizmetler verilmesine neden olmuştur. Bu dönemde sosyal güvenlik sistemlerindeki kötü idari yönetim ve dolandırıcılık da vurgulanan olumsuzluklar arasındadır.[77]

[74] Jennifer Prah RUGER, 2005, s. 60–70.
[75]Robert N. GWYNNE, Cristóbal KAY "Latin America Transformed: Globalization And Neoliberalism" Hodder Education, an Hachette UK Company, London 2004, s.16.
[76]Qamar MAHMOOD, Carles MUNTANER, 2013, s 60-61.
[77]Cruz SACO, María AMPARO, 1998, s.269-270.

1980'li yılların başında *Reforma Sanitária (*Brezilya Sağlık Reformu) diye adlandırılan sağlık sisteminde yeniden yapılandırma ile daha geniş bir hizmet şekli öngörülmüştür. Hâlihazırda önemli bir sağlık hizmeti sunucusu olan özel sektör, yapılan değişikliklerle özel finansman alanı bulmuş ve daha da büyümüşse de en önemli değişiklik kamu tarafından sağlanan halk sağlığı hizmetlerinde olmuş ve bu hizmet ağı oldukça genişlemiştir.[78]Fakat özel sektörle yapılan sözleşmeler, çok fazla sahtekârlığa davetiye çıkarmış ve kamu kaynaklarının israfına yol açmıştır. Özel hastaneler ve diğer uygulayıcı işletmelere gereksiz ya da hiç gerçekleştirilmeyen tedaviler için çok yüksek teşvikler verilmiştir.[79]

Yapılan reformun sonucu ekonomiye tekrar durgunluk olarak yansımış ve gidermek amaçlı kamunun sağlık alanında yaptığı harcamalar %20 azaltılmıştır. Akabinde, yüksek enflasyon (Ocak 1980 ile Aralık 1991 arasında biriken enflasyon, yüzde 4,337 milyona ulaşmıştır*), makroekonomik politikalar, ücret ve fiyat kontrolleri kamu bütçelerine ve özel sektör yatırımcılarına zarar vermeye devam etmiştir. Diğer taraftan ise halk, hak ve ayrıcalıklarının farkına varmış ve sağlık bakımında önceliklerini ve endişelerini tanımlamaya başlamıştır. [80]

1980'lerin başlarında Reforma Sanitária ile öngörülen geniş hizmet alanı uygulamadaki finansal sonucu çok kısa bir süre içinde ekonomik durgunluk olmuştur. Bu ekonomik durgunluk döneminde Sosyal Güvenlik, Sağlık ve Eğitim Bakanlıkları başta olmak üzere yedi federal bakanlıktaki bürokratların, sektör temsilcilerinin, sağlıkçıların ve sendika temsilcilerinin oluşturduğu komisyon çare arayışlarına girmiş ve üç aşamalı değişim yaklaşımı geliştirilmiştir. Birinci aşama, Bütüncül Sağlık Aktiviteleri Programı(Integrated Health Activities Program-AIS-), ikinci aşama Birleşik ve Yerelleşmiş Sağlık Sistemi (the Unified and Decentralized Health System –SUDS-) ve Tek Sağlık Sistemi (the Single Health System –SUS-) şeklinde adlandırılmıştır.

1984 yılında yürürlüğe giren Bütüncül Sağlık Aktiviteleri Programı (Integrated Health Activities Program -AIS-) ilk aşama olup bütçesel daralmaya gidilmek suretiyle sektördeki yerelleşme ve verimliliğin koordinasyonunun geliştirilmesi ve ikisinin de teşvik edilmesi; kullanılmayan sosyal güvenlik alanındaki devlet hizmet ve olanaklarının yatılı hizmetlerden ayakta bakıma kaydırılması gibi çalışmaları kapsamaktadır.

[78]Cruz SACO, María AMPARO, 1998, s.269-270.
[79] Kurt WEYLAND "Social Movements and the State: The Politics of Health Reform in Brazil" World Development, Vol. 23, No. 10, pp. 1995, s.1701.
* Michele GRAGNOLATI, Magnus LINDELOW, Bernard COUTTOLENC, 2013, s.26.
[80]Cruz Saco, María Amparo, 1998, s.270.

1987-1988 yılları arasında gerçekleştirilen ve ikinci aşama olarak adlandırılan Birleşik ve Yerelleşmiş Sağlık Sistemi Sistemi (the Unified and Decentralized Health System-SUDS-) aşaması ile sağlık alanındaki idari işlemlerin ve sekretaryalarının yürütüldüğü Sosyal Güvenlik Bakanlığının yapısında değişikliğe gidilmiştir. Devletin idari yapılanmasında değişikliğe gidilen bu aşamada, ülke çapındaki ağın tek bir "sistem" olarak oluşturulması hedeflenmiş olup federal olarak ayrıştırılmış yapı milli olarak tek çatı altında birleştirilerek Ulusal Sosyal Güvenlik Kurumu (Instituto Nacional de Segurança Social INSS-) olarak değiştirilmiş ve bölge müdürlükleri kaldırılarak görevleri yeni oluşturulan devlet kurumuna devredilmiştir.[81]

Brezilya hükümeti, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği geliştirilmesi ve kamu sağlığına dair fonlar ve finansmanların birleştirilmesi amacıyla merkezden bölgelere kaydırılan kamu sağlığına yönelik sorumlulukları içeren bütüncül kurumsal, organizasyonel ve finansal reformlar ilan edilerek idari yapı çevre bölgelerden merkeze kaydırılmıştır.

Brezilya Birleşik Sağlık Sistemi (Sistema Único de Saúde-SUS) ise resmi olarak 1988 Anayasası ile kurulmuştur. 1980'lerde başlayan reformlar üzerine inşa edilen SUS, (a) sağlığa evrensel erişim, sağlığın bir vatandaşın hakkı ve devletin yükümlülüğü olarak tanımlanması; (b) sağlık hizmetlerine erişim eşitliği; (c) kapsayıcılık ve bakımın sürekliliği olmak üzere üç ana ilkeye dayanmaktadır. Reformun amacı, 1988 Anayasası ile kurulan sağlık hizmetlerinde evrensellik ve eşitlik ilkelerini hayata geçirmek olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte, reform süreci yerel politikalara göre Brezilya'nın değişik eyaletlerinde durum ve idari kapasitesine bağlı olarak farklı hızlarda uygulanmıştır. SUS'da yapılacak reformların ivme kazanması ise özellikle sistemden kaynaklı olan artan maliyetler sebebiyle Sosyal Güvenlik sisteminde oluşan krizin akabinde gelişmiş sosyal haklar çağrısında bulunan geniş tabanlı bir siyasi hareket olan "*Movimento Sanitário*" dan kaynaklanmıştır. [82]

Birleşik Sağlık Sistemi(SUS)'un, talep odaklı bir sağlık hizmeti modeli ile ne oranda ve nasıl yönlendirileceğinin ve sağlık bölgelerinin uygulanması konusunda zorunluluğun açıkça tanımlanması konusunda eksiklikler olduğu düşünülmektedir. Dahası, sağlık bölgelerinin uygulanması, kanun tarafından olası ama zorunlu olmayan bir seçenek olarak görülmüştür.[83] SUS bütçesi ise, yapılan yasal düzenleme ile ücretli

[81]Cruz Saco, María Amparo, 1998, s.270-272.
[82]Michele GRAGNOLATI, Magnus LINDELOW, Bernard COUTTOLENC, 2013, s.1.
[83] Francesco Notarbartolo DI VILLAROSA, "Information, Management And Participation, A new approach from public health in Brazil", Taylor & Francis e-Library, 2005, s.27.

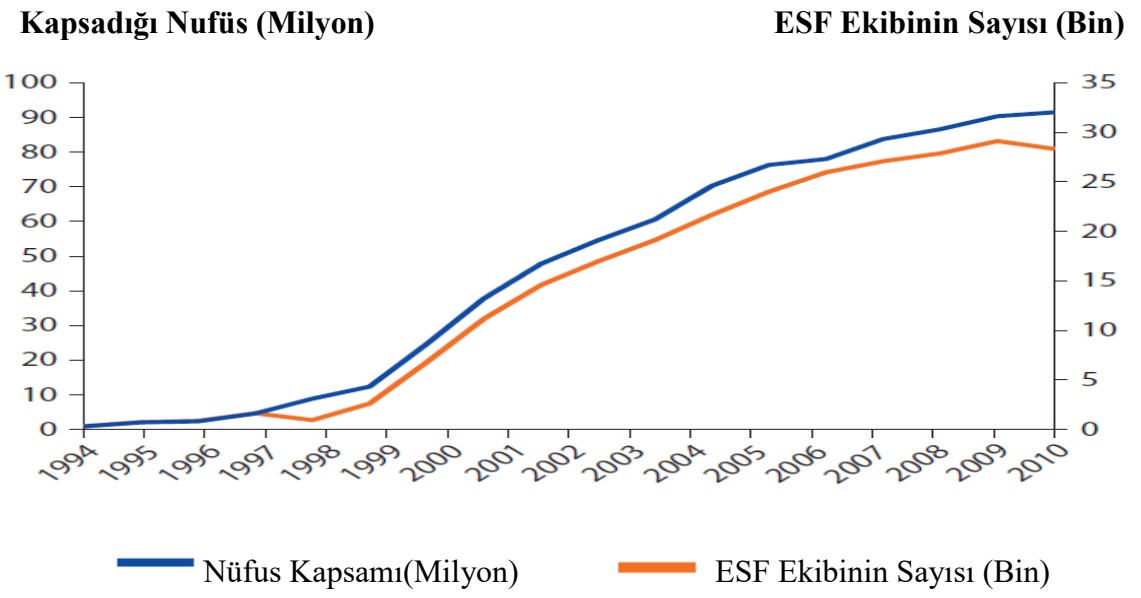
çalışanlardan kesilen primlerden, federal, eyalet ve yerel yönetimlerin bütçelerinden ve diğer kaynaklardan finanse edileceği tasarlanmışsa da sağlık harcamaları için belirlenmiş net bir tutarın olmaması nedeniyle sosyal güvenlik bütçesinin en az %30'u olarak belirlenmiş fakat 1993 yılına kadar hiçbir bütçe transferi gerçekleşmemiştir. Bu yıldan sonra sosyal güvenlik kaynakları ve sağlık bakanlığı kaynakları birbirinden tamamen ayrılmıştır.[84]

1992 yılında sağlık sisteminde yaşanan finansal krizin ardından bir takım vergisel önlemlerle elde edilen kaynaklar ve eyalet ve yerel yönetimlerin kaynak aktarımlarının arttırılması ile SUS sisteminin finansmanı sürdürülmeye çalışılmıştır. 1998 yılında ise, çıkan yasa ile halkın tamamlayıcı sağlık işletmelerine yönlendirilmesi konusunda çalışmalar başlanmıştır. Bu kapsamda, özel sektördeki sağlık kuruluşlarına yönelik standartlar belirlenmiş, kullanıcının, hizmet sunucularının ve birleşik sağlık hizmetlerinin tanımı yapılmış olup özel sağlık hizmetlerinin ve sigortalarının kapasitesini, kapsayıcılığını, ücretlerini düzenlemeye girişilmiştir. Akabinde de, özel sektörün sağladığı sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin ve katılım arttırılması ve kapsayıcılığın garanti edilmesi ile sürekliliğin sağlanması hedeflenmiştir. [85]

2000'li yıllara gelindiğinde, sistemin kapasitesi genişlemiş olup 1981'de yaklaşık 22.000 olan sağlık bakım kuruluşlarının sayısı 2009'da 75.000'e ulaşmıştır. Konuyla ilgili 2013 yılında Dünya Bankası tarafından hazırlanan rapora[86] göre, kuruluşlardaki bu büyümenin nedeni ayakta tedavi ağının genişletilmesiyle açıklanmış olup hastanelerin sayısının 6,342'den 6,875'e yükseldiği fakat bunun artıştan ziyade sabit kalma şeklinde yorumlanmasının daha doğru olacağı çünkü hastane yataklarının sayısının da azaldığı vurgulanmıştır. Temel sağlık hizmetlerine olan talep sebebiyle ayakta tedavi merkezleri genişletilmiş olup bu değişimin önemli bir itici gücü olarak 1980'lerde entegre temel bakım pilot uygulamalarıyla geliştirilen Aile Sağlığı Stratejisi (Estratégia de Saúde da Família-ESF) gösterilmiştir. 1988 ile 2010 arasında aile sağlığı ekiplerinin sayısı 4.000'den 31.600'e çıktığı ve Brezilya nüfusunun yüzde 50'sinden fazlasına ulaştığı belirtilmiştir.

Şekil 1:1994-2010 Yılları Arasında Brezilya'da Aile Sağlığı Stratejisinin Kapsamı

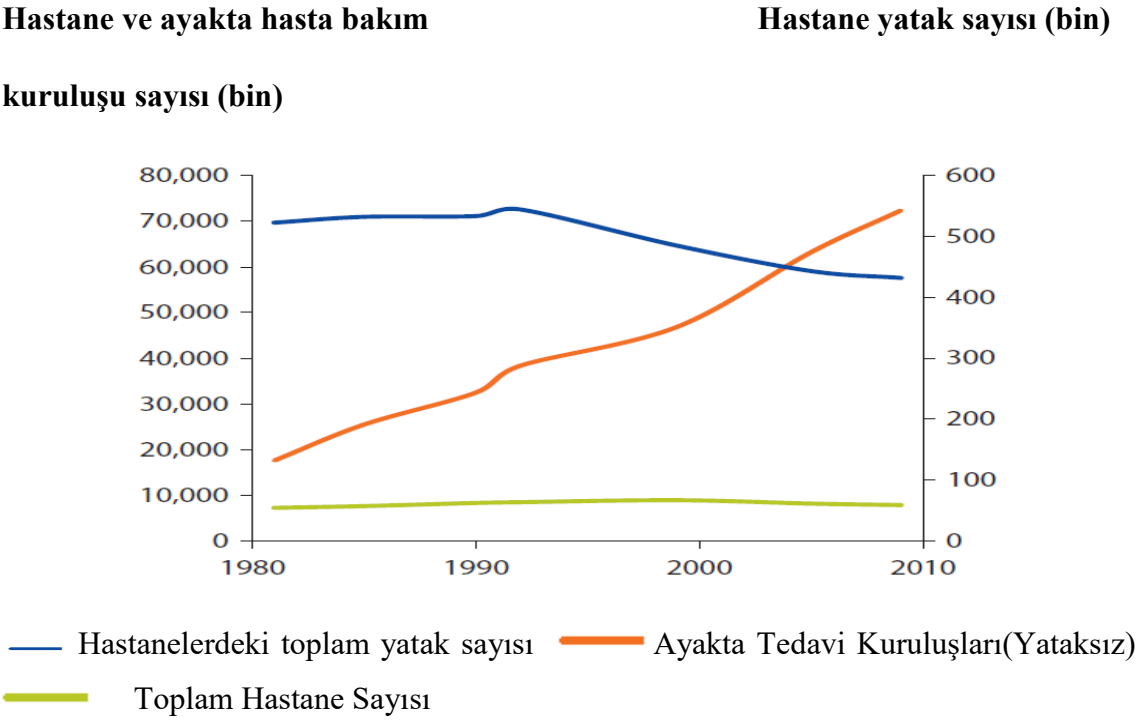
[84]Sonia FLEURY,Susana BELMARTINO, Enis BARIŞ, 2000, s.88.
[85]Alpaslan TÜRKKAN "Brezilya Federal Cumhuriyeti Sağlık Sistemi" Toplum ve Hekim, Ocak-Şubat-Mart-Nisan 2007, Cilt 22,sayı1-2, s.33.
[86]Michele GRAGNOLATİ, Magnus LİNDELOW, Bernard COUTTOLENC, 2013, s.28.



Kaynak: Dünya Bankası, 2013*Kapsama, Sağlık Bakanlığı'nın yaklaşımına dayanılarak 3450 ile çarpılmak koşuluyla tahmin edilmiştir.

Şekil 1'e bakıldığında, Aile Sağlığı Stratejisinin nüfusa dair kapsamında, 1999 yılına kadar kayda değer bir değişiklik olmamış, 2000 yılına gelindiğinde artış başlamış ve artan oranda artmaya devam etmiştir. Burada belirtmek gerekir ki, ESF ekibinin 1999 yılı itibariyle artan sayısı, bekleneceği üzere Aile Sağlığı Stratejisi kapsamının da yükselme eğilimine girmesine neden olmuştur.

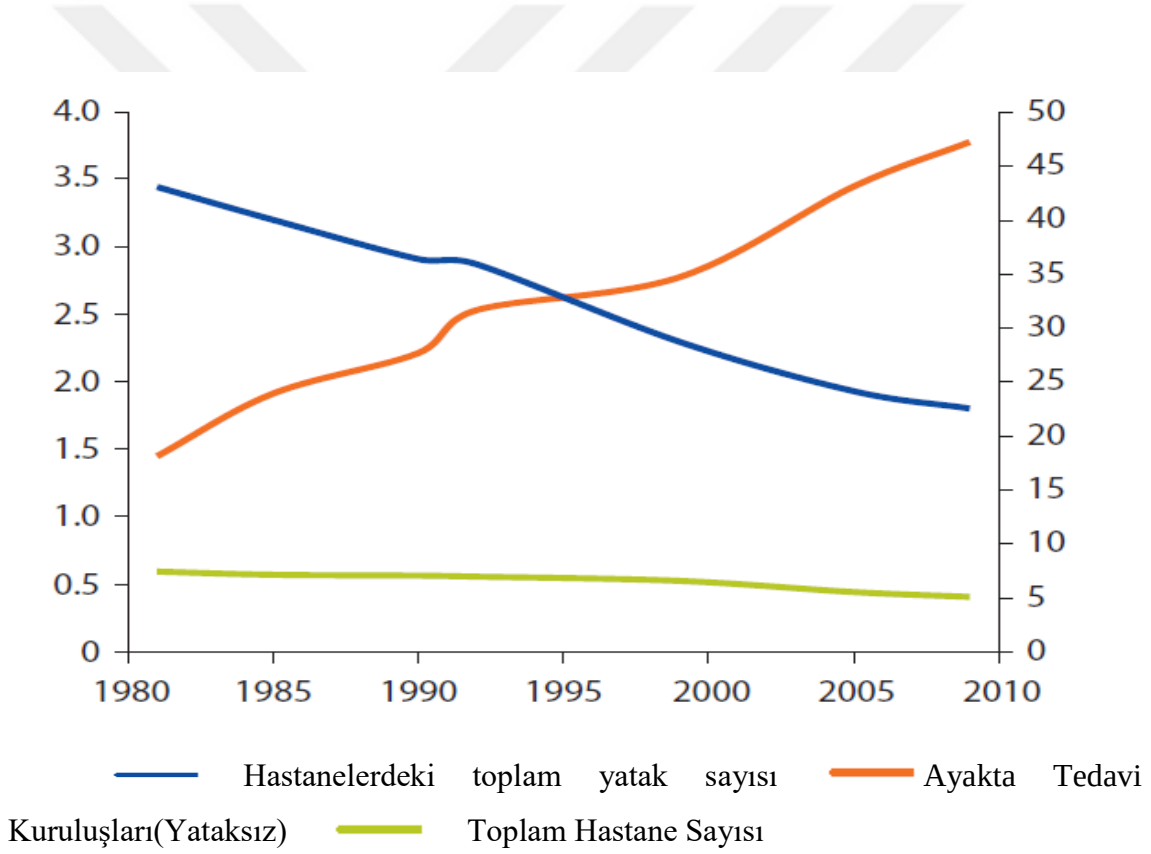
Şekil 2: 1981-2009 Yılları Arasında Brezilya'da Sağlık Kuruluşlarının Sayısal Görünümü



Kaynak: Dünya Bankası, 2013

Yukarıdaki şekil incelendiğinde, Brezilya'daki ayakta tedavi veren kuruluşların sayısı önemli ölçüde artmış olup 1981'de 22.000 olan sayı 2009'da yaklaşık 75.000'e ulaşmıştır.1981'de 6.342 olan hastane sayısı ise 2009 yılına gelindiğinde 6.875 olmuş diğer bir değişle sabit kalmıştır. Hastanelerdeki toplam yatak sayısının ise 1981 den 2010'a gelindiğinde düştüğü görülmüştür.

Şekil 3: 1981-2009 Yılları Arasında Brezilya'da Sağlık Kuruluşlarındaki Yoğunluğun Sayısal Görünümü



Kaynak: Dünya Bankası, 2013

Şekilde gösterilen, 1981–2009 yılları arasında Brezilya'da sağlık kuruluşlarındaki yoğunluğuna bakıldığında ise, 10000 hastaya düşen yataklı hastane ve yatak sayısında keskin bir düşüş olmasına karşın, ayaklı tedavi kuruluşları artış göstermiştir. Hastane sayılarıyla çok düşük oranda azalmıştır.

Yapılan reformların finansal olarak devlete yansıması özetlenecek olursa, sağlık için kamu finansmanını ve devletin sağlık harcamalarını artırmaya yönelik çeşitli girişimlerde bulunulmuş olup1980'lerde ve 1990'larda gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) dalgalanırken, 1980'lerden 2010 yılına gelindiğinde devletin sağlık harcamaları yüzde 111 artışla (yüzde 224 reel artış ile) büyümüştür.1995-2010 dönemine odaklanıldığında ise, diğer orta gelir grubu ülkeler ile karşılaştırıldığında; Brezilya'da devletin sağlık harcamalarında kişi başına düşen (reel) yıllık ortalama büyüme oranı, diğer birçok orta gelire sahip ülkelere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Öyle ki, Brezilya'da yılda yüzde 3 olan artış hızı Çin, Kore Cumhuriyeti, Güney Afrika ve Türkiye gibi ülkelerde yüzde 8 ila 12 arasında olmuştur. Yine, 2000'li yılların başında reel harcamalardaki büyümenin yılda yaklaşık yüzde 6 olduğu düşünülürse Brezilya'da diğer ülkelerinkinden daha düşük gerçekleşmiştir.

Ayrıca, bir önceki başlıkta genel hatlarından bahsedilen Dünya Bankası'nın ana borç veren kuruluşu olan IBRD tarafından verilen kredilerinin, Brezilya özelinde rakamlarla incelenmesini yapmanın çalışmaya önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda, IBRD tarafından Brezilya'daki SUS reformu için yapılan proje çalışmaları ve verilen kredilerin miktarları incelendiğinde, 20 Haziran 1996 yılında Sağlık Sektörü Reformu Projesi'nin (REFORSUS) kabulü gerçekleşmiş olup 31 Aralık 2003'de proje kapanmıştır. Taahhüt miktarı 300 milyon ABD doları olarak belirtilen P006554 nolu projenin toplam maliyeti 750 milyon ABD doları olarak belirtilmiştir.

Sağlık Sektörü Reformu Projesi'nin (REFORSUS) ana hedefleri;

1) Yoksullara yönelik bakım hizmetlerini, kamu tarafından desteklenen ve tek kaynağı olan Sistema Unico de Salude (Unified Health System) (SUS) altında sağlamak

2) Hükümete, SUS'un finansal sürdürülebilirliğini ve verimliliğini artıracak politika reformlarını sunmalarına yardımcı olmak

şeklinde belirlenmiş olup projenin iki bileşeninin finanse edileceği belirtilmiştir. Bunlar;

1. Rehabilitasyon, ekipman, yönetim ve bakım gibi alt projelerin finansmanı için bir yatırım fonu,
2. Sağlık hizmeti sunucularının fiyatlandırılması ve geri ödenmesi için yeterli bir çerçeve; SUS tarafından finanse edilecek öncelikli sağlık yardımlarının bir listesi; daha uygun maliyetli müdahaleleri destekleyen farklılaştırılmış bir geri ödeme çizelgesi; SUS kapsamında özel sigortalı hastalara sağlanan bakım için maliyet

kurtarma uygulaması; ve hizmetlerin kalitesinin ve sahtecilik kontrolünün daha iyi yönetimi ile ilgili desteklenecek kurumsal gelişim çalışması (bütçelenen maliyeti 60 milyon USD; esas maliyeti ise 86.1 milyon USD olarak belirtilmiştir.)[87]

2004 yılında ise Uygulama Tamamlama Raporu İncelemesine başlanmış ve 2016 yılında rapor yayınlanmıştır[88]. Bu raporda, birinci birleşen olan yatırım fonunun bütçelenen maliyeti 690 milyon USD; esas maliyeti ise 528.7 milyon USD olarak belirtilmiştir. İkinci birleşen olan kurumsal gelişim çalışmasının bütçelenen maliyeti 60 milyon USD; esas maliyeti ise 86.1 milyon USD olarak belirtilmiştir. Bahsi geçen raporda, belirlenen hedeflerin başarılmasıyla ilgili olarak, SUS kapsamında sağlık hizmeti sunumunu iyileştirmek hedefi için belirli göstergelerin ve uygulanabilir bir izleme ve değerlendirme sisteminin yokluğu, bu hedefe ulaşılıp ulaşılmadığının yeterince değerlendirilmesini zorlaştırmıştır. Mevcut olan sınırlı bilgi yorumlandığında, bu hedefin kısmen etkisiz ve verimsiz kaldığı görülmüştür. Bunun nedeni ise, fiziksel yatırımların tam olarak gerçekleşmemesi, yatırımın% 20'sinin proje sonunda eksik kalması olarak belirtilmiştir. Fiziksel yatırımlar, hizmet altyapısının acil olarak yenilenmesi gereken kısmına katkıda muhakkak ki bulunmuştur, ancak sağlık hizmeti sunumunda yapılan iyileştirmelerin doğrulanması ve yorumlanması açısından yeterli bulunmamıştır.

Sonuç olarak, yapılan reformlara dair hem sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin şiddetlendiği hem de bilim ve teknolojinin gelişmesi kadar gerekli olan insan kaynaklarına hak ettiği önemin verilmediği yönünde eleştiriler yapılmıştır. Hükümetin sağlık reformuna yönelik yaptığı düzenlemelerde en önemli görülen sosyal adaleti ön planda tutmadığı görülmüştür.[89]

3.2.3.1980 Sonrası Brezilya Sağlık Sistemindeki Aktörlerin Tanımı ve İşlevleri

1988 yılında sağlık sisteminde gerçekleşen reform sonrası, Brezilya'daki sağlık hizmetlerinin sunumu kamu ve özel olmak üzere iki ana sektöre ve "Birleşik Sağlık

[87]http://projects.worldbank.org/P006554/health-sector-reform-project-reforsus?lang=en (Erişim Tarihi: 03/08/2018)
[88]http://documents.worldbank.org/curated/en/996211474594500955/Brazil-Health-Sector-Reform-Reforsus(Erişim Tarihi:03/08/2018)
[89]Sonia FLEURY, Susana BELMARTINO and Enis BARIŞ, 2000, s. 6

Sistemi" ve "Tamamlayıcı Sağlık Sistemi" olarak iki ayrı sisteme dayandırılmıştır.[90]Oluşturulan ikili yapıda kamu kesimi, birleşik sağlık sistemi olarak bilinen SUS tarafından yeniden yapılandırılmış ve kamu kesiminin koordinasyonundan sorumlu tutulmuş olup federal, eyalet ve yerel yönetimler tarafından toplanan genel vergiler ve sosyal katkılarla finanse edilmektedir. Ayrıca SUS, ikili yapının diğer ayağı olan tamamlayıcı sağlık sisteminin aktörleri olan özel hizmet sunucularıyla yapılan işbirliği sözleşmeleri aracılığıyla sağlık hizmetleri sunmaktadır.

1990 yılı sonunda 8080/1990 sayılı yasayla sağlık hizmetleri alanında reform süreci düzenlenmesi ve geliştirilmesi bu bağlamda sağlık hizmetlerinin verimliliğinin arttırılması ve halkın hizmete ulaşımının kolaylaştırılması amaçlanmıştır. Temel ilkeleri, evrensellik, eşitlik, kamu finansmanı, yerelleşme, halk katılımı ve bütünleşmiş sağlık sunumu olarak belirlenmiş olan Birleşik Sağlık Sisteminde, federal, eyalet ve yerel olmak üzere farklı düzeylerde hizmet sunucuları oluşturulmuş ve sağlık sistemi birleştirilerek yerinden yönetimi diğer bir deyişle yerelleşmesi teşvik edilmiştir.

Tablo 5: 1988 Yılında Sağlık Sisteminde Gerçekleşen Reform Sonrası Oluşan İkili Yapı

<table>
<tr><th>KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜ
Federal Hükümet</th><th>ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜ
Tamamlayıcı Sağlık İşletmeleri</th></tr>
<tr><td rowspan="5">Sağlık Bakanlığı
- Brezilya Ulusal Sağlık Ajansı-ANS
- İdari Ofis
- SUS Denetleme Birimi</td><td>Öz Yönetime Sahip Olan İşletmeler</td></tr>
<tr><td>Tıbbi Kooperatifler</td></tr>
<tr><td>Diş Hekimliği Kooperatifleri</td></tr>
<tr><td>Yardım Dernekleri</td></tr>
<tr><td>Tıp Birliği</td></tr>
<tr><td>Eyalet Yönetimi</td><td>Diş Hekimliği Birliği</td></tr>
<tr><td>Yerel Yönetim</td><td>Sağlık Sigortası İşletmeleri</td></tr>
</table>

Kaynak: E. Fernandes, 2007

[90]Elton FERNANDES, Heloisa M´arcia PIRES , An´ıbal Alberto Vilcapoma IGNACIO , L´ea Maria Dantas SAMPAIO "An analysis of the supplementary health sector in Brazil" Elsevier, Ireland, 2006, s.244.

Federal düzeyde sağlanan hizmetler, ulusal anlamda sağlık politikalarının düzenlenmesi, kamu ve özel sektör arasındaki uyumu sağlayarak sistemsel düzeni sağlama, sunulan hizmetin standardını belirleme ve kalite kontrolünü sağlama, teknik ve finansal işbirliği konularında eyalet ve yerel yönetimlerle işbirliği sağlama şeklinde sıralanabilir. Eyalet düzeyinde sunulan hizmetler, sunucular arasındaki uyumlu çalışmanın takibi, sevk sistemi ve tabakalı hizmet sistemini değerlendirme ve yerel yönetim ile teknik ve finansal işbirliği sağlama şeklindedir. Yerel yönetimler ise, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumludur. Ayrıca, hizmetlerin, düzenlenmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesi gibi yükümlülükleri de bulunmaktadır. Yönetim sorumluluğu olan, farklı düzeylerdeki bu sunuculardan oluşan Yönetimler arası Komisyon kurulmuş olup yönetimler arası etkileşim ve bütünleşme bu komisyonca sağlanmaktadır.[91]

Tablo 5'de görüldüğü üzere Brezilya Ulusal Sağlık Ajansı(ANS),İdari Ofis ve SUS Denetleme Birimi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olup ANS, Tamamlayıcı Sağlık İşletmelerini ve İşletmeler ile diğer aktörler arasındaki ilişkiyi düzenler ve ek sağlık hizmetlerinin kamu yararına teşvikini sağlar. Sol sütunda yer alan Kamu Sağlık Sektöründeki İdari Ofis, Eyalet Yönetimi ve Yerel Yönetimler ise Brezilya Birleşik Sağlık Sistemi (SUS) yönetiminde yer alır. SUS Denetleme Birimi ise SUS'un düzenlenmesi ve denetlenmesinde rol oynar.

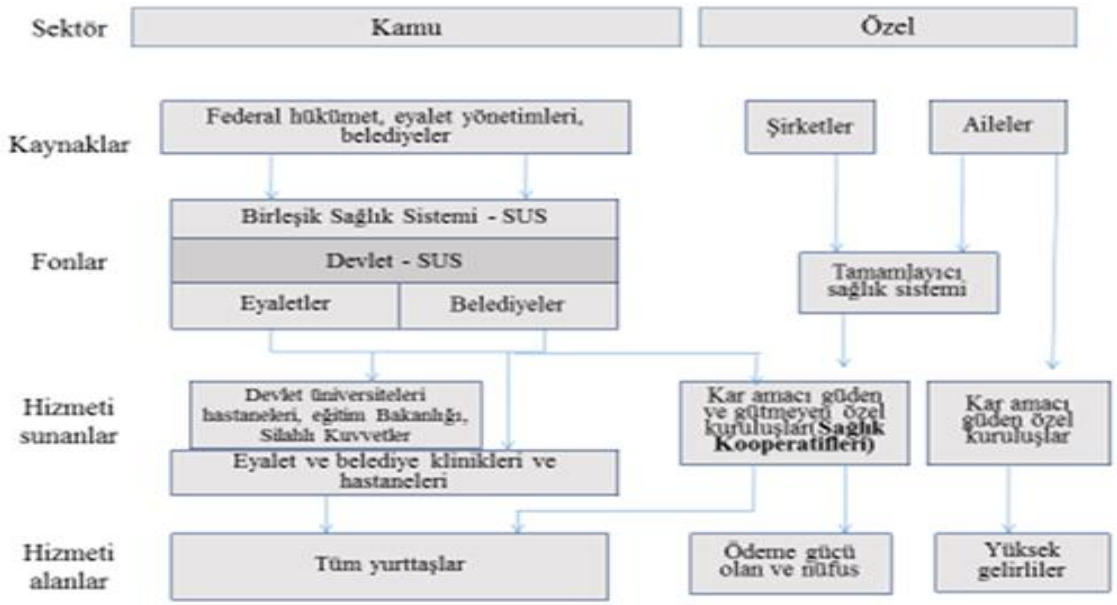
Brezilya Federal Anayasasında, SUS'u desteklemek amacıyla özel sektörün katılımı öngörülmüş ve aynı zamanda devletin özel bakım sağlık hizmetlerini ücretsiz sunduğu belirtilmiştir. Sağlık sisteminin daha verimli ve etkili hale getirilmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılarak halka kazandırılması için kamu ve özel sektör arasındaki işbirliği, birinin diğerinin daha iyi işleyişine katkıda bulunabilmesi için zorunlu görülmüştür.[92]Aslında, özel sektör Brezilya'nın sağlık geçmişi boyunca varlığını göstermiştir. 1936 yılında yapılmış Tıbbi ve Sağlık Hizmetleri Anketinde ülkedeki 1.044 sağlık kuruluşunu 447'sinin kamu,597'sinin ise özel olduğu; 1950 yılında ise Brezilya'daki hastane yataklarının% 53,9'unun özel sektöre ait olduğu fakat devlete bağlı karşılıklı yardım kuruluşları ve hayır kurumlarının kontrolünde işletildiği belirtilmiştir. 1960 yılında ise sağlık sistemindeki özel sektör oranı artmış ve özel hastanelerin oranı % 62,1'i olmuş ve bunların% 14,4'ünün kâr amacı gütmekte olduğu vurgulanmıştır.[93] Daha

[91]Alpaslan TÜRKKAN, 2007, s.33.
[92]Giovanni Guido CERRI, "The Challenges of Health Care in Brazil", 2016 July-Aug.;95(Special Issue 1), São Paulo, s.61-62.
[93] Silvia GERSCHMAN, "Public and Private Health Insurance in Brazil and European Union Countries." American Journal of Public Health Research 1.4, 2013, s. 80.

önce de belirtildiği gibi, 1964 ve 1984 yılları arası hükümette olan askeri rejimin, özellikle kent merkezlerindeki özel sektörün genişlemesine ayrıcalık tanıyan hükümet reformlarını uygulamış olmasının sonucunda devlet destekli özel hastaneler artmış ve hatta kâr amacı güden işletmeler sağlık sisteminde yerini almıştır.

SUS sonrası sistemde, Şekil 4'nin sağ sütununda yer alan Öz Yönetime Sahip İşletmeler, Tıbbi Kooperatifler, Diş Hekimliği Kooperatifleri, Yardım Dernekleri, Tıp Topluluğu, Diş Hekimliği Topluluğu, Sağlık Sigortası İşletmeleri, tamamlayıcı sağlık hizmetlerinin yönetiminde yer almaktadır. Bahsi geçen bu tamamlayıcı sağlık işletmeleri, ANS tarafından ekonomik ve mali durumlarına göre düzenlenen ve denetlenen özel ek sağlık hizmetleri sunmaktadır. [94] Diğer bir deyişle, özel sektör aktörleri, işveren ve / veya hane halkları tarafından finanse edilen *"Ek Sağlık"* olarak bilinen bir tür özel sağlık sigortası sistemi sunmaktadır. Bu ek sağlık sistemi, sağlık kooperatiflerini, şirketler ve hane halkı arasındaki işbirliği ile gruplaşmış sağlık kuruluşlarını, şirketler aracılığıyla yönetilen kişiye özel planları ve bireysel sigorta planlarını kapsamaktadır. Özel sektör aynı zamanda yüksek gelirli nüfus tarafından tercih edilen ve cepten ödeme ile finanse edilen hizmetleri sunan klinikleri, hastaneleri ve laboratuvarları içermektedir. Diğer bir deyişle, *"Ek Sağlık"* özel hastanelerin sağlık hizmetlerinden de yararlanmak isteyen fakat yüksek ücretler ödemek istemeyen kişi, kurum ve kuruluşların aralarında yaptığı özel sağlık sözleşmelerine denmektedir.

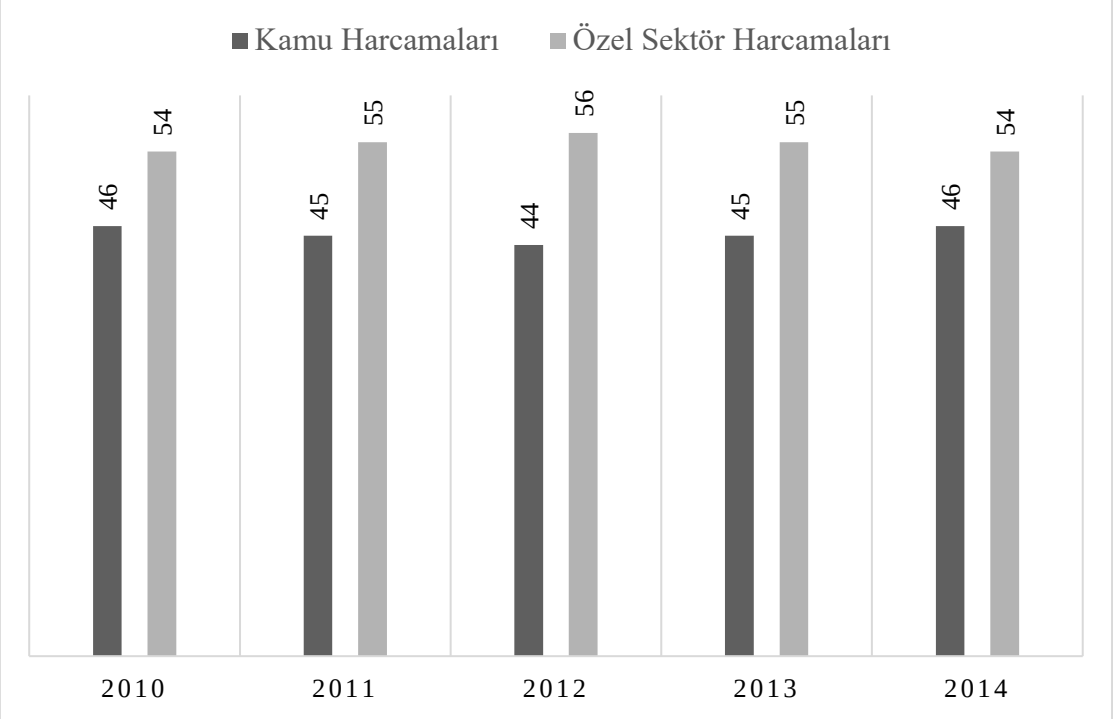
Şekil 4: Brezilya Sağlık Sisteminin (Sistema Unico de Saude-SUS) Örgütlenmesi



[94]Fernandes,ELTON , 2006, s.243-244.

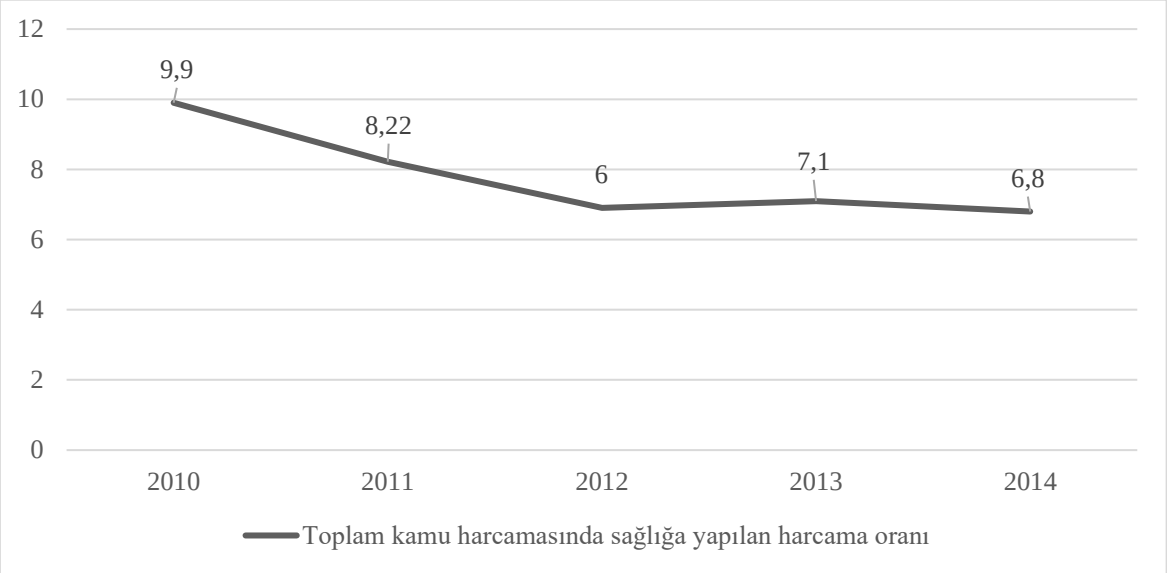
Şekil 4 ile gösterilen Brezilya sağlık sisteminde oluşan ikili yapı, Şekil 5'te detaylandırılmış olup sağlık kooperatiflerinin, bu ikili sistemde tamamlayıcı sağlık sistemi olarak nitelendirilen ve fakat kâr amacı gütmeyen özel kuruluşlar olarak yerini aldığı görülmektedir.

Şekil 5: Brezilya Sağlık Sisteminde Yapılan Harcamaların Oranı



Brezilya Gayri Safi Yurtiçi Hasılasında (GSYİH) sağlığa yapılan yatırımları gösteren şekil 5'da görüldüğü üzere özel sektöre yapılan yatırım kamuya yapılandan gösterilen tüm yıllarda fazla olmuştur. 2014 yılındaki sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı ise %8.3 şeklinde hesaplanmıştır.

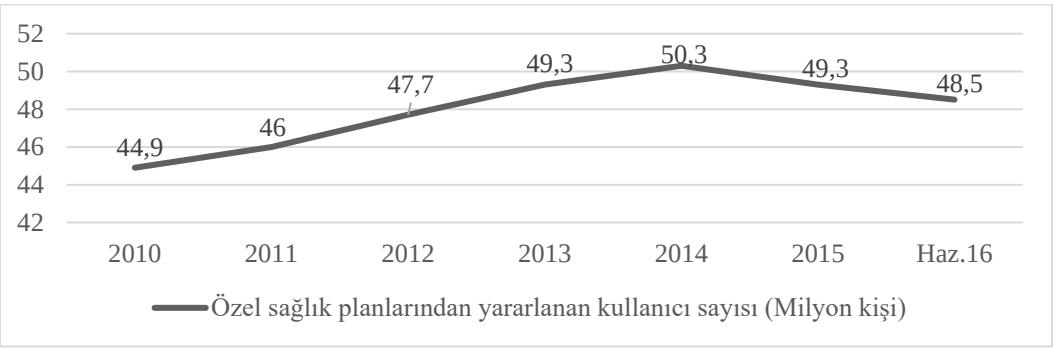
Şekil 6: Brezilya Kamu Harcamalarında Sağlık Sisteminde Yapılan Harcama



Kaynak:Brezilya Küresel Sağlık Gözlemevi Veri Havuzu, 2016

Şekil 6'da görüleceği üzere, 2010 yılında sağlık harcamalarının kamu harcamalarındaki payı yaklaşık %10 iken 2012 yılına gelindiğinde %6'ya kadar düşmüştür. 2014 yılı itibari ile %6.8 olan sağlık harcamalarının payı 4 yılda yaklaşık %33 azalmıştır.

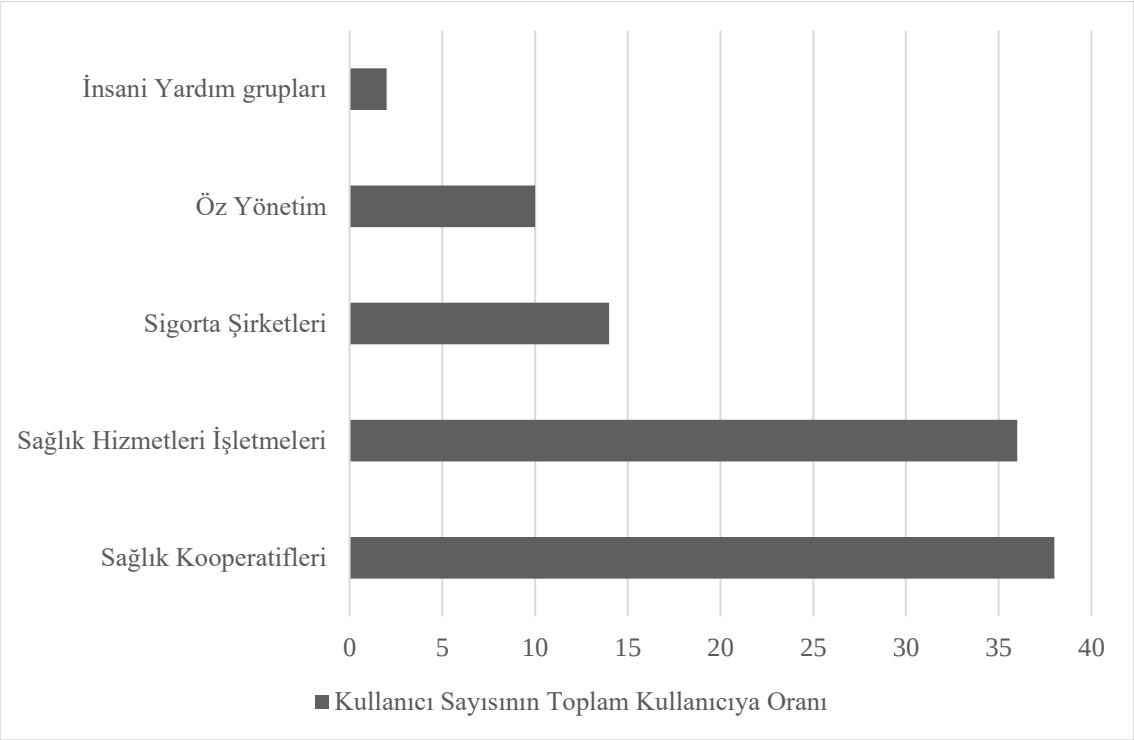
Şekil 7: Brezilya'da Özel Sektör Sunucuları Tarafından Sağlanan Sağlık Planlarından Faydalanan Kullanıcı Sayısı (Milyon Kişi)



Kaynak: Brezilya Ulusal Sağlık Ajansı(ANS – TABNET)Haziran 2016

Şekil 7'de gösterilen Brezilya'da Özel Sektör Sunucuları Tarafından Sağlanan Sağlık planlarından Faydalanan Kullanıcı Sayısı 2010 ile 2014 yılları arasında artış eğilimdedir. 2014 yılından sonra ise düşüş göstermiş fakat düşüş oranı %1-2 oranında kalmıştır.

Şekil 8: Brezilya'daki Kullanıcıların Özel Sektördeki Sağlık Hizmeti Sunucularından Faydalanma Oranı



Kaynak: Brezilya Ulusal Sağlık Ajansı(ANS – TABNET)Haziran 2016

Brezilya'da özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerindeki aktörlerin paylarının dağılımını gösteren Şekil 8'de, sağlık kooperatiflerinin tüm sektördeki payı %40'a yaklaşmakta olup hizmet sunumuyla en fazla kullanıcı sayısına sahiptir. Sağlık Kooperatiflerini sağlık hizmetlerini sunan kooperatif dışındaki diğer tür işletmeler, %35'i aşan oranıyla takip etmektedir. Sigorta şirketlerinin ise özel sektördeki payı %14 civarında kalmaktadır. Kişiler tarafından yönetilen, genelde patronsuz işletmeler olarak bilinen ve işçi kooperatiflerini de kapsayan öz yönetim modelli sağlık hizmeti sunucularının ülkedeki payı ise %10 olmuştur. İnsani yardım grupları da sağlık hizmetleri sunucusu olarak sektörde yer almaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KOOPERATİFÇİLİK UYGULAMALARI: SAĞLIK KOOPERATİFLERİ, BREZİLYA'DA SAĞLIK KOOPERATİFLERİ ve UNIMED ÖRNEĞİ

Artan ve yaşlanan Dünya nüfusu göz önüne alındığında, sağlık ve sosyal hizmetlerin geniş bir ağ olarak sunulmasında güçlüklerin yaşanılması kaçınılmazdır. Genel olarak, kamu ve özel sektör bütün bu gelişen ve büyüyen ihtiyaçları karşılamakla görevlidir. Ayrıca, ülkelerin sağlık sistemlerinde birçok farklı aktör de yer almaktadır. Bunlar, mevcut hükümet politikalarına göre değişen hizmet sunum derecelerine göre, kamu, kâr amacı güden kuruluşlar, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve kooperatiflerdir.

Sağlık hizmeti sunan kooperatifler, çoğu ülkede sağlık ve sosyal hizmetlere erişim için kilit bir role sahiptir. Sağlık kooperatiflerinin hizmet yelpazesi, her alanda sağlık hizmeti sunan kooperatifleri, sosyal hizmet sağlayan kooperatifleri, sağlık sigortası ürünleri sunan kooperatifleri veya ortaklıkları ya da ecza / ilaç kooperatiflerini kapsadığı görülmektedir. Brezilya'da ise dünyanın en geniş sağlık hizmeti kooperatifi olan UNIMED örneği dikkat çekici olup çalışmanın bu bölümünde elde edilen bilgiler doğrultusunda incelenmeye çalışılacaktır.

4.1. SAĞLIK KOOPERATİFLERİNİN TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1978 senesinde Alma Ata'da yapılan "Temel Sağlık Hizmetleri" konulu uluslararası konferansın sonucunda yayınlanan bildiride tüm dünya vatandaşları için sağlık hizmeti vurgusu yapılmış ve tüm hükümetlerin, tüm sağlık ve kalkınmada görevli olanların ve dünya toplumlarının en kısa sürede gerekli işlemlerin yapılmasına ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Diğer taraftan ise 1980'lerde başlayan ve 2000'li yıllara gelindiğinde küresel bir boyuta ulaşmış olan sağlığın sektörleşmesi olgusu ile vatandaşlık kavramı yerini sağlık hizmeti satın alan bireye bırakmıştır. Aynı şekilde, sağlık hizmetini sağlayan kamu ise yerini sağlık hizmetini sağlayan kurum paydaşı veya yatırımcısı gibi ekonomik kaygıları olan özel sektöre hatırı sayılır ölçüde devretmesiyle sağlıkta reform uygulayan ülkelerde kamu karşısında devlet eliyle özel sağlık sektörü seçenek haline getirilmiştir. Bu bağlamda, sağlık kooperatifleri, üçüncü bir seçenek olarak görülmektedir.

Ortakların ekonomik, sosyal ve kültürel ihtiyaçlarının ve isteklerinin karşılanması amacıyla kurulan, gönüllü katılım sağlanan ve demokratik olarak kontrol edilen özerk yapıdaki işletmeler kooperatif olarak tanımlanır. Sağlık kooperatifleri ise sağlık hizmetleri sunumunda alternatif örgütsel bir yapı olarak değerlendirilmektedir. Diğer kooperatifler gibi demokratik yönetim ilkesi çerçevesinde yönetimi üye kontrolüne dayalı olup ortaklık gönüllülük esasına dayanır ve ortaklığa giriş, şartları taşıyan herkes için serbest olması mümkündür.

Böylece, seçenek haline getirilen özel sağlık sektörü sunucularından biri olan sağlık kooperatiflerinin sunduğu hizmetler giderek yaygınlaşmıştır. Sağlık kooperatiflerinin ortakları, sağlık hizmetinin sağlanmasından sunulmasına kadarki süreci belirleyen ve sunulan hizmetlerden eşit şekilde faydalanan kişiler olarak diğer özel sağlık sunucularından hizmet alan ve "müşteri" olarak bakılan ya da hizmet sunan ve ücretli çalışan kişilerden ayrılmaktadır. Sağlık kooperatiflerinde ortaklar, sadece hasta ya da sağlık hizmeti sağlayan sağlık personeli değil aynı zamanda sağlığına dair uygulamalarda ve planlamalarda aktif rol oynayan yönetici aktörlerdir. Bu bağlamda kooperatif çatısı altında örgütlenen kişilerin sağlık hizmetini satın alan bireyden farklı olarak sağlık hizmetini edinme sistemini kurması ile sosyal bağları kuvvetli bir topluluk halini alması kaçınılmazdır. Böylece, piyasalaşmış sağlık sistemlerine sahip ülkelerde sağlık kooperatifi, sosyal bağları kuvvetli ve sağlık anlamında fırsat eşitliğine haiz topluluklar olarak tüm dünya vatandaşlarına sağlık hizmeti sağlanması ihtiyacının giderilmesinde bir adımdır.

4.2 SAĞLIK KOOPERATİFLERİNİN ÖRGÜTSEL YAPISI VE FAALİYETLERİ

Sağlık kooperatifleri özellikle gelişmiş ülkelerde çok çeşitli çalışma konularında kurulmuş olup çok çeşitli ortaklık yapılarına sahiptir. Gelişmiş ülkelerdeki sağlık kooperatifleri, bu alanda çalışanların sahip olduğu kuruluşlar, tüketicilerin sahip olduğu kuruluşlar, ortaklaşa (tüketici / çalışan / toplum) kuruluşlar ya da satın alma ya da ortak hizmet kooperatifleri gibi farklı şekillerde kurulmuştur. Sağlık kooperatiflerinde işbirliği, sağlık hizmetlerinde çalışanlarca, kullanıcı ya da katılımcı şeklinde hastalarca veya topluluktaki kişilerce veya bu şekilleri bir arada içeren çoklu paydaş kooperatiflerce bir araya gelinerek sağlanmaktadır.

1995 yılında, ICA ve BM tarafından yapılan kapsamlı incelemelerin sonuçlarına göre sağlık ve sosyal bakım kooperatifleri;

1- Hizmetten yararlanacak olanların(kullanıcıların) kurduğu sağlık kooperatifleri,

2- Hizmeti sunacak olanların(doktorların) kurduğu sağlık kooperatifleri,
3- Sağlık ve sosyal bakım için katkıda bulunan diğer kooperatifler

olarak sınıflandırılmıştır.

Genel olarak Sağlık kooperatifleri, hizmetten yararlanacak olanların kurduğu ya da hizmeti sunacak olanların kurduğu sağlık kooperatifleri biçiminde, iki temel modele dayalı olarak kurulmaktadır.

Hizmet alan konumunda olan ortaklar tarafından kurulan sağlık kooperatiflerinde, hedef ve uygulamaları kullanıcılar belirler ve ortaklarca ödenen sermaye payları ve ortaklık aidatları ile işletme maliyetlerine katkıda bulunurlar. Genelde, hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının satın alınıp işletilmesi suretiyle işleyen bu kooperatifçilik modeli, özellikle yaşlı ve engellilere yönelik özel sağlık gereksinimlerinin karşılanması amacına yöneliktir. Bazı ülkelerde tarımsal tedarik ve pazarlama, toplumsal kalkınma ve konut ve sigorta kooperatifleri gibi kooperatifler, faaliyet alanlarını genişleterek ortaklarına bu kooperatifler aracılığıyla sağlık hizmetleri de sağlamaktadır. Japonya'daki tarımsal ve tüketim kooperatifleri bu uygulama için güzel örneklerdendir. Öyle ki, Japonya'da 1930'lu yılların başında tarımsal kooperatifler aracılığıyla sağlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır. Tarımsal kooperatiflerin yanı sıra tüketim kooperatifleri de, sağlık hizmetlerinin sunumunda dolaylı olarak rol almıştır.[95] Benzer şekilde, Kanada'nın Quebec eyaletinde 1944 yılında kurulan "Coopérative de santé de Québec" adlı ilk sağlık kooperatifi, "siyasi etkiden uzak, tıbbi hizmet almak için birlikte çalışan bireylerden oluşan özel ve gönüllü bir örgüt " tarifini kullanmıştır. Bu örgüt dört ilkeye dayanmakta olup bunlar, ekip çalışması, koruyucu hekimlik, düzenli ödeme ve tüketici denetimi şeklindedir. Bu ilkeler hemen hemen tüm sağlık kooperatifi modelleri için temel sayılabilecek ilkelerdir.[96]

Hizmeti sunacak olanların kurduğu sağlık kooperatifleri ise, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, çoğunlukla doktorlar tarafından kurulur. Bu tür sağlık kooperatifleri, toptan satın alma, yönetim ve teknik hizmetleri paylaşma, uzmanları bir araya getirme gibi avantajlara sahiptir. Bu tür kooperatiflerin dünyadaki uygulama alanı en geniş olanı, 1967 yılında Brezilya'da kurulmuş olan Ulusal Tıbbi Kooperatifler Konfederasyonudur. (A Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil, UNIMED) kooperatifleridir.

[95]Nurcan TURAN, "Türkiye'de Sağlık hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm için Sağlık Kooperatifçiliğinden yararlanma Gereği ve Olanakları" T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları no.1555, Eskişehir, 2004, s.77-78/ 88-89.
[96]John RESTAKIS, Ondrej FILIP, "Enabling Policy for Health and Social Co-ops in BC", 2008, s.11.

Ülkelerdeki sağlık sistemlerinde farklı birçok aktör bulunmaktadır. Bunlar, değişen derecelerde siyasi iradeye bağlı olan hükümetler, ticari kuruluşlar, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve kooperatiflerdir.[97] 2012 Uluslararası Kooperatifler Yılı kapsamında Birleşmiş Milletlerin düzenlemiş olduğu forumda ise, sağlık sisteminin üç ana birleşeni şu şekilde sıralamıştır:

- İdare (Yönetim): Kamu otoriteleri
- Finansman (Kaynak): Sosyal sigorta sistemi, vergi-finansı sistemi (kamu), özel sağlık sigortası, kâr amacı gütmeyen özel sigorta (ortaklığı kapsayan), bireysel (cepten ödeme)
- Temin (Hizmet sunucuları): Kamu, kâr amacı güden ya da gütmeyen özel sektör (sağlık kooperatiflerini kapsayan), kayıt dışı

Dünya çapında bir perspektiften bakıldığında, genellikle, sağlık kooperatifleri sağlık sisteminin temin eden bileşeninde yer almaktadır, bazı durumlarda ise (Brezilya, İspanya, ABD) özel sağlık sigortası bileşenini de içeren bir ağ veya örgüt şemsiyesi içinde çalışır. [98]

Sağlık sistemi, yöneticileri, kaynak sunucuları (finansörleri) ve sağlık hizmetini sağlayanları kapsamaktadır. Genelde, yönetim ayağı devlet tarafından yapılmaktadır. Kaynak, ya kamu (vergi destekli sistemi), ya sosyal sigorta sistemi, ya da özel ödemeler yoluyla sağlanabilmektedir. Sağlık hizmetleri ise kâr amacı gütmeyen kuruluşlar da dâhil olmak üzere, devlet ya da özel aktörler tarafından ya da kooperatifler veya ticari sunucular tarafından yürütülmektedir.[99]

Sağlık kooperatifleri, yerel odaklı olabilir ya da büyük ve çok sayıdaki bölgelerde çeşitli hizmetler sunabilir. Bunlar küçük klinikler veya karmaşık ve entegre ağlar olarak organize edilebilir. Kooperatifler, sağlık teşviki ve geliştirilmesinden, rehabilitasyon ve akut hizmetlere kadar geniş bir alanda hizmet sağlayabilmektedir. Kooperatiflerin sağlık sistemindeki diğer çeşitli rolleri, örneğin ev destek hizmetleri gibi sosyal bakım sağlanması veya ilaç imalatı ya da sigorta satımı şeklinde sıralanabilir. Diğer taraftan, sağlık kooperatifleri, ortaklarına idari destek veren, personel alımı, eğitimini ve hatta çamaşırhane hizmetlerini sağlayan ortak bir hizmet kooperatifi gibi ortaklarının sağlık ile ilgili bu tür organizasyonlarını

---

[97] Catherine LEVITEN-REID, "The Role of Co-operatives in Health Care National and International Perspectives" Centre for the Study of Co-operatives University of Saskatchewan June 2009 s.3.

[98] Jean-Pierre GIRARD, "The Role of the Health Mutual Organization and Health Co-op" IYC 2012 United Nation Forum, Harnessing the Cooperative Advantage to Build a Better World, Addis Ababa, September 2012.

[99] Catherine LEVITEN-REID, 2009, s.3.

destekleyebilmektedir. Öte yandan kooperatifler, ortaklarının rekabetçi bir fiyattan ilaç almaları gibi müştereken mal alımlarına izin verebilmektedir.[100] Özetle, sağlık kooperatifleri, birincil ve akut bakımı, sağlık sigortasını, günlük yaşamda etkili faaliyetlere destek olarak sosyal bakımı, ilaç/eczacılık faaliyetlerini ve sağlık kuruluşları kümelerinin çalışmalarını destekleyen ortak hizmetleri de kapsayan mal ve hizmet üretimi dizisini sağlamaktadır.

Genel olarak, sağlık kooperatiflerinin potansiyeli hala tamamen kullanılmamaktadır. Yapılan araştırmalara dayanarak, sağlık kooperatiflerinin potansiyellerinin neden hafife alındığını açıklamaya yardımcı olan üç ana neden şu şekilde özetlenebilir:

- Özel hizmet sunucuları arasında kâr amacı güden, kâr amacı gütmeyen ayrımının yapılmaması ve yüksek verimlilik alınmasına karşın kooperatif kuruluşlarının kamunun parçasıymış gibi görülmesi
- Kâr amacı gütmeyen ve ortaklaşa sağlık hizmet sunumunun anlaşılmasında yaşanan zorluklar (Özellikle dünya çapında farklı organizasyonel yapıların sergilendiği farklı tür kooperatiflerin, farklı faaliyetleri kooperatif yapısının anlaşılmamasına neden olabilmektedir. Oysa, kâr amacı gütmeyen sağlık hizmeti odaklı kuruluşlar 'özel' kuruluşlardan ayrıdır.)
- Sağlık kooperatiflerinin sağlık hizmetlerini yerine getirme ve sağlık ihtiyaçlarını karşılama kapasitesine dair verilerin eksikliği ve bu sebepten oluşan güvensizlik ortamı.

4.3 DÜNYADA SAĞLIK KOOPERATİFLERİNİN SAYISAL GÖRÜNÜMÜ

Uluslararası Kooperatifler Birliği(International Co-operative Alliance- ICA)'nin alt kuruluş olan Uluslararası Sağlık Kooperatifleri Birliği(International Health Cooperative Organization-IHCO), Japonya, İspanya ve Brezilya tarafından yapılan üç büyük ve sektörel açıdan önemli toplantının ardından 1996 yılında kurulmuştur.2018 yılında, IHCO ve Avrupa Kooperatifçilik ve Sosyal İşletmeler Araştırma Enstitüsü (Euricse) tarafından yayımlanan raporda, 13 ülkede yapılan araştırmaların sonucunda büyüme ile artan sağlık harcamalarının kamunun karşılaştığı sorunları arttırdığını; bununla birlikte artan sağlık hizmetleri talebine kooperatifleşme ile cevap verildiği

[100]Catherine LEVITEN-REID, 2009, s.3.

vurgulanmış ve sağlık sektöründe kooperatifleşmenin son yıllarda ciddi ölçüde önem kazandığı yönünde bulgulara ulaşılmıştır.[101]

Tablo 6: Bazı Ülkelerde yer alan Sağlık Kooperatiflerinin Sayıları, Ciroları, Çalışan ve Kullanıcılarına Ait veriler

Ülke	Yıl	Kooperatif Sayısı	Ciro (milyon)	Para birimi	İstihdam ettiği personel sayısı	Kullanıcı* (milyon)	Kullanıcıların nüfusa oranı**
Avustralya	2016	175	9.244	AUD	15.653	3.6	%14.9
BREZİLYA	***2015***	***1.933***	***-***	***-***	***96.023***	***24***	***%11.6***
Kanada	2013	130	-	CAD	1.132	0.4***	%1.1
Kolombiya	2013-2015	152	9.872,594	COP	17.383	8.6	%17.7
Fransa	2014	1.832	-	-	36.344	12.3	%18.4
İtalya	2014	6.756	9.235	EUR	233.397	5.5	%9.1
Japonya	2014-2015	145	1.359.320	JPY	91.969	12.2	%9.6
Singapur	2015	4	114	SGD	2.271	1.7	%30.3
İspanya	2016	507	14.449	EUR	52.006	6.4	%13.8
İsveç	2015	298	149.411	SEK	19.367	13.6	%137.3****

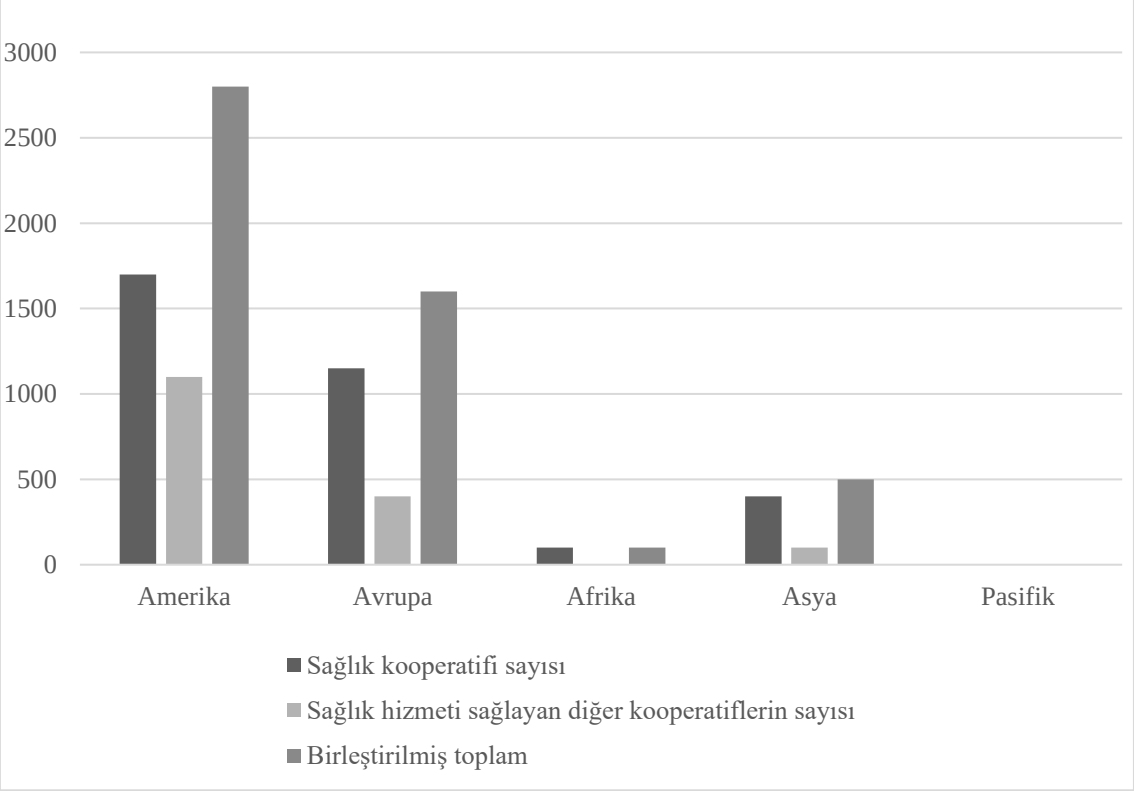
Kaynak: IHCO ve Euricse *Tahmini ** kaynak: Dünya Bankası *** Sigorta sektörü ile ilişkili sağlık ve sosyal kooperatifler veri hesaplanırken dikkate alınmamıştır.

101"The cooperative health report 2018: Assessing the worldwide contribution of cooperatives to healthcare", an exploratory study conducted by Euricse in partnership with the International Health Co-operative Organization (IHCO).

**** Ülke vatandaşlarının tamamının bir veya birden fazla kooperatif ortaklığı bulunmaktadır.

Tablo 6'te görüldüğü üzere dünyanın özellikle gelişmiş ülkelerinde sağlık kooperatifçiliği uygulamaları yaygındır. Geniş kullanıcı kitlelerine ulaşmış olan sağlık kooperatifçiliğinin ayrıca ülkedeki istihdama ciddi katkı sağladığı anlaşılmaktadır. Sağlık kooperatifçiliği alanında hizmet veren ve ayrıca sigorta hizmeti de sağlayan kooperatiflere, hazırlanan bu tabloda yer verilmesi durumunda rakamların daha yüksek olacağı tahmin edilmektedir. Brezilya'ya ait sağlık sektöründeki kooperatiflerin toplam ciro bilgisi sağlamamış olsa da UNIMED özelinde 2016 yılına ait ciro 1.33 milyar ABD doları olarak bildirilmiştir.[102]

Şekil 9: Sağlık Kooperatifleri ve Sağlık Hizmeti Sunulan Diğer Kooperatiflerin Sayılarının Bölgelere Göre Dağılımı



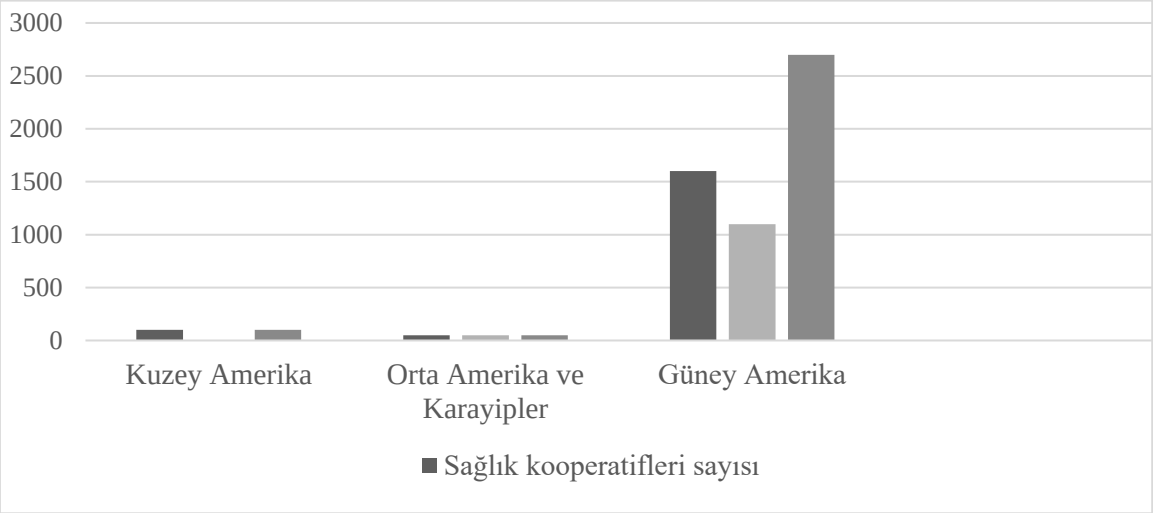
Kaynak: Better Health & Social Care. Vol. 1: Report,2014[103]

[102]"The 2018 World Cooperative Monitor: Exploring The Cooperative Economy" The International Cooperative Alliance (ICA) and the European Research Institute on Cooperative and Social Enterprises (Euricse) Report 2018, s 97.

[103]"The International Summit of Cooperatives (ISC)" Edited by Jean-Pierre Girard, LPS Productions, Quebec, Kanada, 2014.

Şekil 9'da görüldüğü üzere, dünya geneline bakıldığında Amerika kıtası sağlık hizmeti sağlayan kooperatiflerin en yaygın olduğu bölge olarak görülmekte olup Amerika'yı, Avrupa ve Asya kıtalarındaki sağlık alanındaki kooperatifçilik uygulamaları takip etmektedir. Belirtmek gerekir ki, Tarım, Tüketim, Sigorta gibi kooperatif türlerinin kuruluş amacı sağlık hizmeti sunmak olmamakla birlikte bu kooperatifler, ortaklarının ihtiyaçları doğrultusunda ortaklarına sağlık hizmeti de sunabilmekte olup bu tür kooperatifler şekilde Sağlık hizmeti sağlayan diğer kooperatifler olarak ayrıca belirtilmiştir. Sağlık hizmeti sağlayan diğer tür kooperatifler de hesaba katıldığında kooperatifleşmenin sağlık alanındaki yoğunluğunun dikkat çekici bir hal aldığı görülmektedir.

Şekil 10: Sağlık Kooperatifleri ve Sağlık Hizmeti Sunulan Diğer Kooperatiflerin Sayılarının Amerika Kıtasına Göre Dağılımı

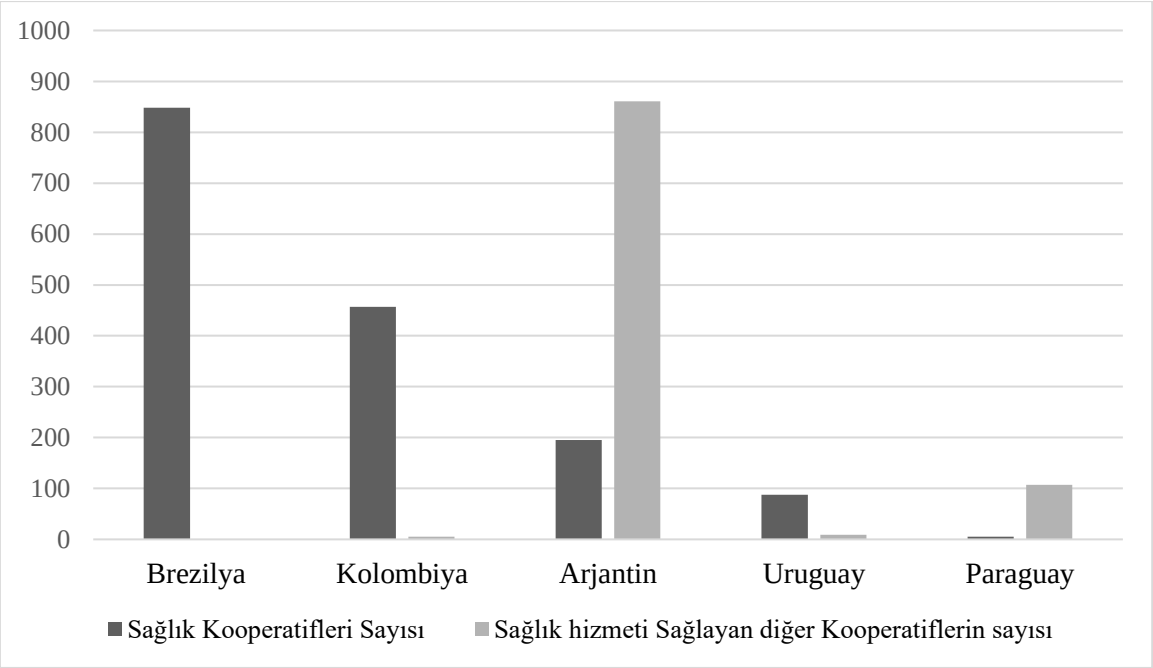


Kaynak: Better Health & Social Care. Vol. 1: Report,2014[104]

Şekildeki bilgilere göre, Amerika kıtasındaki kooperatifçilik uygulamalarının Güney Amerika'da yoğunlaştığı görülmekte olup diğer bölgeler ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde önde olduğu görülmektedir.

[104]The International Summit of Cooperatives, 2014.

Şekil 11: Sağlık Kooperatifleri veya Sağlık hizmeti Sunulan Diğer Kooperatiflerin Sayılarının Güney Amerika Ülkelerine Göre Dağılımı



Kaynak: Better Health & Social Care. Vol. 1: Report,2014[105]

Şekil 11'deki ülkelere bakıldığında, sağlık hizmeti sağlayan kooperatiflerin en çok olduğu ülke Brezilya'dır. Brezilya'yı Kolombiya takip etmektedir. Arjantin'de sağlık hizmetleri doğrudan sağlık kooperatifçiliği uygulamalarıyla verilmemekte olduğu, farklı tür ve amaç yahut faaliyet konusuna sahip olan Sigorta kooperatiflerce hizmetin sağlandığı anlaşılmaktadır. Arjantin'deki sağlık kooperatifleri, sağlık hizmetlerinde düşük maliyetli birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmakta olup sağlık alanında geniş hizmet ağına sahip olan kooperatifler, sigorta kooperatifi olarak kurulmuştur.

[105]The International Summit of Cooperatives (ISC), 2014.

4.4 BREZİLYA'DAKİ SAĞLIK KOOPERATİFLERİ[106]

Brezilya'da 16 Aralık 1971 tarihli 5764 sayılı Kooperatifler Kanunu ile ülkenin ulusal kooperatif politikası tanımlanmakta olup kooperatifler için yasal rejim belirlenmiş ve gerekli düzenlemeler ile genel önlemler alınmıştır. 5764 sayılı Kanun çerçeve kanun olup kooperatiflerin ortaklık yapıları, faaliyet alanları, çalışma konularına dair ayrıntılar ortaklar tarafından hazırlanacak sözleşmelere bırakılmıştır.

Tablo 7: 5764 Sayılı Brezilya Cumhuriyeti Kooperatifler Kanunun İncelenmesi

Kooperatiflerin tanımı (Madde 4)	"Kooperatifler, üyelerine hizmet sunan, kendi hukuki yapıları, özellikleri olan, sivil nitelikte olan, diğer şirketlere ortak olarak hizmet veren topluluklardır."
Kooperatiflerin diğer şirketlerden farkı (Madde 4)	I - hizmet sunmanın teknik olarak imkânsız olması durumu hariç olmak üzere, sınırsız sayıda üyeye sahip gönüllü üyelik; II - hisse senetleriyle temsil edilen hisse sermayesinin değişkenliği; III –Taraflar için uygunsa, her bir ortak için sermaye paylarının sınırlandırılması, ancak orantılılık ölçütlerinin oluşturulmasına izin verilmesi; IV - sermaye paylarının kooperatif ortakları dışında üçüncü şahıslara devredilememesi;

[106]Tezin bu başlığında, Sağlık Kooperatifçiliği alanında çok çeşitli çalışmaları bulunan ve 2014 ve 2018 yıllarında Brezilya özelinde yapılan araştırmalarda araştırma koordinatörü ve editörü olan Jean Pierre GIRARD ile yapılan yazışma sonrası tarafınca gönderilen dökümanlardan veUnimed İcra Direktörü Adriano SOARES; Brezilya Kooperatifler Birliği yöneticisi João Marcos Silva MARTINS ile yapılan görüşmeler sonrası gönderilen istatiksel tablolardan yararlanılmıştır.

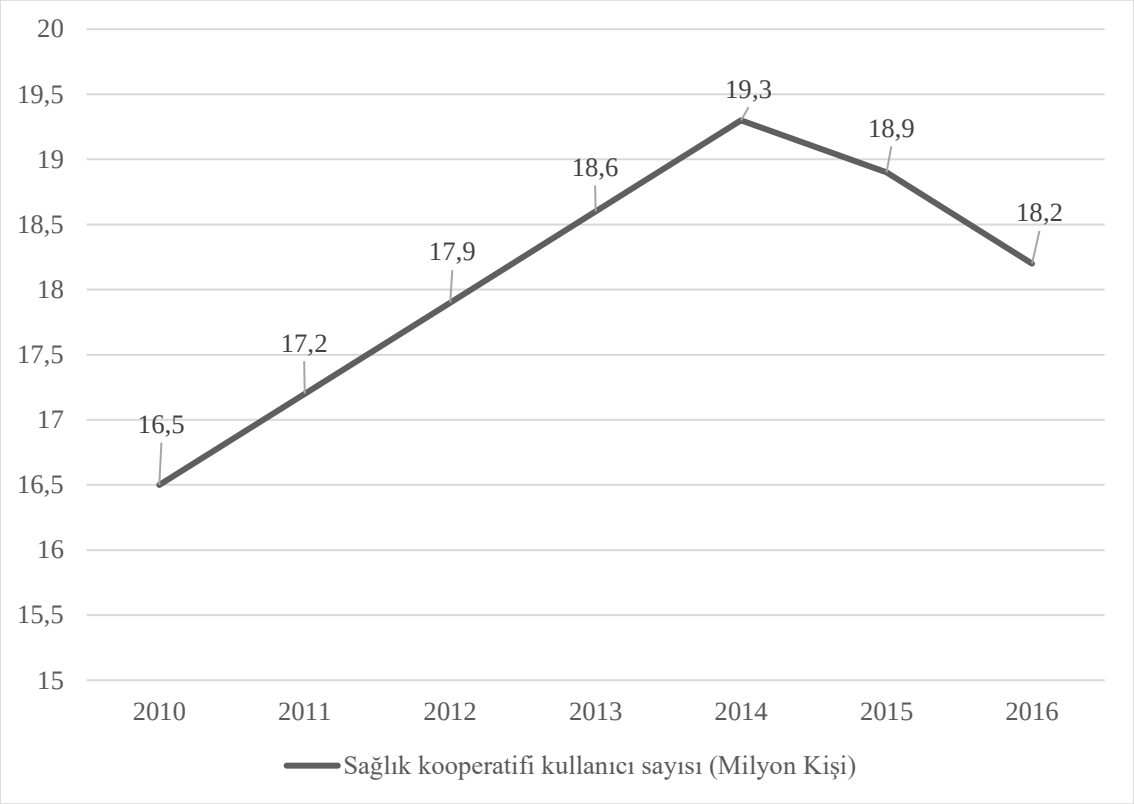
	V - kredi faaliyeti uygulayan ve orantılılık ölçütünü seçenler hariç, merkezi kooperatifler, federasyonlar ve kooperatifler konfederasyonlarının genel kurullarında tek oy kullanma hakkı; VI - Genel Kurul'un sermaye oranına göre değil üye sayısına göre işlem ve karar nisabı; VII - Genel Kurul tarafından aksi kararlaştırılmadıkça, pozitif gelir gider farkının hesap dönemi sonunda ortağın kooperatifle yürüttüğü faaliyetlerle orantılı olarak dağıtılması VIII – Yedek Akçe, Teknik ve Eğitim Yardım fonlarının ortaklara dağıtılmaması; IX - politik tarafsızlık ilkesi ve dini, ırksal ve sosyal ayrımcılık olmaması; X - ortaklara ve tüzükte konduğu takdirde kooperatif çalışanlarına yardım sağlanması; XI - ortak kabulünün, kontrol, operasyon ve hizmet sağlama olanakları ile sınırlı olabilmesi;
Kooperatiflerin amaçları, faaliyetleri ve sınıflandırılması (Madde 5 ve Madde 10)	-“Kooperatifler, münhasır haklarını güvence altına alarak ve adlarında "kooperatif" ifadesini kullanmalarını zorunlu kılarak, her türlü hizmet, çalışma

	konusu veya faaliyeti kendi amaçları olarak benimseyebilir.” -“Kooperatifler, kendileri veya üyeleri tarafından gerçekleştirilen faaliyetlerin amacına veya niteliğine göre sınıflandırılır.”
Kooperatifler ve federasyonların kurulabilmesi için asgari ortak sayıları (Madde 6)	I- Kooperatifler, asgari 20 (yirmi) gerçek kişiden oluşur. Gerçek kişiler ile aynı veya ilgili ekonomik faaliyetler yürüten tüzel kişilerin veya kâr amacı gütmeyenlerin kabul edilmesine istisnai olarak izin verilebilir; II - Merkezi kooperatifler veya kooperatif federasyonları, en az 3 (üç) kooperatif tarafından oluşturulur. İstisnai olarak, bireysel üyeler kabul edilebilir; III - Aynı veya farklı amaca sahip en az 3 (üç) kooperatif veya merkezi kooperatif federasyonundan oluşan kooperatif konfederasyonları kurulabilir.

Brezilya’da Sağlık kooperatifleri, tamamlayıcı sağlık hizmetleri sunucuları olarak sınıflandırılan önemli özel sektör aktörlerindendir. Tıbbi, dişçilik ve psikolojik hizmetlerin sağlanmasında; hemşirelik, psikoterapi, konuşma terapisi ve sağlık sigortası gibi hizmetlerde aktif olarak faaliyet göstermektedir. Brezilya’da son zamanlarda kooperatifçilik alanında en hızlı büyüyen dallardan biri olan sağlık kooperatifçiliği ile pahalı sağlık planları sunan kâr odaklı özel sektör işletmelerine karşı ekonomik

menfaatlerini koruduğu ortaklarının sağlığa dair ihtiyaçlarını gidermek amacıyla alternatifler sunmaya çalışılmaktadır.

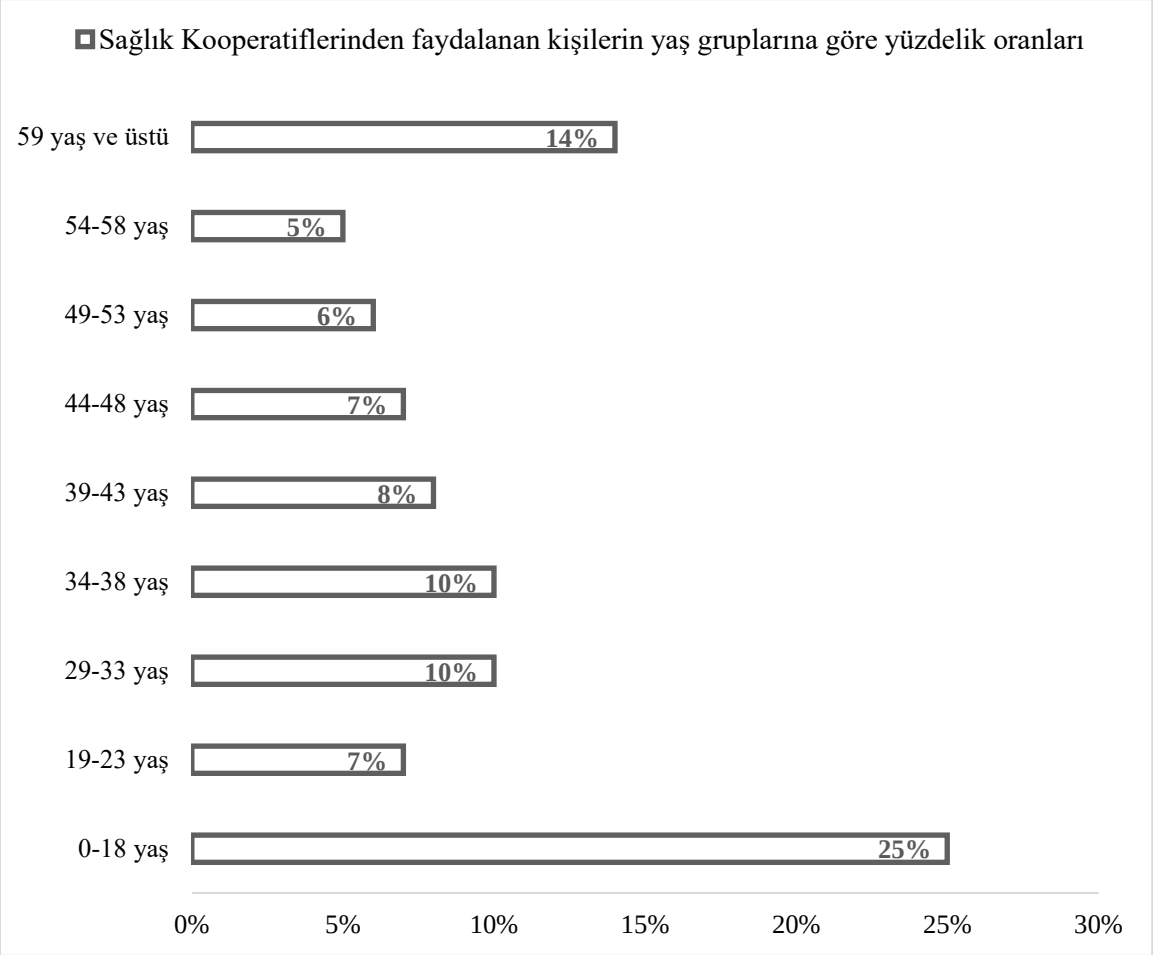
Şekil 12: Brezilya'daki Sağlık Kooperatiflerinden Faydalanan Kişi Sayısı (Milyon Kişi)



Kaynak: Brezilya Ulusal Sağlık Ajansı (ANS – TABNET) Haziran 2016

Şekil 12'de görüldüğü üzere Brezilya'da sağlık kooperatiflerinin sunduğu planlardan faydalanan kişi sayısı yıllar içerisinde artış eğiliminde olmuş ve anlaşıldığı üzere sağlık kooperatifleri kapsayıcılık açısından Brezilya nüfusunun hatırı sayılır bir kısmına sağlık hizmeti sunan bir özel sektör aktörü olmuştur.

Şekil 13: Brezilya'da Sağlık Kooperatiflerinin Sunduğu Hizmetlerden Yararlanan Kişilerin Yaşlara Göre Dağılımı



Kaynak: Brezilya Ulusal Sağlık Ajansı(ANS – TABNET)Haziran 2016

Şekil 13 incelendiğinde, Brezilya nüfusundaki özellikle bebek ve çocukların sağlık kooperatiflerince sunulan bu sağlık planlarından oldukça fazla faydalandığı görülmektedir. Diğer taraftan, 59 yaş üstü grubun da diğer yaş gruplarına oranla bebek ve çocuklardan sonra en fazla kullanıcıya sahip olduğu görülmektedir.

1969 yılında, Minas Gerais eyaletinde yer alan Belo Horizonte şehrinde gerçekleştirilen Brezilya'nın 4. Kooperatifler Kongresi sırasında kurulan ve Brezilya'daki kooperatif sistemini düzenleyen ve 1971 yılında yasalaşan 5764 sayılı Ana Kanunun 105 inci maddesinde kooperatifleri temsil eden kuruluş olarak tanımlanan Brezilya Kooperatifler Birliği(Organização Brasileira de Cooperativas-OBC), Brezilya kooperatif sistemini temsil etmek, kooperatif çeşitliliğine saygı göstermek ve kooperatiflerinin

ekonomik verimliliğini ve sosyal etkinliğini teşvik etmek amacıyla ve Brezilyalı kooperatiflerin ve ortaklarının ekonomik ve sosyal sürdürülebilirliğini arttırma görüşüyle faaliyet göstermektedir. [107]

Brezilya Kooperatifler Birliği(OBC)'ne göre, Brezilya'da hizmet veren sağlık kooperatiflerinin yanı sıra sağlık çalışanları tarafından bakım hizmeti sunulan sosyal bakım kooperatifleri ya da ilaç tedariki sağlayan tüketim kooperatifleri de sağlık hizmeti veren kooperatifler kapsamında değerlendirilmekte olup Birlikçe 2012 yılında yayınlanan raporlarda ülkedeki kooperatif sayısı 848 olarak açıklanmıştır. Ülke sınırlarının% 85'ini kapsayan hizmet ağına sahip olan kooperatifler, 2017 yılında 36 milyar dolar işlem hacmine ulaşmışlardır. Bu meblağ, özel sağlık sektörüne ait pazarın % 32'sini temsil etmektedir.[108]

Brezilya'da, 118 adet Diş Hekimliği Hizmetleri Kooperatifi bulunmakta olup bu kooperatiflerin birçoğu Ulusal Diş Hekimliği Hizmetleri Kooperatifleri Birliği (UNIODONTO) üyesidir. UNIODONTO, 1972 yılında 37 diş hekimi tarafından dişçilik hizmetleri sektöründeki aracıları ortadan kaldırmak, kaliteli ve uygun fiyatlı hizmet sunmak, halkın diş bakımına erişimini sağlamak ve adil ve kaliteli istihdam yaratmak için bir işçi kooperatifi olarak kurulmuş olup günümüzde Brezilya'daki diş sağlığı hizmetlerinin lideridir. Bugün bu diş hekimleri ağı, ülkenin her bölgesindeki kişilere ve işletmelere geniş bir yelpazede diş sağlığı planları sunmakta olup 2012 yılı itibariyle Brezilya Kooperatifler Birliği tarafından yayınlanan verilere göre, UNIDONTO sistemine dahil diş hekimi sayısı 20.000'i geçmiş ve 3.4 milyon kullanıcıya hizmet verilmiştir. Bu ağ içindeki Curitiba Diş Hekimliği Hizmetleri Kooperatifi(Uniodonto Curitiba), 1984 yılında 27 diş hekimi tarafından işçi kooperatifi olarak kurulmuş olup bugün 210 çalışan ve 1.110 ortak ile Paraná eyaletindeki diş bakımı hizmetlerinin en büyük kooperatifi haline gelmiştir. Curitiba Kooperatifinin, Campo Mourao, Cascavel, Guarapuava, Paranagua, Sao Mateus do Sul ve União da Vitória kasabalarında olmak üzere beş ofisi bulunmakta olup her biri konsültasyon ve önleme hizmeti için tasarlanmış ve bir diş hekiminin yönetimde olan beş mobil üniteye (odontomóveis) sahip özel bir uygulama örneği olarak karşımıza çıkmaktadır.

[107] www.brazilcooperativo.coop.br

[108] "The cooperative health report 2018: Assessing the worldwide contribution of cooperatives to healthcare", an exploratory study conducted by Euricse in partnership with the International Health Co-operative Organization (IHCO) in 2018.

Brezilya'da, psikologlar da örgütlenmek için kooperatif formuna yönelmişlerdir. Örneğin, UNIPSICO ulusal düzeyde aktif bir psikoloji hizmetleri kooperatifleri birliği olup Brezilya'nın 25 şehrinde bulunmakta ve 200.000'den fazla kişiye zihinsel sağlık hizmetleri sağlamaktadır. Bu birliğin altında, farklı grupların farklı ihtiyaçları gidermek için örgütlendiği görülmektedir. Örneğin, bu birliğin altında işçi ya da üretici kooperatifleri olarak örgütlenmiş çok sayıda farklı kooperatif girişimleri yer almaktadır. Hemşirelikten sağlık teknikerine kadar her tür sağlık hizmeti alanında çalışanlar tarafından kurulmuş kooperatifler de vardır. Örneğin Yeni doğan bakımı yahut yaşlı bakım hizmetine ihtiyaç duyan kişiler ve bu kooperatifler arasında sözleşme yapılır. Dünyanın farklı ülkelerinde bu hizmet sosyal bakım kategorisinde değerlendirilirken, Brezilya Kooperatifler Birliği istatistikleri, sağlık kooperatifleri olarak sınıflandırmaktadır.

Sağlık hizmeti sunan ortakların öncülüğünde ve ihtiyaçlarını karşılayan kullanıcıların katılımıyla başladığı yolda büyüyerek yürümeye devam eden UNIMED, günümüzde sigortadan finansa çeşitli tüzel kişilerin hizmet sunduğu büyük bir hizmet ağı haline gelerek sadece ülkesinde değil dünyada da önemli bir yere sahip olmuştur. Üyeleri UNIMED sağlık hizmetlerinin kullanıcılarından oluşan ve 1993 yılında kurulan USIMED(Usımed De Santa Bárbara Doeste E Amerıcana Cooperatıva De Usuárıos De Assıstêncıa Médıca) tüketici kooperatifleri aracılığıyla ise indirimli fiyatlardan ortaklarına sağlık malzemeleri, ekipman ve ilaçların sağlanması da dahil olmak üzere hem çok çeşitli hizmetler sunan hem kullanıcı ve hem üretici kooperatifleri kapsamaktadır.

4.4.1 UNIMED[109]

Dünya örneklerine bakıldığında, sağlık kooperatifçiliği uygulamalarının zaman içerisinde gelişerek çoğaldığı ve başarıya kavuştuğu görülmüştür. Brezilya özelinde yapılan bu çalışmada, ülkenin içinde bulunduğu mevcut sağlık sistemi ve zaman içerisinde değişerek uygulanan politikalar da göz önünde tutularak UNIMED'in örnek olarak incelenmesi, bu sağlık kooperatifi ağının bugünkü başarısının nedenlerini anlamak açısından faydalı olacaktır.

[109] Unimed İcra Direktörü Adriano SOARES; Brezilya Kooperatifler Birliği yöneticisi João Marcos Silva MARTINS, ile yapılan görüşmeler; Uluslararası Sağlık Kooperatifleri Birliği Genel Sekreteri Jose PÉREZ ve Kollektif işletmelerde ve kooperatiflerde uzman danışman ve proje koordinatörü Jean Pierre GIRARD ile yapılan görüşmeler sonrası taraflarınca gönderilen metinlerden, sunumlardan ve yayınlardan derlenen bilgiler kullanılmıştır.

4.4.1.1. Kuruluşu ve Amacı

UNIMED sistemini;

- Kuruluş, büyüme ve genişleme(1967-1998),
- Olgunlaşma ve birleşme (1999 - 2007/2008)
- Yeniden yapılanma, güçlendirme ve sürdürülebilirlik (2009- günümüz)

olmak üzere üç döneme ayırmak mümkündür.

1967 yılında, Brezilya'da çalışan doktorların mesleklerinde yaşadıkları problemler sebebiyle alternatif iş imkânları arayışları sonucunda, UNIMED sisteminin temelleri, Dr. Edmundo Castillo tarafından Unimed Santos (São Paulo)'un kurulması ile atılmıştır. Unimed Santos, Amerika kıtasında kurulan ilk sağlık kooperatifi olma özelliğine sahiptir. Bu kooperatif, sağlık alanında avukatlar, işadamları ve sağlık grupları tarafından kurulan ve sağlık hizmeti sunan şirketlere bir tepki olarak kurulmuştur. Dr. Castillo'ya göre, doktorlar, sağlık hizmetlerinin "metalaştırılması"'nı istemez, bir dizi etik kurala dayanarak kullanıcılara ve insani değerlere saygı ile mesleğini icra etmek ister. Dr. Castillo, Unimed'i *"Doktor kullanıcıya insan olarak saygı gösterir, kullanıcı doktora saygı duyup ikisi de bu durumdan fayda sağlarsa bu toplumun yararına olur; dünyaya, ülkeye ve yaşama saygı duymak Unimed olmak demektir."* şeklinde tanımlar.

Ulusal Tıbbi Kooperatifler Konfederasyonu olarak UNIMED, 28 Kasım 1975 yılında resmi olarak kurulmuş ve kooperatiflerinin kurumsal temsilcisi rolüne haiz olmuştur. 1977 yılına gelindiğinde, UNIMED ağına bağlı kooperatif sayısı 60'ı bulmuştur. Unimed Rondônia, 28 doktor tarafından 1983 yılında Porto Velho'da (RO) kurulmuştur. Günümüzde 2.940 ortağı, 406 çalışanı ve 36.300 kullanıcısı olan kooperatifteki doktorlar, mesleklerini etik kurallara göre özgürce icra edip geçim kaynaklarını sağlamak amacıyla kiraladıkları mülklerde hastalara hizmet vermeye başlamış olup 1993 yılında ilk ofislerini açmış ve 1996'da ilk hastanelerini kurmuşlardır. Bugün, Unimed Rondônia'ya ait 7 ek hastane, 14 laboratuvar, 69 uzmanlaşmış klinik ve 11 teşhis ve görüntüleme merkezinde 269 doktor ve 270 personeli ile ortaklarına ve kullanıcılarına sağlık hizmeti sunmaktadır.

2000'li yıllarda, bağımsız şekilde faaliyet gösteren bu bireysel sağlık Kooperatiflerinin UNIMED çatısı altında birleşmeleri ve daha güçlü bir örgütlenme modeliyle kooperatifleşme hareketini taçlandırdıkları görülmektedir. Hem katılımcı hem kullanıcı sayıları artmış, hizmet verdikleri bölgeler genişlemiş ve Brezilya'da sundukları

sağlık planlarıyla alternatif oluşturmayı başarabilmişlerdir. Böylece, sağlık alanında güçlü bir taraf olan UNIMED, hem sermaye hem emek açısından güçlenmiş ve pazardaki yerlerini kalıcılaştırarak sürdürülebilirliği sağlamayı hedeflemişlerdir. Günümüze gelindiğinde ise dünyanın en yüksek katılım oranına sahip en büyük sağlık kooperatifi olma özelliğine haiz olmuşlardır.

4.4.1.2.Hizmetin Sunulması

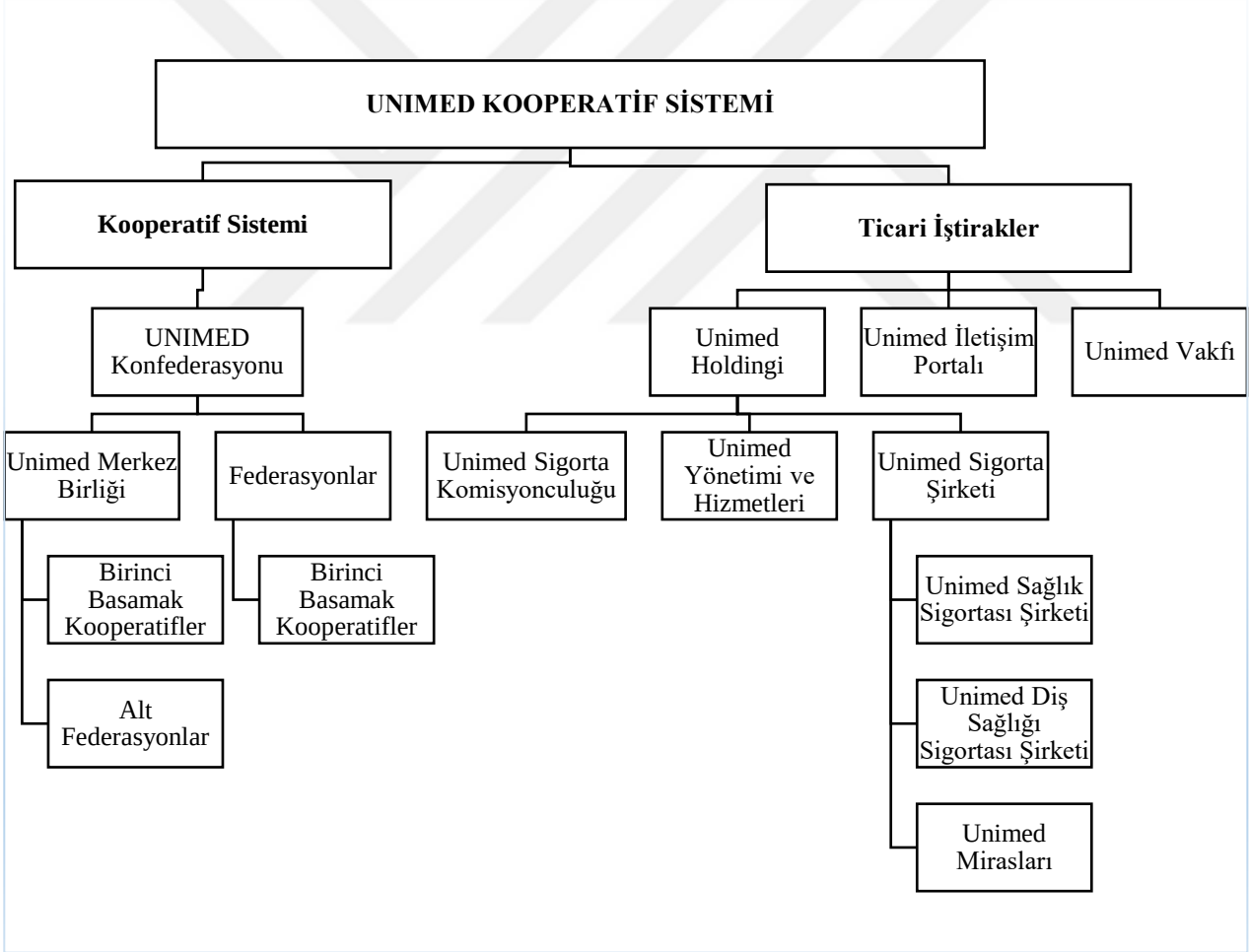
UNIMED, cepten ödeme ile sağlık hizmetinden faydalanabilecek Brezilya halkı için alternatif ve nispeten ucuz sağlık planları sunmaktadır. 2017 yılına ait ANS'a (Agência Nacional de Saúde do Brasil - Brezilya Ulusal Sağlık Ajansı) kayıtlı 25.219 planın %50,3'ü sağlık kooperatiflerince sunulmuştur. Yine, ANS verilerine göre ne kamu ne özel hiçbir sağlık planına dahil olmayan 1.3 milyon Brezilya vatandaşı olduğu düşünüldüğünde, sağlık kooperatiflerinin önemi fark edilecektir. Öyle ki Brezilya halklarının sağlık hizmetlerine erişiminde eşit şartlara sahip olmadığı ve sağlık sisteminin kapsayıcılık açısından sınıfta kaldığı bu ortamda, sağlık kooperatiflerinin sunduğu sağlık planları, sadece UNIMED ve anlaşmalı hastanelerden faydalanma, hem hastane hem akredite kliniklerden faydalanma, hem hastane hem UNIMED'e ait kliniklerden faydalanma (akredite olmayan), sadece belli kooperatif doktorlarından faydalanma yahut operatör doktorlardan faydalanma şeklinde çeşitlendirilmiştir. Sağlık kooperatifi ortakları ve ortak olmayan kullanıcıları, yaşadıkları bölgedeki hastanelere, kliniklere, doktorlara, operatörlere ve sunulan hizmetlere göre ve ihtiyaçları doğrultusunda sağlık planlarını belirlemektedir. Sağlık Kooperatifleri çeşitlendirilmiş sağlık planlarıyla, özel sağlık hizmeti sağlayan işletmelere ve sigorta firmalarına göre kâr amacından öte maliyetlerin paylaşıldığı kooperatifçilik sistemi gereği ucuz sağlık planları sağlamaktadır. Ayrıca kamu ile gönüllü işbirlikleri kurarak ücretsiz eğitimler, sağlık taramaları ve çeşitli programlar ile toplum sağlığına katkı sunarak kooperatifçiliğin temeli olan toplumsal dayanışma kültürünü güçlendirmeye çalışmaktadır.

4.4.1.3. İdari Yapı ve Yönetim

UNIMED Merkez Birliği tarafından geliştirilen kurumsal stratejiler doğrultusunda, birliğe bağlı sağlık kooperatifleri için uygulamaya ve mevzuata yönelik destek sağlanmaktadır. Bağlı sağlık kooperatiflerinin sunduğu hizmetlerin standart bir

yapıya kavuşması amacıyla Merkez Birlik tarafından kooperatif yönetimlerine yönelik destek programları ve eğitimler verilmektedir. Yine hizmet standartlaştırılması kapsamında, UNIMED'in ulusal ağındaki her kooperatif, üretilen stratejik planlar ve yönetime dair desteklere, eğitime ve ayrıca denetime tabi tutulmaktadır. UNIMED hastanelerinin tabi olduğu akreditasyon programları mevcuttur. UNIMED Merkez Birliği tarafından ayrıca anketler yaptırılmakta, veri tabanı oluşturulmakta ve göstergeler düzenli olarak yayınlanmaktadır. UNIMED, Ulusal Tıbbi Yardım Ağı Yönetimi ile hem bağımsız hizmet sunucularının hem de kendi kooperatif ağının dahil olduğu çevrimiçi sistem ile veri toplamakta ve sunmaktadır. Ayrıca, sosyal sorumluluk projeleriyle okullarda, ailelere ve topluma yönelik sağlıklı alışkanlıklar edinilmesi amacıyla çalışmalar yapılmaktadır. Böylece, UNIMED sistemi ile kooperatiflerin sürdürülebilirliği sağlanmaktadır.

Şekil 14:UNIMED İdari Yapısı



Kaynak: Unimed,2017

Brezilya'da kooperatifler 20 kişi ile kurulur, 3 Kooperatif, birleşerek üst Birlik-Federasyon-; 3 Üst Birlik birleşerek Merkez Birlik- Konfederasyon- kurulur. Kooperatiflerin hizmetlerinin, faaliyetlerinin izlenmesi ve kurumsal temsili bu Üst Birlik

ya da Merkez Birlik ile sağlanır. Bu bağlamda, UNIMED'in ticari markasının sahibi ve politik ve kurumsal faaliyetlerinin koordinatörü Ulusal Sağlık Hizmetleri Kooperatifleri Konfederasyonudur.(UNIMED Brezilya). Ayrıca, UNIMED Sistemi, Güney Brezilya Kooperatif Federasyonunun Konfederasyonu olan UNIMED Mercosur'u[110] da içermektedir. Kooperatif Konfederasyonunun rolü, bağlı Unimed kooperatiflerinin faaliyetleri konusunda rehberlik etmek ve koordinasyonunu sağlamaktır. Konfederasyon, federasyonlar ve bireysel kooperatiflerin yanı sıra, UNIMED sisteminde Unimed Sigorta Komisyonculuğunu, Sigorta şirketlerini, Unimed Yönetimi ve Hizmetlerini kontrol eden ve Unimed Holdingi yer almaktadır. Unimed Holdinginin temel amacı, işin yürütülmesinde kooperatif üyelerinin ve Unimed sisteminin çıkarlarını korumaktır.

Şekil 15:UNIMED sisteminin Öz Kaynakları ve Anlaşmalı Ağları

UNIMED SİSTEMİ	
Öz Kaynaklar	**Anlaşmalı Ağlar**
112 Genel Hastane	2903 Hastane
208 Acil Servis	34 Acil
14 Ek Hastane	5552 Laboratuvar
118 Teşhis ve görüntüleme merkezi	2076 Teşhis ve görüntüleme merkezi
94 Laboratuvar	115.679 Yatak
103 Eczane	
8532 Yatak	

Kaynak: Unimed do Brasil 2017

UNIMED'in kendisine ait hastane ağı ülkenin en büyük ikinci hastane ağı olarak belirtilmiştir. Şekil 16'dan anlaşılacağı üzere öz kaynağın yeterli gelmediği alanlarda anlaşmalar yapılarak hizmet ağı genişletilmeye çalışılmaktadır. Örneğin, teşhis ve görüntüleme merkezi konusunda sahip olduğundan çok daha fazla dış merkez ile anlaşma sağlanmıştır.

[110] "Mercado Común del Sur"'un kısaltması olan MERCOSUR, Güney Amerika'nın ortak pazarına verilen ad olup Dünya'da, AB ve NAFTA'dan sonraki üçüncü en büyük ortak pazar olma özelliğine sahiptir. Brezilya, Arjantin, Paraguay, Uruguay ve Venezuela üye devletlerdir.

4.4.1.4. Sağlanan Hizmete Yönelik Değerlendirme

UNIMED sağlık kooperatifleri sistemi Brezilya'daki en geniş sağlık hizmeti sağlayan kooperatiftir. UNIMED sisteminde öncelik sağlık hizmeti sağlamak olup ayrıca ortakların ve ortak olmayan kullanıcıların sağlığa dair ihtiyaçlarını da karşılamak amacıyla yıllar içinde büyüyerek geniş bir ağa erişmiştir. 2019 yılı itibariyle, ülke topraklarının %84 üne denk gelen; 5570 ilçenin 4688'inde var olan sistemiyle, tüm ülkedeki doktor sayısının yaklaşık %83'üne denk gelen 116 bin doktorun ortaklığıyla ve 344 kooperatifi ile UNIMED, yaklaşık 17 milyon insana hizmet sunmaktadır.2014 yılında ülkenin en değerli 21 inci markası olma ödülünü almıştır.

Ayrıca 2015 yılında UNIMED'in yaptırdığı 4026 kişilik bir anketin sonucuna göre, Brezilya'da sağlık planı sunan firmalar arasında piyasada %32'lik bir pay ile ilk sırada olup en yakın firmanın piyasa payı %6'dır. Burada belirtmek gerekir ki çok sayıda sağlık kooperatifi bir araya gelerek UNIMED sistemini kurmuş olduğundan kooperatifler arası işbirliğinin sonucu olarak rakip firmaların çok önünde bir pazar payına sahip olmaktadır.

Tablo 8:Dünya Çapında Eğitim Sağlık ve Sosyal Bakım Alanında Hizmet veren Kooperatiflerin Cirolarına Göre Sırası

SIRA	KOOPERATİF	ÜLKE	2017 YILINA AİT CİRO BİLGİLERİ (Milyar-ABD Doları)	SAĞLIK KOOPERATİFİNİN ORTAKLIK TÜRÜ	KAYNAK
1	HealthPartners Inc.	**USA**	**6.65**	Tüketiciler ve Kullanıcılar	NCB
2	Fundacion Espriu	İspanya	2.2	İşçiler	Teslim edilen veriler
3	**Unimed do Brasil**	BREZİLYA	1.55	İşçiler	İkincil Araştırma
4	Emssanar ESS	Kolombiya	0.57	Tüketici ve Kullanıcılar	Cenicoop, Confecoop
5	Asmet Salud	Kolombiya	0.51	Tüketici ve Kullanıcılar	Cenicoop, Confecoop

Kaynak: ICA, 2019

Tablodaki görüldüğü üzere, Dünya'daki eğitim, sağlık ve sosyal bakım alanında hizmet veren kooperatifler incelendiğinde, sadece sağlık hizmeti sunmasına rağmen UNIMED'in cirosunun ilk 5 ülke arasında 3. sırada yer aldığı görülmektedir. Şüphesiz ki bu kooperatiflerin işbirliği yapmak suretiyle bir merkez birlik olarak UNIMED'i kurmasının ve tek çatı altında çok geniş bir ağa hizmet vermesinin sonucudur. Ayrıca, eğitim

UNIMED sisteminde, hasta bakımını ve güvenliğini geliştirmeye yönelik bir araç olan *Tanı ile İlgili Gruplar* anlamına gelen *Grupo de Diagnósticos Relacionados- DRG* yöntemi uygulanmaktadır. DRG, birincil ve ikincil tanı, iki veya daha fazla hastalığın ortaya çıkması, yaş gibi hastaların hastaneye yatırılması sırasında toplanan verilerin birleşimine göre hastane tedavilerini gruplandıran bir metodolojidir.

DRG'nin kullanımı ile UNIMED'in hizmetleri ve yardım ekipleri için etkililik, verimlilik ve sonuçlar hakkında bilgi içeren performans göstergeleri üretilmektedir. Odak noktası, bakım kalitesini ve hasta güvenliğini iyileştirmektir. Çok disiplinli ekiplerin performansını değerlendirme ve sonuç olarak hasta bakımında sunulan hizmetin kalitesini artırma, daha uygun terapötik yanıtlar ve tedavi için güvenli koşullar sağlama olasılığına hizmet etmektedir.[111]

4.4.2. UNIMED ÖRNEĞİNİN TÜRKİYE AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

UNIMED örneğinde görüldüğü üzere devletin özel sektör hizmet sunucularını teşvik etmesi, özel sektörün sağlık hizmeti sunumunda belirginleşen rolü, devletin vatandaşları özel sektöre yönlendirici politikalar benimsemesi, sağlığın piyasalaşması, sağlığın kazanç getirici ticari bir unsur haline dönüşmesi ile Brezilya'daki doktorların çalışma şartlarındaki kötüleşme olmuştur. Yaşanan bu sağlık sisteminin piyasalaştırılması sürecinde doktorlar mesleki değerlerinin zarar gördüğünü düşünmüş ve kooperatifleşme girişiminde bulunmuşlardır.

[111] https://www.em.com.br/app/noticia/patrocinado/unimed/2019/06/06/unimed,1059812/ferramenta-de-gestao-contribui-para-a-qualidade-dos-servicos-de-saude.shtml

Ülkemizde özellikle doktorların çalışma koşullarını ve gelirlerini etkileyen "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında gerçekleştirilen reform hareketleri, sağlık alanında kooperatifleşme imkânını kuvvetlendirmektedir. Burada özellikle bahsedilmesi gereken iki reform hareketinden biri "Tam Gün Yasası" diğeri ise "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi"dir.

30 Ocak 2010 tarihli ve 27478 sayılı resmi gazete ile yürürlüğe giren "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"un 3 üncü maddesi ile 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 36 ncı maddesi "Öğretim elemanları, üniversitede devamlı statüde görev yapar. Öğretim elemanları, bu Kanun ile diğer kanunlarda belirlenen görevler ve telif hakları hariç olmak üzere, yükseköğretim kurumlarından başka yerlerde ücretli veya ücretsiz, resmi veya özel başka herhangi bir iş göremezler, ek görev alamazlar, serbest meslek icra edemezler. Öğretim elemanının görevi ile bağlantılı olarak verdiği hizmetin karşılığında telif ücreti adıyla bir bedel tahsil etmesi halinde 58 inci madde hükümleri uygulanır. " şeklinde değiştirilmiştir. Yine, 6514 sayılı Yasa ile 2547 sayılı Kanuna Geçici 64 üncü maddesine "Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarih itibarıyla mesai saatleri dışında serbest meslek faaliyetinde bulunmakta veya özel kuruluşlarda çalışmakta olan öğretim üyeleri, bu maddenin yayımı tarihinden itibaren üç ay içinde bu faaliyetlerini sona erdirir; bu süre içinde sona erdirmeyen öğretim üyelerinin üniversiteyle ilişikleri kesilir." şeklinde ekleme yapılmıştır. Diğer taraftan, üniversitelerin tıp ve diş hekimliği fakültelerinde görev yapan tabip ve diş tabibi kökenli Profesör ve Doçentler ile tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olan Profesör ve Doçentler mesai saatleri dışında çalışabilecekleri 36 ncı maddenin 7 nci fıkrasında;"..... bunlardan profesör ve doçent kadrosunda olanlar, her bir anabilim dalındaki kadrolu profesör ve doçent sayısının yüzde 50'sini geçmemek, bir yıla kadar kurumsal sözleşme yapılmak ve geliri üniversite döner sermayesi hesabına kaydedilmek şartıyla ve ilgilinin muvafakati ile mesai dışında özel hastaneler veya vakıf üniversitesi hastanelerinde çalıştırılabilir....." şeklinde düzenlenmiştir. Profesör ve Doçentlerin özel hastaneler ile vakıf üniversitesi hastanelerinde çalışma prosedürü ise detaylı olarak ayrıca düzenlenmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında getirilen tam gün yasası ile üniversite hastanelerinde çalışan öğretim üyelerinin muayenehane, büro, ofis gibi yerler açma imkânı ortadan kaldırılmış ve bu kişiler bir tercih yapmak zorunda bırakılmıştır. Bu bağlamda, çalıştıkları üniversite hastanelerinde görevlerine devam etme kararı alan

öğretim üyeleri, mesai saatleri dışında serbest meslek faaliyetinde bulunmakta veya özel kuruluşlarda çalışmakta ise bu faaliyetlerini sonlandırmak durumunda kalmıştır. Diğer taraftan ise yapılan performansa dair reformlar ile üzerlerinde oluşan baskılar sonucu Doktorlar, üniversite hastanelerindeki öğretim üyeliği görevlerini bırakıp serbest meslek faaliyetine geçmeyi tercih edebileceklerdir. Fakat, doktorların serbest meslek faaliyetine geçebilmesi için sermaye birikimi gereklidir. Bu sermaye birikiminin miktarı, sağlık hizmeti sunan işletmenin uzmanlığına göre değişken olacak ve yüksek sermayeli yatırımlar gerektiren durumlarda kooperatifleşmeye gidilmesi faydalı bir alternatif olacaktır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde kooperatifleşmeyi arttırması muhtemel olan bir diğer yasal düzenleme ise "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi"dir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin arttırılması ve artan hasta talebinin karşılanabilmesi için hizmet sunan sağlık personeline yönelik getirilen bu sistem, ülkemizdeki tüm hastanelerde uygulanan ve sağlık personeline yapılan ödeme sistemidir. Sağlık çalışanlarının, yaptıkları her bir işlemin katsayıları ve ücretleri, 24/3/2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği"nde detaylı olarak belirlenmiştir. Bu performans sisteminde doktorun alacağı ödeme, yaptığı ameliyat sayısına, baktığı hasta sayısına, istediği tahlil sayısına göre oransal olarak hesaplanmaktadır.

Bu sistemin hasta sirkülasyonuna bağlı olarak gelir getirmesi, gelir elde ederken hastanın tedavisine dair çabanın ikinci plana atılmasına neden olabilmektedir. Hastaya ayrılan muayene sürelerinin azalması, hasta hikâyelerinin hastalık özelinde değil hasta özelinde değerlendirilmesinin kısıtlı süreler içinde doğru bir şekilde yapılmak zorunda bırakılması, doktorlar arası dayanışma ortamının yerini rekabet ortamına bırakma riski performans sisteminin diğer olası olumsuz sonuçlarındandır. Hasta başına ücret kazanılması gerçeğinin, güvene dayalı olması gereken hekim hasta ilişkisini zedelemesi kaçınılmazdır. Bu noktada, UNIMED'in kurucusu Dr. Castillo'nun doktorların mesleklerini bir dizi etik kurala dayanarak kullanıcılara ve insani değerlere saygı ile icra etmek istediklerini ve sağlık hizmetlerinin "metalaştırılması"'nı istemediklerini vurguladığını ve bu bakış açısı ile Sağlıkta kooperatifleşmeye gittiklerini hatırlatmak doğru olacaktır. Kooperatifler insan merkezli örgütler olup diğer özel sağlık kuruluşlarının aksine kooperatiflerin birincil amacı kâr elde etmek değil ortaklarının gereksinimlerini karşılamaktır.

Ülkemizde gerçekleşen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerçekleştirilen bu reform hareketlerinin de etkisiyle, özellikle tek başına muayenehane açma konusunda yeterli sermaye birikimine sahip olmayan doktorlar bir araya gelerek uzmanlık alanlarına göre hem ekonomik hem sosyal açıdan dayanışma halinde hareket eden ve yine toplumun menfaatine çıktılar sunan Sağlık Hizmetleri Kooperatifleri kurabilir. Kurulacak, sağlık hizmetleri kooperatiflerinin SGK ile anlaşma yapabilir. Böylece, kurulacak kooperatiflerle, tüm vatandaşlara finansmanının büyük ölçüde kamuca sağlandığı sağlık hizmeti sunulması mümkündür.

Türkiye'de, 2013 yılında, 1163 sayılı Kooperatifler Kanunu hükümlerine göre değişir ortaklı, değişir sermayeli ve sınırlı sorumlu sağlık hizmetleri kooperatiflerinin kuruluşlarına izin verilmiştir. Sağlık hizmetleri kooperatifleri ile büyük sermaye gerektirmeyen sağlık hizmetlerinin kurulmasının önü açılmıştır. Bu tesislerin tıp merkezleri, özel poliklinikler ve hastaneler olarak işleyeceği ve vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşmasını kolaylaştıracağı öngörülmüştür. Kooperatifin yönetimine dair alınan kararlarda ortakların eşit oya sahip olması, işletmelerini sahiplenme duygularını, bu da kooperatiflerinin başarı şansını artıracaktır. Ayrıca, kooperatiflerde bir ortağın sahip olabileceği ortaklık payı sınırlıdır. Bu nedenle kooperatif tek bir şahsın hâkimiyeti altına giremez, böylece özel sağlık sunucularından farklı olarak sağlık hizmetleri kooperatiflerinde hem iktisadi hem idari politikalar da ortaklarca belirlenir. Kooperatif ortakları, kooperatifin amaç ve faaliyetine bağlı olarak sağlık çalışanları, tıp doktorları ya da diş hekimleri olabilir.

Diğer taraftan ülkemizde kurulan Kooperatifler, şirketlerden farklı olarak vergi avantajına sahiptir. Anasözleşmelerinde yönetim kurulu başkan ve üyelerine gelir fazlası üzerinden pay verilmemesi ve sermaye üzerinden kazanç dağıtılmaması hükümleri bulunan kooperatiflerde, tüketim ve taşımacılık kooperatifleri hariç, ortaklarla yapılan işlemlerden kurumlar vergisi alınmaz.

Bunlara ek olarak, Ticaret Bakanlığı'nın yayınladığı,1163 sayılı Kooperatifler Kanunu'nun 86 ıncı maddesi çerçevesinde hazırlanan Kooperatifçilik Proje Destek Yönetmeliği kapsamında Kooperatiflerin Desteklenmesi Programı (KOOP-DES) ile kooperatifleri sürekli olarak kamusal desteğe bağımlı hale getirmeden; onlara başlangıç sermayesi niteliğinde, üretim ve istihdâmı artıracak pazarlama faaliyetlerini kolaylaştıracak projelerine hibe desteği verilerek Türkiye ekonomisine daha güçlü katkı verilmesi hedeflenmiştir.

Tablo 9: Ülkemizdeki KOOP-DES Projesi Kapsamında Kooperatif ve Üst Birliklere Sağlanacak Hibe Desteğinin Konusu, Oranları, Şartları ve Hibe Destek Tutarları

HİBE DESTEK KONUSU	HİBE DESTEĞİ ORANLARI	VERİLECEK HİBE DESTEĞİ TUTARI
1)Kooperatiflerin faaliyet konularına göre makine ve/veya ekipman ile ilgili mal alımlarına, 2) Ortaklarının en az % 90'ını kadınların oluşturduğu kooperatiflerin işletecekleri yaşlı ve engelli bakım merkezleri ile çocuk kulüpleri, kreş ve gündüz bakımevlerinin demirbaş eşya niteliğindeki yatırım malı alımlarına, 3) Kooperatiflerin ürettikleri ürünlerin tanıtımı ve pazarlanmasına ilişkin sergi ve fuar katılımlarına yönelik hizmet alımlarına, 4) (a) ve/veya (b) bentlerine göre hibe desteği verilecek kooperatiflerin projelerine ilişkin nitelikli personel istihdâmlarına, 5) Kooperatiflerin faaliyet konularına yönelik Kılavuzda belirlenecek diğer mal ve hizmet alımlarına ilişkin proje konularına destek verilmektedir.	Kooperatiflerin desteklenmesine karar verilen mal ve hizmet alımlarında: - Hibeye esas proje tutarlarının kalkınmada öncelikli yörelerde[112] % 75'i, - Diğer bölgelerde % 50'si, - Kalkınmada öncelikli yöre şartı aranmaksızın ortaklarının en az % 90'ını kadınların oluşturduğu kooperatiflerde ise % 75'i, - Nitelikli personel istihdâmının %100'üne kadar olan kısmı (Azami destek süresi bir yıl olup nitelikli personel istihdâmının gerçekleştiği bir yılın sonunda kooperatifin hesabına aktarılır.)	a) Mal alımlarında 200.000 TL b) Hizmet alımlarında 30.000 TL, c) Nitelikli personel istihdâmında yıllık bir personel için 30.000 TL, iki personel için toplam 60.000 TL

[112] Bu bilgilere ve her yıl güncellenmiş hallerine www.resmigazete.gov.tr adreslerinden ulaşılabilir.

Bu kapsamda, 15 Temmuz 2020 yılında ilk çağrısı yapılan bu destek programı ile başka kamusal destekten yararlanmayan Kooperatif ve Üst kuruluşların maddi olarak desteklenmesi hedeflenmiştir. Ülkemizde kurulan Sağlık Hizmetleri Kooperatifleri de desteklenecek kooperatif türlerindendir. Bu destek programı, Sağlık Hizmetleri Kooperatifi kurmayı planlayan sağlık çalışanlarının katlanacakları kuruluş maliyetlerine yönelik ciddi avantaj sağlamaktadır. Ayrıca program kapsamında verilen desteğin kredi değil hibe olması da özel sağlık hizmetinin kooperatif işletmesi olarak kurulması açısından önemli bir teşviktir. UNIMED örneğinde de incelendiği üzere Brezilya hükümetince verilen özel sektör teşvikleri sağlık kooperatiflerinin yaygınlaşması açısından önemli bir adım olmuştur.

Ülkemizde kurulacak sağlık hizmetleri kooperatifleri büyük entegre sağlık kampüslerine uzak mesafelerde yaşayan özellikle yaşlı, çocuk gibi dezavantajlı gruplar için bir alternatif olabilecektir. Öyle ki, şehir hastanelerinin çoğu büyükşehir olan 29 ilde büyük entegre tesis halinde ve şehirdeki eski birçok hastanenin tek bir noktada toplanması şeklinde hizmet verecek şekilde tasarlanmıştır. Bu durumda, hastanelere ulaşım ve yolda kaybedilen zamanın acil hasta, yaşlı, çocuk, gebe gibi vatandaşlara olumsuz yansımasının önüne, dünya örneklerinde de görüldüğü gibi küçük ilçelerde kurulacak sağlık hizmetleri kooperatifleri ile geçilebilecektir. UNIMED örneğinde de incelendiği üzere, farklı eyaletlerdeki farklı bölgelerde yaşayan halkın ihtiyaçları ve talepleri doğrultusunda, sağlık kooperatiflerince farklı seviyelerde sağlık hizmetleri sunumu sağlanmış ve böylece Brezilya topraklarının %84 üne ulaşan bir hizmet ağı kurulmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, kooperatifçiliğin anlam ve önemi, tarihsel gelişimi, sağlık hizmetlerinin finansman modelleri, Brezilya'da sağlık hizmetlerinin sunumunun özellikle 1980 sonrası dönemde gelişimi ve yeniden yapılanması, bu süreçte sağlık sistemindeki kamu kesimi ve özel sektörü içeren ikili yapının sonucu olarak sağlık hizmetleri alanında özel sektörün bir unsuru olan sağlık kooperatifçiliğinin gelişmesi, ülkede yaygınlaşması ve dünyanın en büyük sağlık kooperatifi ağı haline gelen UNIMED değerlendirilmiştir.

Özetlenecek olursa, Brezilya'da sağlık sistemindeki dönüşüm, 1980'li yılların başında *Reforma Sanitária* olarak adlandırılan sağlık sektöründe yeniden yapılandırma ile başlamıştır. Dünya Bankası uzmanlarının Brezilya hükümetine danışmanlık yaparak kamunun sağlık sektöründeki rolünün hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici seviyeye çekilmesine yönelik çalışmaların yapılması sonucuna varılan raporların hükümetçe kabul görmesinin akabinde, 1988 yılında sağlık sistemindeki esaslı değişiklikler kanunlaştırılmış ve uygulanması için anlaşmalar imzalanarak Dünya Bankası kredileri verilmiştir. Sağlık sisteminde verimlilik, etkililik, erişilebilirlik ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılarak halka kazandırılması gibi amaçlar doğrultusunda, 1990 yılında Brezilya Federal Anayasası'nda yapılan değişiklikler ile kamu kesiminin ve özel sektörün birlikte hareket etmesi ve özel sektörün SUS'u desteklemesi sağlanmıştır. Burada belirtmek gerekir ki, yapılan çalışmada, Brezilya'da, 1980 öncesinde de sağlık hizmetlerinde özel sektör aktörlerinin bulunduğu ve hatta sunulan hizmetlerin neredeyse kamu kesiminin sunduğu ölçüde olduğu; ancak özel sektörün çoğunlukla kâr amacı gütmeden kamu ile işbirliği halinde; kamu tarafından finanse edilmek suretiyle faaliyetlerini sürdürdüğü bilgisine ulaşılmıştır. Fakat özellikle 1980'den sonra Brezilya'da yüksek enflasyon sonucu yaşanan ekonomik durgunluk, kamu harcamalarında kemer sıkma politikalarına gidilmesine yol açmış olup sağlık alanındaki kamu harcamaları da beşte bir oranında azalmıştır. 1998 yılında gerçekleştirilen yasal düzenlemeler ile özel sektörün sunacağı sağlık hizmetinin tanımı, standardı, kapasitesi, kapsayıcılığı ve ücretleri belirlenerek halk, tamamlayıcı sağlık işletmelerine yönlendirilmiştir. Bu bağlamda Sağlık kooperatifleri kadar özel sektör sağlık hizmetleri sunucuları da kar amacı güden işletmeleriyle sağlık sistemindeki varlığını arttırmıştır. UNIMED'e bağlı kooperatiflerin yıllar içerisinde birleşerek ülke genelindeki ağı genişletmesi, sağlık hizmetlerinin kooperatifler aracılığıyla tüm ülkeye sunulmasını sağlamıştır.

Brezilya'daki sağlık kooperatifçiliği uygulamasının başarılı olmasının nedenleri ve ulaşılan sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

1) 1980 sonrası Brezilya'da gerçekleştirilen reformlarla birlikte kamu kesiminin sağlık hizmeti sunumu yerine sağlık sisteminde düzenleyici, denetleyici ve yol gösterici rolünü üstlenmesi ile sağlık sistemi içerisinde kâr odaklı özel sektör ortaklıkları oransal olarak artmış ve özel sektördeki aktörler arasında sağlık kooperatiflerinin rolü belirginleşmiştir. Diğer bir deyişle, özel sektörün kamu tarafından teşvik edilmesi ve mevcut sağlık hizmeti sunan özel işletmelerin Sosyal Güvenlik Kapsamına alınması ile sağlık kooperatifçiliği uygulamalarının yaygınlaşması için de uygun ortam oluşmuştur.

2) Brezilya'da halen hiçbir sağlık hizmetinden faydalanamayan kapsam dışı 1.3 milyon kişi olduğu düşünüldüğünde, sağlık kooperatifçiliği uygulamalarının, özel sektörün sunduğu diğer sağlık planlarına nazaran vatandaşlarca ekonomik bulunması nedeniyle tercih edildiği sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda, kooperatiflerinin hizmetlerine olan talebin artmasıyla Brezilya'da en yüksek piyasa payına sahip olan UNIMED kooperatiflerinin sermaye birikimi artarak yatırımları çeşitlenmiş, hizmet ağı genişlemiştir. Ortakların ve kullanıcıların ihtiyaçlarını gidermek amacıyla kurulan ve yıllar içerisinde ekonomik olarak önemli büyüklüklere ulaşan UNIMED, ülke topraklarının %84'ünde hizmet sunabilecek fiziki büyüklüğe ulaşmıştır. Özetle, UNIMED, sunduğu planlarla sadece kamuya değil aynı zamanda kâr odaklı şirketlere de alternatif olarak sağlık sistemindeki yerini almıştır.

3) Brezilya sağlık hizmetleri kooperatiflerinin dayanışma halinde hareket eden ve yine toplumun menfaatine çıktılar sunan örgütlenmeler olması ve ülkeler arası gelişmişlik göstergesi olarak kullanılan sağlık alanındaki hizmetlerin, toplumsal sorumluluk bilincine sahip kooperatiflerce sağlanması nedenleriyle bu kooperatiflerin toplum içinde öz yardımı ve dayanışma bilincini geliştirerek sosyal sermayeye pozitif yönlü katkı sağladığı sonucuna varılmıştır. Sağlık kooperatiflerinin, etkinlik alanı bakımından ekonomik değer üreten kooperatiflerden farklı olduğu görülmüştür. Nitekim Brezilya'da sağlık hizmetleri alanındaki kooperatifler, ülkenin kalkınmasına sadece ekonomik katkı sunmamıştır. Ayrıca bu harekete katılan sunucuların mesleki ihtiyaçları, faydalanıcıların ise sağlık ihtiyaçları sağlık kooperatiflerince karşılanarak toplumsal gelişime katkı sağlanmıştır.

Ulaşılan sonuçlardan sonra her ne kadar sağlık hizmetlerinden istisnasız herkesin eşit olarak yararlanması ve bu hizmetlerin ücret karşılığında özel sektör tarafından değil ücretsiz olarak kamu tarafından sunulması gerekse de Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gelinen mevcut durum değerlendirildiğinde, Sağlık Hizmetleri Kooperatifçiliği uygulamaları açısından aşağıdaki önerilerde bulunmak yerinde olacaktır:

- Başta yerelde olmak üzere tüm ülke genelinde sağlık hizmetleri sunumunu arttıracak ve bu alandaki ekonomik ve beşeri kaynakları kullanılarak daha sağlıklı ve daha bilinçli bir ülke yaratmak için Türkiye'de söz konusu kooperatiflerin kuruluşu yaygınlaştırılabilir.

- Kooperatifler için devlet tarafından sağlanan, yatırım teşvikleri, istihdam destekleri, KOSGEB Destekleri, Ar-Ge Destekleri, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Destekleri, Çevre ve Enerji Destekleri ve KOOP-DES kapsamındaki destekler sağlık alanı açısından değerlendirilebilir. Ayrıca, bu doğrultuda kuruluş için gereken mali kaynaklar ve sermaye gereksiniminin miktarı kurucular tarafından tespit edilebilir ve bahsedilen desteklerden faydalanmak için gerekli girişimlerde bulunulabilir.

- Ülkemizdeki ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile sağlık alanında hizmet veren kooperatifçilerin oluşturduğu bir çalışma grubu kurulabilir. "Sağlık Hizmetleri Kooperatiflerinin Karşılaşabilecekleri Sorunlar ve Öneriler" belirlenebilir ve bunun sonucunda yapılacak yeni düzenlemeler ile uygun koşullar yaratılabilir.

- Ülke çapında öncelikli olarak Kooperatifçilik Meslek Yüksek Okulları aracılığıyla eğitim veren üniversiteler, yerel yönetimler ve sağlık hizmetleri kooperatifleri aracılığıyla konuyla ilgili olarak bilgilendirme çalışmaları yapılabilir, paylaşılabilir ve bu alanda proje gelişimi teşvik edilebilir.

Ayrıca, 1 Aralık 2019 tarihinde Çin'de ortaya çıkan, hızlıca birçok ülkeye yayılan ve DSÖ tarafından pandemi ilan edilen Yeni Korona Virüs Hastalığı'nın (Covid-19), Brezilya'da yetkililerin gerekli önlemleri zamanında almaması nedeniyle Brezilya Sağlık sisteminde telafisi mümkün olamayacak tahribatlar bırakacağı güncel olarak tartışılmaktadır. Latin Amerika'da en fazla vaka ve ölümün görüldüğü ve dünya'da da en çok ölümün açıklandığı ülkelerin başında olan Brezilya'daki kamu hastanelerinin yetersiz kalmasının ve Brezilya Sağlık sisteminin hızla çökmesinin nedenlerinin başında, sağlık harcamalarına ilişkin kamu payının düşürülmesi ve sağlık alanına yapılan kamu yatırımlarının azalmasının geldiği değerlendirilmektedir. Diğer taraftan, özel sektörün kullanıcılarına hizmet sağlama konusunda yeterli olup olmadığına ilişkin henüz kesin bir çıkarım yapılamamaktadır. Bu bağlamda, pandemi sürecinin akabinde Brezilya'daki Sağlık Kooperatiflerinin yaşanan sağlık krizine ve ardından yaşanması muhtemel olan ekonomik krize karşı gösterdikleri dayanıklılık ve sürdürülebilirlik analizi yeni bir çalışmanın konusu olabilir.

KAYNAKÇA

AKBOLAT Seyfullah, Türkiye'de Kooperatiflerin Doğuşunda Devlet Etkisi ve Memleket Sandıkları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2012

AMPARO CRUZ SACO María "Do Options Exist? : The Reform of Pension and Health Care Systems in Latin America Pitt Latin American Series, University of Pittsburgh Press,1998

AYBAY Rona, "Robert Owen, Sosyalizmin Öncülerinden; Yaşamı, Eylemi ve Öğretisi", Alfa Yayınları, İstanbul, 2012

BROUCKERE Louis de, "Kooperatifçilik: Men'şeleri, Mahiyeti, Hizmetleri", Hâkimiyeti Milliye Matbaası, 1929

CERRI Giovanni Guido "The Challenges of Health Care in Brazil", Special Issue 1, São Paulo, ,2016

EKE Erdal, EROYMAK Selin "Uluslararası Aktörlerin Küresel Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri: Teorik Bir İnceleme - The Effects Of International Actors on GlobalHealth Politıcs: s Theoretical Review. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2019

ER Ünal "Sağlıkta Dönüşümün Aracı: Genel Sağlık Sigortası", Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek lisans tezi, Ankara, Şubat 2011

FERNANDES Elton, PIRES Heloisa M´arcia, IGNACİO An´ıbal Alberto Vilcapoma, SAMPAIO L´ea Maria Dantas "An analysis of the supplementary health sector in Brazil" Elsevier, Ireland, 2006

FLEURY Sonia, BELMARTINO Susana, BARIŞ Enis "Reshaping Health Care in Latin America A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico" International Development Research Centre, 2000.

GRAGNOLATI Michele, LINDELOW Magnus, and COUTTOLENC Bernard, "Twenty Years of Health System Reform in Brazil An Assessment of the

GERSCHMAN Silvia, "Public and Private Health Insurance in Brazil and European Union Countries." American Journal of Public Health Research 1.4, 2013.

GIRARD Jean-Pierre “The Role of the Health Mutual Organization and Health Co-op” IYC 2012 United Nation Forum, Harnessing the Cooperative Advantage to Build a Better World, Addis Ababa, September 2012.

GIRARD Jean Pierre, “ A Better Health & Social Care: How are Co-ops & Mutuals Boosting Innovation & Access Worldwide?”An international survey of co-ops and mutuals at work in the health and social care sector (CMHSC14) Volume 1: Report, LPS Productions, Montréal, Québec, Canada, 2014

GÜZEL Ali, OKUR Ali Rıza, CANİKLİOĞLU Nurşen, “Sosyal Güvenlik Hukuku” 14. Bası, İstanbul, Beta yayınları, 2012

GWYNNE Robert, KAY Cristóbal “Latin America Transformed: Globalization And Neoliberalism” Hodder Education, an Hachette UK Company, London, 2004

HAZAR Nurettin, “Kooperatifçilik Tarihi”, 3. Basılış, Türk Kooperatifçilik Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara,1990

HEGGENHOUGEN Kris, QUAH Stella “The International Encyclopedia of Public Health” Elsevier Inc. 2008

HOMEDESA Núria, UGALDE Antonio “Why neoliberal health reforms have failed in Latin America”, Health Policy-71, 2005

HUBERMAN Leo, “Sosyalizmin Alfabesi”, Sol Yayınları, Ankara,2005

KAYDER Çağlar (Derleyen), ÜSTÜNDAĞ Nazan (Derleyen), AĞARTAN Tuba (Derleyen) ve YOLTAR Çağrı (Derleyen) “Avrupa’da ve Türkiye de Sağlık Politikaları” 6. Basım. İstanbul: İletişim Yayınları, İstanbul, 2019

KİTAPCI İsmail “Sosyal Devlet Işığında Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Reform Arayışları” yüksek lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta, 2007

KOZAK İbrahim Erol, “İşçi Sendikalarının Tarihi Gelişimi”, (İngiltere Örneği) , Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi,2012

MADENOĞLU KIVANÇ Meral “Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları” Sayı: 3 Cilt: 2, 2015

MAHMOOD Qamar, MUNTANER Carles “Politics, class actors, and health sector reform in Brazil and Venezuela” Global Health Promotion, Vol 20(1): 2013.

MEMİŞ İhsan, “Kooperatifçiliğin Düşünce Tarihi ve Uygulaması(Dünyada-Türkiye’de)”, Ankara, 1985

MEMİŞ İhsan, FIRAT Ahmet, “Kalkınmada Türk Kooperatifçilik Modeli Araştırması”, Kent Matbaa, Ankara,1979

MÜFTÜOĞLU Hilal, “Türkiye’de Kooperatifçilik; Türk Kooperatifçiliğine Alternatif Bir Model: Almanya”, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul, Yayın No:2001

MÜLAYİM Ziya Gökalp ”Kooperatifçilik”, 6. Baskı, Eylül 2010,Ankara

PAIM Jairnilson, TRAVASSOS Claudia, ALMEIDA Celia, BAHIA Ligia, & MACINKO James, “O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil.” Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil, 2011

REHBER Erkan, “Kooperatifçilik”, 1. Basım, Bursa: Ekin Yayınevi, 2011

REID Catherine Leviten “The Role of Co-operatives in Health Care National and International Perspectives” Centre for the Study of Co-operatives University of Saskatchewan June 2009

RESTAKIS John ve FILIP Ondrej “Enabling Policy for Health and Social Co-ops in BC”, Alberta Social Economy Research Alliance, British Columbia Institute for Co-operative Studies, 2008.

RUGER Jennifer Prah, “ The Changing Role of the World Bank in Global Health” American Journal of Public Health | January 2005, Vol 95, No. 1

SAVAŞ Nazan “Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Dünya Bankasının Ulusal Sağlık Mevzuatımıza Etkisi”, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2012

SERİNİKLİ Nilüfer, “Küreselleşme Sürecinin Kooperatifçilik Hareketine Etkisi Açısından Değerlendirilmesi: Türkiye İçin Öneriler”, Namık Kemal Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Tekirdağ, 2009

TATAR Mehtap “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi” SOSYAL GÜVENLİK DERGİSİ, 2011 / 1

TURAN Nurcan “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm için Sağlık Kooperatifçiliğinden yararlanma Gereği ve Olanakları” T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları no.1555,Eskişehir, 2004

TÜRKKAN Alpaslan “Brezilya Federal Cumhuriyeti Sağlık Sistemi” Toplum ve Hekim, Cilt 22,sayı1-2, Ocak-Şubat-Mart-Nisan 2007

WEYLAND Kurt “Social Movements and the State: The Politics of Health Reform in Brazil” World Development, Vol. 23, No. 10, pp. 1995

VILLAROSA Francesco Notarbartolo Di, “Information, Management And Participation, A new approach from public health in Brazil”, Taylor & Francis e-Library, 2005

YILDIRIR KOCABAŞ Özlem, “Türkiye’ de Tarımsal Kooperatifçilik Düşüncesinin Gelişimi”, 1. Baskı, İstanbul: Libra Kitapçılık, 2010

T.C. Gümrük ve Ticaret Bakanlığı, “Türkiye Kooperatifçilik Stratejisi ve Eylem Planı”, 2012-2016

“Sistema Único de Saúde” International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington, 2013

“Guidance Notes to the Co-operative Principles”, International Co-operative Alliance,2015

“Co-Operative Principles”, International Journal of Co-operative Management ,Volume 6, Number 2, 2013

“Our Story: Rochdale Pioneers Museum” Heritage Lottery Fund, RAP Spiderweb, 2013

“Guidance Notes to the Co-operative Principles”, International Co-operative Alliance,2015

“The cooperative health report 2018: Assessing the worldwide contribution of cooperatives to healthcare”, an exploratory study conducted by Euricse in partnership with the International Health Co-operative Organization (IHCO) in 2018

“ Health in the Americas: Brazil” Regional Core Health Data Initiative, PAHO/WHO

“The 2018 World Cooperative Monitor: Exploring The Cooperative Economy” The International Cooperative Alliance (ICA) and the European Research Institute on Cooperative and Social Enterprises (Euricse) Report 2018

“The cooperative health report 2018: Assessing the worldwide contribution of cooperatives to healthcare”, an exploratory study conducted by Euricse in partnership with the International Health Co-operative Organization (IHCO), a Sector of the International Co-operative Alliance in 2018

"The International Summit of Cooperatives (ISC)" edited by Jean-Pierre Girard, LPS Productions, Quebec, Kanada, 2014

"Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile ilişkileri", T.C. Sağlık Bakanlığı Dış ilişkiler Dairesi Başkanlığı, Ankara, Eylül 1997

"Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine Yönelik Eylemler: Önceki Deneyimlerden Elde Edilenler" Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Tartışma Belgesi 1, Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, Ankara, Mayıs 2019

İNTERNET KAYNAKLARI

-http://www.fundacionespriu.coop/wp-content/uploads/Report_LPS_Vol1.pdf

www.brazilcooperativo.coop.br

http://projects.worldbank.org/P006554/health-sector-reform-project-reforsus?lang=en

http://documents.worldbank.org/curated/en/996211474594500955/Brazil-Health-Sector-Reform-Reforsus

https://www.britannica.com/topic/Washington-consensus

https://www.iru.de/about-iru/

https://monitor.coop/sites/default/files/publication-files/executive-summary-2018-web1588915923.pdf

http://ica.coop/en/whats-co-op/co-operative-identity-values-principles

http://www.ilo.org/global/topics/cooperatives/lang--en/index.htm

-http://www.un.org/en/events/cooperativesday/2016/sgmessage.shtml

Toplum ve Hekim" Aralık 1985, www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/get.php?download_file=19850402.pdf

Ek 1: İlgili kurumlara e posta kanalıyla gönderilen mülakat metni

I carry on research about "Reform Movement on Brazilian Health Care System after 1980s and Brazilian Health Care Cooperatives with the Example of UNIMED" which is also my thesis subject in the graduate program that is called Latin American Studies in Ankara University in Republic of Turkey. I aim to contribute to my master thesis by interviewing as a method of data collection in my study. Therefore, interview questions are as follows and your view of point are asked in the answers to the questions below.

1) What do you think about the importance of health cooperatives in Brazilian health care system?

2) According to your view, is UNIMED Confederation a successful example as a cooperative in health care sector?

   -If your answer is yes, what are the reasons for this success? Do you think there is a relationship with the cooperative model?

   - If your answer is no, what are the reasons for its failure?

3) In which ways does health care service provided by cooperatives differ from private health care services providers? Would you please answer by considering according to accessibility, quality, productivity and effectiveness?

4) How do you evaluate the status of the Health Cooperatives in Brazil during the pandemic announced by WHO due to the New Corona Virus Disease?

Topics you want to add:

Thank you for your participating in this interview.

Ek2: Literatür taraması kapsamında elektronik posta ile yapılan görüşmeler

Ek2/1

Dear Mr. Safak Handan Karakulak,

My name is Adriano Soares, and I work to Unimed do Brasil, the Confederation (third grade co-operative) of the Unimed System. Of course we can share figures and information from the Unimed System, and about the Brazilian Health Care System (public and supplementary). Please, Give some days to translate some of the information you need and I'll send to you. Follow my contact, so we can talk whenever you wish – it will be a pleasure.

Best regards

Adriano Soares
Superintendente Executivo
Unimed do Brasil
Alameda Santos, 1827 - 15 andar - São Paulo - S.P.
Tel: (11) 3265.4046
Cel: (11) 9.6497.6293
Skype: dr.asoares
e-mail: adriano.soares@unimed.coop.br
www.unimed.coop.br



De: Joao Martins
Enviada em: sexta-feira, 18 de novembro de 2016 19:03
Para: Şafak Handan Karakulak
Cc: Fabiola Motta; Adriano Leite Soares
Assunto: Re: Brezilian Health System and Health Care Cooperatives-UNIMED example

Dear Mr. Safak Handan Karakulak,

Thank you very much for your contact with OCB. We really appreciate your interest on the health cooperative system in Brazil. OCB is the apex organization that represents all the cooperative sectors in the country. We represent 6.655 cooperatives, that are present in 13 economic sectors, from agriculture, consumption, mining and credit unions to health cooperatives. In fact, the health cooperative system in Brazil is recognized as the largest in the world. Unimed is one of our cooperative members. One of the largest cooperatives in the country, Unimed is present in all of 27 Brazilian states.

I am copying on this response Mr. Adriano Soares, superintendent of Unimed. I am sure he will be able to transmit more information in English on Unimed successful trajectory.

We shall be at your disposal for any further information.

Kind regards,

Em 18/11/2016, à(s) 08:58, Şafak Handan Karakulak <S.Karakulak@gtb.gov.tr> escreveu:

Dear Sir/Madam,
I work as an expert in General Directorate of Cooperative in Customs and Trade Ministry. My area of expertise is healthcare cooperatives seen as a third way in health sector in Turkey. My responsibilities in the ministry are both about carrying on researches to create new policies in healthcare cooperatives, and about implementations and controls of regulations related cooperatives.

As I mentioned, my area of expertise is about health cooperatives in Turkey according to the new public management mentality which is considered as a third way in health sector. World Bank carries out reform process of health systems in Turkey like Brazil in three stages which are about family practice, general health insurance and hospitals had autonomous both managing and budget. Reforms entail shifting health services from government to private health centers including health cooperatives. Therefore, I carry on research about **Reform movement on Brazilian Health Care System before/after 1980s and Brazilian Health Care Cooperatives with the Example of UNIMED** which is also my thesis subject in the graduate program (Latin American Studies) in Ankara University.

Therefore, could you share information,reports, presentations, publications etc about your country's practices in health care system historically and how health care co-ops (UNIMED) evaluated and became the first in your health care system?

Unfortunately, I do not know Portuguese so could you please send documents in English?

Sincerely,

Şafak Handan KARAKULAK
Customs and Trade Expert

MINISTRY OF CUSTOMS AND TRADE
General Directorate of Cooperatives

Address : Dumlupınar Bulvarı no:151 Eskişehir Yolu 9. Km.
Ek bina, Kat:5, Oda:31 Çankaya/ANKARA/TURKEY

Phone :0 312 449 47 16

Fax :0 312 449 46 05

E-mail:. s.karakulak@gtb.gov.tr

Web : www.gtb.gov.tr

Ek2/2

Dear Mr . Safak Handan Karakulak

Please, find attached a presentation of the Unimed System. Feel free to ask or demand what else you need.

Best Regards

Adriano Soares
Superintendente Executivo
Unimed do Brasil
Alameda Santos, 1827 - 15 andar - São Paulo - S.P.
Tel: (11) 3265.4046
Cel: (11) 9.6497.6293
e-mail: adriano.soares@unimed.coop.br
www.unimed.coop.br



De: Joao Martins
Enviada em: sexta-feira, 18 de novembro de 2016 19:03
Para: Şafak Handan Karakulak
Cc: Fabiola Motta; Adriano Leite Soares
Assunto: Re: Brezilian Health System and Health Care Cooperatives-UNIMED example

Dear Mr. Safak Handan Karakulak,

Thank you very much for your contact with OCB. We really appreciate your interest on the health cooperative system in Brazil. OCB is the apex organization that represents all the cooperative sectors in the country. We represent 6.655 cooperatives, that are present in 13 economic sectors, from agriculture, consumption, mining and credit unions to health cooperatives. In fact, the health cooperative system in Brazil is recognized as the

largest in the world. Unimed is one of our cooperative members. One of the largest cooperatives in the country, Unimed is present in all of 27 Brazilian states.

I am copying on this response Mr. Adriano Soares, superintendent of Unimed. I am sure he will be able to transmit more information in English on Unimed successful trajectory.

We shall be at your disposal for any further information.

Kind regards,

Em 18/11/2016, à(s) 08:58, Şafak Handan Karakulak <S.Karakulak@gtb.gov.tr> escreveu:

Dear Sir/Madam,
I work as an expert in General Directorate of Cooperative in Customs and Trade Ministry. My area of expertise is healthcare cooperatives seen as a third way in health sector in Turkey. My responsibilities in the ministry are both about carrying on researches to create new policies in healthcare cooperatives, and about implementations and controls of regulations related cooperatives.

As I mentioned, my area of expertise is about health cooperatives in Turkey according to the new public management mentality which is considered as a third way in health sector. World Bank carries out reform process of health systems in Turkey like Brazil in three stages which are about family practice, general health insurance and hospitals had autonomous both managing and budget. Reforms entail shifting health services from government to private health centers including health cooperatives. Therefore, I carry on research about **Reform movement on Brazilian Health Care System before/after 1980s and Brazilian Health Care Cooperatives with the Example of UNIMED** which is also my thesis subject in the graduate program (Latin American Studies) in Ankara University.

Therefore, could you share information,reports, presentations, publications etc about your country's practices in health care system historically and how health care co-ops (UNIMED) evaluated and became the first in your health care system?

Unfortunately, I do not know Portuguese so could you please send documents in English?

Sincerely,

Şafak Handan KARAKULAK
Customs and Trade Expert

MINISTRY OF CUSTOMS AND TRADE
General Directorate of Cooperatives

Address : Dumlupınar Bulvarı no:151 Eskişehir Yolu 9. Km.
Ek bina, Kat:5, Oda:31 Çankaya/ANKARA/TURKEY

Phone :0 312 449 47 16

Fax :0 312 449 46 05

E-mail:. s.karakulak@gtb.gov.tr

Web : www.gtb.gov.tr

Ek2/3

Hi, related to your request, you could download the case of Brazil (including UNIMED) coming from an international survey on health coop I lead in 2014:
http://productionslps.com/wp-content/uploads/2014/10/CMHSC14-Brazil.pdf
Otherwise, I guess we could expect various publications this year including in English since UNIMED will celebrated their 50 th anniversary,
Good luck in your project!
JPG

Jean-Pierre Girard, M.A,. B.A., B. Sc.

International Expert, Co-op and NGO/ Expert-conseil international en entreprises collectives
o http://www.productionslps.com/
Ø Lecturer, Graduates programs, Management of Social Economy Enterprises/ Chargé de cours, Programme court de deuxième cycle en gestion des entreprises sociales et collectives, École des Sciences de la Gestion/Université du Québec à Montréal
Ø Leader, Project: *Provisions of health services and health coverage through cooperative and Mutuals in Africa*, supporting by ILO and SDC (Switzerland)

Le mardi 17 octobre 2017 4h12, Şafak Handan Karakulak <S.Karakulak@gtb.gov.tr> a écrit :

Dear Jean-Pierre Girard,
I work as an expert in General Directorate of Cooperative in Customs and Trade Ministry in Turkish Republic. My area of expertise is healthcare cooperatives seen as a third way in health sector in Turkey. My responsibilities in the ministry are both about carrying on researches to create new policies in healthcare cooperatives, and about implementations and controls of regulations related cooperatives.

As I mentioned, my area of expertise is about health cooperatives in Turkey according to the new public management mentality which is considered as a third way in health sector. I carry on research about **Reform movement on Brazilian Health Care System after 1980s and Brazilian Health Care**

Cooperatives with the Example of UNIMED which is also my thesis subject in the graduate program (Latin American Studies) in Ankara University.

Therefore, if you have, could you share information,reports, presentations, publications, links etc about how health care co-ops (UNIMED) evaluated and became the first in health care system?

I have to mention that unfortunately, I do not know Portuguese so could you please send documents in English?

Sincerely,

Şafak Handan KARAKULAK
Customs and Trade Expert

MINISTRY OF CUSTOMS AND TRADE
General Directorate of Cooperatives

Address : Dumlupınar Bulvarı no:151 Eskişehir Yolu 9. Km.
Ek bina, Kat:5, Oda:31 Çankaya/ANKARA/TURKEY

Phone :0 312 449 47 16

Fax :0 312 449 46 05

E-mail:. s.karakulak@gtb.gov.tr

Web : www.gtb.gov.tr

<image005.png>

Ek 2/4:

Dear Şafak, congradulation for your work! I don't know if you can read this report which include info about UNIMED:

https://previewihco.files.wordpress.com/2018/03/cooperative-health-report-2018.pdf

Otherwise, since the overhead of UNIMED has been change in 2018, I lost all my contact. So I suggest you to reach IHCO general secretary Jose Pérez asking them new contact: jperez@fespriu.org

As a last point, I organized a workshop in the upcoming Geneva Health Forum next March in Geneva : http://ghf2020.g2hp.net/

I included workshop description.

II would like to invite someone from Turkey Association of all pharmacist cooperatives to talk about their experience. The person need to speak English. If you can help me to join them, it would be much appreciated!

Best

Jean-Pierre

Le mercredi 15 janvier 2020 08 h 47 min 12 s UTC+1, Şafak Handan Karakulak <s.karakulak@ticaret.gov.tr> a écrit :

Hi again,

I almost came to the end of my Project but I remembered that you mentioned the publications about UNİMED celebration for their 50th anniversary.

I checked the online researches but I couldn't find any publicationa about it. Could you please inform me about current publication about UNİMED in english?

Thank you for your care,

Wish to meet face to face.

Şafak Handan KARAKULAK

Trade Expert

Ek 2/5:

Dear Şafak Handan,

Thank you for your email. It is good news the interest in cooperatives of the health sector in Turkey.
Please find attached some documents about Unimed of Brazil, I hope it will be useful for your work.
I am fully interested in health cooperatives developments in Turkey, so any update and information on that would be much appreciated.
Best regards

Jose Pérez
Secretary-General

International Health Cooperative Organisation

International Health Cooperative Organisation

c/o Fundación Espriu

Av. Josep Tarradellas 123 - 127 4ª, 08029 Barcelona, Spain

+34 93 495 44 90
web: www.ihco.coop | twitter: @IHCO_coophealth | linkedin: ihco |

On Fri, 17 Jan 2020 at 13:33, Şafak Handan Karakulak <S.Karakulak@ticaret.gov.tr> wrote:

Dear Perez,

I work as an expert in General Directorate of Cooperative in Trade Ministry in Turkish Republic. My area of expertise is healthcare cooperatives seen as a third way in health sector in Turkey. My responsibilities in the ministry are both about carrying on researches to create new policies in healthcare cooperatives, and about implementations and controls of regulations related cooperatives.

As I mentioned, my area of expertise is about health cooperatives in Turkey according to the new public management mentality which is considered as a third way in health sector. I carry on research about **Reform movement on Brazilian Health Care System after 1980s and Brazilian Health Care Cooperatives with the Example of UNIMED** which is also my thesis subject in the graduate program (Latin American Studies) in Ankara University.

Therefore, if you have, could you share information,reports, presentations, publications, links etc about how health care co-ops (UNIMED) evaluated and became the first in health care system?

I have to mention that unfortunately, I do not know Portuguese so could you please send documents in English?

Sincerely,

Şafak Handan KARAKULAK

Trade Expert

MINISTRY OF TRADE

General Directorate of Cooperatives

Address : Dumlupınar Bulvarı no:151 Eskişehir Yolu 9. Km.

Ek bina, Kat:5, Oda:31 Çankaya/ANKARA/TURKEY

Phone :90 0 312 449 47 16

Fax :90 0 312 449 46 05

Ek 2/6:

Dear Mrs. Şafak Handan Karakulak,

I hope this finds you well. Thank you very much for your message and interest on the Brazilian Cooperative Movement. We shall be very happy to collaborate with your research. We shall discuss the questions internally and get back to you soon.

Kind regards,

João Marcos Silva Martins <joao.martins@ocb.coop.br>

Em 10 de jul de 2020, à(s) 08:08, Şafak Handan Karakulak <S.Karakulak@ticaret.gov.tr> escreveu:

Dear Sir/Madam,

I work as an expert in General Directorate of Cooperative in Trade Ministry of Turkish Republic. My area of expertise is healthcare cooperatives seen as a third way in health sector in Turkey.

I have met with almost all of you by mailing before, now I am sending **interview questions** as a method of collecting data that I will use your answers for my master thesis, it is in an e-mail attachment.

Interview questions are very few and prepared by taking care not to take too long to answer. Your answer is important for the enrichment of my master's thesis which is the first study for health cooperatives in Turkey and it will be guiding for new entrepreneurs.

If there are other people who you believe that they will contribute with their answers, I would be very happy if you could send them this email.

Kind regards,

Şafak Handan KARAKULAK
Trade Expert
REPUBLIC OF TURKEY - MINISTRY OF TRADE
General Directorate of Craftsmen, Artisans and Cooperatives
Address :Dumlupınar Bulvarı no:151 Eskişehir Yolu 9. Km.
Ek bina, Kat:5, Oda:31 Çankaya/ANKARA/TURKEY
Phone :90 312 449 47 16
Fax :90 312 449 46 05
E-mail:. s.karakulak@ticaret.gov.tr
Web : www.ticaret.gov.tr

<Interview questions.docx>

ÖZET

BREZİLYA'DAKİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE 1980'LERDEN SONRAKİ REFORM HAREKETLERİ VE BREZİLYA SAĞLIK KOOPERATİFLERİ-UNIMED ÖRNEĞİ

Şafak Handan KARAKULAK

Yüksek Lisans Tezi, Latin Amerika Çalışmaları Merkezi Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. İnci İLHAN

Ağustos, 2020, 116 sayfa.

Bu çalışmada, Özellikle 1980'den sonra yaşanan ekonomik darboğazın akabinde yeni kamu yönetimi arayışına giren Brezilya'da sağlık sisteminde gerçekleştirilen reform hareketleri ve bu reformların sonuçları incelenmiştir. Yeni kamu yönetiminde piyasa modellerinin kullanılması ve devletin hizmet sunumu yerine düzenleyici, denetleyici ve yol gösterici olmasını savunan yeni politikaların izlenmesiyle Brezilya'da sağlık hizmeti sunumunda özel sağlık hizmeti sunucuları devlet politikalarıyla da desteklenmiş ve dolayısıyla özel sektörün sağlık hizmetindeki payı artmıştır. 1980 öncesinde de kurulu olan sağlık kooperatiflerinin daha rekabet edebilir hal almak amacıyla Ulusal Tıbbi Kooperatifler Konfederasyonu (UNIMED) çatısı altında birleştiği ve hizmet ağını genişlettiği anlaşılmıştır. UNIMED'e bağlı Sağlık Kooperatiflerinin diğer özel sağlık sunucularına göre daha ekonomik sağlık planları sunması nedeniyle tercih edildiği ve böylece artan talep ile doğru orantılı olarak kooperatif gelirlerinin arttığı ve böylece hizmet ağının ülkenin %84'üne ulaşacak şekilde genişlediği sonucuna varılmıştır. Ayrıca, UNIMED örneği çerçevesinde ülkemizde sağlık kooperatifçiliğinin uygulanabilirliği tartışılmıştır. Ülkemizde "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde gerçekleştirilen "Tam Gün Yasası" ve "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi" düzenlemeleriyle doktorların çalışma koşullarının ve gelirlerinin etkilendiği ve dolayısıyla sağlık alanında kooperatifleşme imkânının kuvvetlendiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Brezilya Sağlık Finansman Modeli, Brezilya Sağlık Sistemi, Brezilya sağlık reformu, Sağlık Kooperatifleri, UNIMED (Ulusal Tıbbi Kooperatifler Konfederasyonu

ABSTRACT

REFORM MOVEMENT ON BRAZILIAN HEALTH CARE SYSTEM AFTER 1980s AND BRAZILIAN HEALTH CARE COOPERATIVES WITH THE EXAMPLE OF UNIMED

Şafak Handan KARAKULAK

Master's Thesis, Department of Latin American Studies

Supervisor: Prof. Dr. İnci İLHAN

This research focused on the reforms carried out in Brazilian health system and the results of these reforms, especially after the economic bottleneck after 1980, which searched for new public administration. With the use of market models in the new public administration and following new policies that advocate that the state should be regulatory, supervisory and guiding instead of service delivery, private health service providers were also supported by government policies in the provision of health services in Brazil, and therefore the share of the private sector in health care increased. It was understood that the health cooperatives established before 1980 united under the umbrella of the National Medical Cooperatives Confederation (UNIMED) and expanded their service network in order to become more competitive. It is concluded that Health Cooperatives affiliated with UNIMED are preferred because they offer more economic health plans than other private health providers, thus cooperative revenues have increased in direct proportion with the increasing demand, therefore the service network has expanded to reach 84% of the country. On the other hand, the applicability of health cooperatives in our country was discussed within the framework of UNIMED example. It is concluded that the working conditions and income of doctors are affected by the arrangements of “Full Day Law” and “Performance Based Supplementary Payment System” implemented within the framework of “Health Transformation Program” in our country, and thus the possibility of cooperatives in the field of health is strengthened.

Keywords: Brazilian Health Financing Model, Brazilian Health System, Brazilian Health Reform, Health Cooperatives, Health Care Cooperatives, National Medical Cooperatives Confederation (UNIMED)