

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Açısından Yeni Bir Model Önerisi: Sağlık Kooperatifleri A New Model Proposal for Primary Health Care Services in Turkey: Health Cooperatives

Sait Söyler

Öğr.Gör., Altınbaş Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Odyometri Programı, İstanbul, Türkiye

Özet

Dünyanın birçok ülkesinde sağlık alanında uygulamada olan sağlık kooperatifçiliği Türkiye’de bir adet sağlık kooperatifi dışında uygulama alanı bulamamıştır. Bu çalışmada özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanabilecek bir sağlık kooperatifi modeli geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda sağlık kooperatifçiliği literatürü incelenmiş, diğer ülkelerin uygulama sahalarından yola çıkılarak Türkiye’de uygulanabilir olduğu düşünülen bir model önerisi getirilmiştir. Bu modelin Türkiye sağlık sistemindeki finansal yükü azaltacağı ve sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık, sağlık kooperatifleri

Abstract

The health cooperative model, which is applied in the health field of many countries of the world, has not found a field of application in Turkey other than a health cooperative. In this study, it is aimed to develop a health cooperative model that can be applied especially in primary health care services. In this context, the literature on health cooperatives has been examined and a model proposal has been introduced, which is thought to be applicable in Turkey, from the application fields of other countries. It is thought that this model will reduce the financial burden of the health system of Turkey and contribute to the improvement in health indicators.

Keywords: Primary healthcare services, health, health cooperatives.

Kabul tarihi: 08.12.2017

Giriş

Kooperatif kavramı ile ilgili olarak çok sayıda tanım yapılmış olup, kooperatif ile ilgili çalışma yapan bilim insanlarının üzerinde fikir birliğine vardıkları bir tanım mevcut değildir. Ancak bu kavram ile ilgili olarak Uluslararası Kooperatifler Birliği (ICA)’nin yaptığı tanım genel kabul görmüş bir tanım olarak ön plana çıkmaktadır. ICA, kooperatifleri; “İnsanların ekonomik, sosyal ve kültürel açıdan ortak ihtiyaçlarını karşılamak amacı ile bir araya geldikleri, sahipliğin ortak olduğu ve demokratik olarak yönetilen özerk birlikler” olarak tanımlamaktadır (1,2).

Her ne kadar kooperatif kavramı içerisinde hukuki ve ekonomik olarak farklı farklı tanımları barındırsa ve çok geniş bir çalışma alanı olsa da kooperatifler kısaca “Bireylerin ekonomik anlamda tek başlarına yapamayacakları veya birlikte yapmalarında fayda bulunan işlerini görmek amacı ile

ekonomik bir işbirliğine gitmesi” olarak tanımlanabilir (1).

Bugünkü anlamda kooperatiflerin kökeni çok eski zamanlara kadar uzanmasa da kooperatif tarzı örgütlenme modelleri sıklıkla karşılaşılan bir işbirliği modeli olarak eski zamanlara kadar uzanmaktadır. İnsanlık, ilkel zamanlardan günümüze dek çeşitli konularda işbirliği ve yardımlaşma yoluna gitmiş ve çeşitli güçlüklerin üstesinden böylece gelebilmiştir. Ancak modern anlamda kooperatiflerin oluşması 19. yüzyılın ikinci yarısını bulmuştur. Öncelikle Avrupa ülkelerinde ortaya çıkan bu hareket ardından diğer ülkelere de yayılmıştır (3).

Kooperatifçilik bugün birçok farklı sektörde ve dünyanın neredeyse her yerinde ilerleme göstermiş bir alandır. Türkiye’de de kooperatifçilik çeşitli sektörlerde gelişkin bir konumda olmasına rağmen sağlık kooperatifçiliği henüz emekleme döneminde. Türkiye’de son yıllarda ilgi çekmeye başlayan sağlık kooperatifleri dünyanın birçok

ülkesinde yaşayan bireylere sürdürülebilir, kaliteli ve ucuz sağlık hizmeti sağlayarak ön plana çıkmaktadır. Bu çalışmada sağlık kooperatifçiliğinin Türkiye ve dünyadaki durumu ve birinci basamak sağlık hizmetleri irdelenerek Türkiye birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik olarak bir sağlık kooperatifçiliği modeli geliştirilmiştir.

Sağlık Kooperatifleri

Bu çalışmanın konusunu oluşturan sağlık kooperatifleri dünyadaki bütün kooperatifler içerisinde %3'lük bir paya sahiptir (4). Kooperatiflerin sağlık alanına girişi 1904 yılında Danimarka'da gerçekleşmiş, ardından Hindistan'da sıtma ile mücadelede kullanılmış, 1921 yılında ise daha sonra dağılan Yugoslavya'da genel sağlık hizmetleri veren bir kooperatif kurulmuştur. İlk kooperatif hastanesi 1929 yılında faaliyete geçmiştir. Sağlık kooperatifleri 20. yy boyunca hızla gelişmiş, sağlık çalışanları tarafından hizmet vermek için, sağlık sigortaları sağlamak için veya özellikle kırsalda sağlık hizmetlerini edinebilmek için sağlık hizmeti tüketicileri tarafından sağlık kooperatifleri kurulmuştur (5). Dünyada kurulmuş sağlık-bakım kooperatifleri, 1996 yılında üst örgütlenmeye giderek Uluslararası Sağlık Kooperatifleri Birliği'ni (IHCO) kurmuşlardır. Birlik kendisini "Sistemlerin entegre olduğu ve etik çalışma koşullarına sahip yüksek kaliteli ve maliyet etkin sağlık hizmetlerini amaç edinmiş; tüketici, hizmet sunucu veya çok paydaşlı konumda olan sağlık kooperatiflerinin gönüllü olarak bir araya geldiği bir ittifak" olarak tanımlamaktadır (6). Birliğe ortak olan kooperatifler; ortaklarına sağlık hizmeti sunan kooperatifler ve kendilerine kooperatif yoluyla istihdam sağlayan doktor, hemşire, sağlık memuru gibi profesyonellerin olduğu kooperatiflerdir. Örneğin Kanada'da, 1 milyondan fazla kişiye bakım sağlayan 4 tip sağlık kooperatifi bulunmaktadır. Bu kooperatifler sağlık çalışanları tarafından oluşturulabildiği gibi sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından da oluşturulabilmekte, içerisinde sağlık çalışanlarını istihdam edebilmektedir. Japonya'da kırsal alanda tarım kooperatifleri tarafından desteklenen sağlık kooperatifleri ile kentlerde tüketim kooperatifleri tarafından desteklenen sağlık kooperatifleri mevcuttur. Bu kooperatifler ilk kuruldukları yıllarda düşük gelirli için sağlık güvencesi sağlarken, bugün

yaşlılar için de hizmet vermeye başlamışlardır (7).

Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren Birleşik Krallık sağlık sistemine yakın bir sağlık sistemine sahip olan Kanada'da sağlık hizmetleri bölgelere göre farklılıklar taşımaktadır. Ancak bu farklılıklardan bağımsız olarak sağlık hizmetlerinin finansman kaynağının %70'i vergilere dayanmaktadır. Geri kalan %30'luk kısım ise cepten ödemeler ve özel sağlık sigortalarından oluşmakta, özel sağlık sigortalarının içerisinde sigorta kooperatifleri de yer almaktadır (8). 1940'lı yıllar Kanada'da sağlık kooperatifi örgütlerinin ilk örneklerinin görüldüğü yıllar sayılsa da kooperatif tipi sağlık örgütlerinin yaygınlaşması 1960'lı yılları bulmuştur. Sağlık hizmetlerinin çeşitli alanlarında yer alan bu kooperatiflerin bir kısmı sağlık hizmeti sunumunda, bir kısmı ambulans hizmetlerinde bir kısmı ise evde bakım hizmetlerinde yer almaktadır. Kanada sağlık kooperatiflerinin gelirlerine bakıldığında 2001 yılında en yüksek gelir elde eden sağlık kooperatifi alanının 50 milyon dolar ile ambulans hizmetleri olduğu görülmektedir (9).

Arjantin'de sağlık kooperatifleri tıp merkezleri, hastane ve yataklı tedavi kurumları ile eczanelerden oluşan bir yapıda örgütlenmiştir. Bu tür sağlık kurumları da diğer sağlık kurumları ile anlaşmalar yaparak hizmet vermektedirler. Bu tesislerde teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra gezici sağlık hizmetleri, laboratuvar, evde bakım, diş hekimliği, acil sağlık hizmetleri gibi hizmetler sunulmaktadır. Kooperatiflere ait toplamda 726 sağlık tesisi mevcuttur. Brezilya'da sağlık kooperatifleri sağlık sistemi içerisinde nispeten büyük bir paya sahiptir. Ülkede 848 adet sağlık kooperatifi mevcuttur. Brezilya'da faaliyet gösteren kooperatiflere bakıldığında UNIMED (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas) yapılanması dikkat çekmektedir. Bu yapılanma 354 kooperatiftan ve 110000 hekimden oluşmaktadır. UNIMED'in üyeleri/ortakları, sağlık profesyonelleri ve UNIMED Sağlık Sigortası tarafından sigortalananlardır. Aynı zamanda burada UNIODONTO (Sociedade Cooperativa de Serviços Odontológicos) isimli bir ağız ve diş sağlığı kooperatif yapılanması da mevcuttur ve ülkedeki ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde başı çekmektedir (8).

Türkiye'de Sağlık Kooperatifleri

Ülkemiz açısından sağlık kooperatifi çok yeni bir kavram olup, 2013 yılında 1163 sayılı kooperatifler kanunun 88. maddesine göre "Sağlık Hizmetleri

Kooperatifi Anasözleşmesi” hazırlanmıştır. Anasözleşmenin 10. maddesine göre; kooperatife ortak olacakların Tıp Fakültesi veya Diş Hekimliği Fakültesi mezunu, gerçek veya tüzel kişilerden olması gerekmektedir (10). Ancak, dünya örneklerine bakıldığında sadece tıp ve diş hekimliği fakültelerinden mezun olan kişilerin kurmuş olduğu kooperatifler değil, bunun yanında hemşireler ve sağlık çalışanlarının da yer aldığı sağlık kooperatifleri mevcuttur. Bununla beraber sağlık hizmetleri tüketicileri de bir sağlık kooperatifi kurarak sağlık çalışanlarını istihdam edebilmeli, böylece sağlığa erişim noktasında kendilerine imkânlar yaratabilmelilerdir. Aynı zamanda bakıldığında sadece tıp ve diş hekimliği fakültelerinden mezun olan kişilerin sağlık kooperatifi kurulabilmesi uygulaması genel kabul görmüş kooperatifçilik ilkelerinden gönüllü ve serbest giriş (11) ilkesine de ters düşmektedir. Bu nedenle sağlık kooperatifi ana sözleşmesinde yer alan ortaklık şartlarında (madde 10) bazı değişikliklerin yapılması gerekmektedir. Kurulacak kooperatiflere doktor, hemşire, ebe ve tüm sağlık çalışanlarının da ortak olabileceği bir ana sözleşme hazırlanmalıdır. Türkiye’de şuan sadece 1 adet sağlık kooperatifi bulunmaktadır. Bu kooperatif “Hekimler Sağlık Hizmetleri Kooperatifi” ismi ile 2013 yılında kurulmuştur. Kooperatifte genel cerrahiden çocuk hastalıklarına, kadın hastalıkları ve doğumdan onkolojiye toplam 29 ayrı branşta uzman hekimler yer almaktadır (12).

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de sağlık politikalarının gelişimi incelendiğinde; 1920-1938, 1938-1960, 1961-1980 ve 1980 sonrası olmak üzere dört temel dönem olduğu görülmektedir. Bu dönemlerde sağlık politikaları; sağlık hizmetlerinin organizasyonu, sunumu ve finansmanı konusundaki dönemsel ihtiyaçlara göre ve dünya genelinde yaşanan politik değişikliklere göre şekillenmiştir. Birinci dönem olan 1920-1938 dönemi savaş sonrası dönem olması ve yeni cumhuriyetin kalkınma çabaları ile ön plana çıkmaktadır. Bu dönemde savaş sonrası problemlerin çözülmesi, sağlık personeli sayısının ve niteliğinin artırılması, bulaşıcı hastalıklar ile mücadele ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. 1938-1960 dönemi yine bir savaş sonrası dönemi kapsamaktadır. Bu dönemde özellikle 2. Dünya

Savaşı sonrasında ortaya çıkan sıtma, frengi, cüzzam gibi salgınlar ile mücadele ön plandadır. Ayrıca 1945 yılında sosyal sigortaların öncüsü niteliğinde olan İşçi Sigortaları Kurumu oluşturulmuştur. Merkezi yapıyı kuvvetlendirici sosyal içerikli politikalar bu dönemde önemsenmiş, köyden başlayan bir sağlık ocağı örgütlenmesi desteklenmiş ve yerel yönetimlerce sürdürülen hastane hizmetleri sağlık bakanlığına devredilmiştir. 1961-1980 yıllarını kapsayan dönemde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi görüşü benimsenmiştir. Bu bağlamda 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun 1961 yılında kabul edilerek, 1963 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu bağlamda dikey bir örgütlenmeden ziyade farklı sağlık hizmetlerinin sağlık ocakları bünyesinde yürütüldüğü yatay bir örgütlenme modeli tercih edilmiştir. Planlı dönemin başlaması da bu döneme tekabül etmektedir. Bu bağlamda beş yıllık kalkınma planları oluşturulmuştur. Aynı zamanda Genel Sağlık Sigortası bu dönemde tartışılmaya başlanmış ancak uygulama sahası bulamamıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirme çabaları, başlangıçtaki amaçlarına ulaşamamıştır. 1980 sonrası dönem kendi içerisinde 1980-2002 yılları arasındaki dönem ve 2003 sonrası, yani sağlıkta dönüşüm evresinin gündemde olduğu dönemler olarak iki bölüme ayrılabilir. 1982 Anayasası ile birlikte ve bunu izleyen yıllarda dünyadaki liberal hareketler Türkiye’yi de etkilemiş ve politikalar bu konjonktürde gelişmiştir. 1982 Anayasası’nda ilk defa özel sektörün sağlıkta yer alabileceğinden bahsedilmiş, devletin görevi sağlık hizmetleri üzerindeki denetim ile sınırlanmıştır. 2003 yılına kadar olan sürede, Türkiye sağlık sistemi bir dizi problem ile mücadele etmektedir. Bu problemler; özellikle bebek ve çocuklara ilişkin sağlık göstergelerinin diğer Avrupa ülkelerinin gerisinde kalması, bölgeler arasındaki hem sosyo-ekonomik hem de sağlığa erişimdeki dengesizlikler, nüfusun büyük bir kesiminin sigorta kapsamında olmaması, sağlık hizmetleri sunum ve finansmanında yaşanan çok başlılık problemi, özellikle kırsal kesimde sağlığa erişim konusunda yapılan informal ödemeler, sevk sisteminin olmaması nedeni ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki yığılmalar şeklinde özetlenebilir. Bu problemler ile beraber kamunun sağlık alanında üstlendiği finansal yükün çok ağır olması ve dünya genelinde yaşanan reform hareketleri ile beraber Dünya Bankası Türkiye sağlık sistemine yönelik olarak bir dizi reform önermiştir. Bu reformlar doğrultusunda sağlıkta dönüşüm programı ile beraber Türkiye sağlık sisteminde bir dizi değişikliğe gidilmiştir. Bu değişikliklerden biri de birinci basamak koruyucu ve tedavi edici hizmetler için sağlık ocağı yapısından aile

hekimliğine geçiş olmuştur. Birinci basamakta kurulan aile sağlığı merkezleri koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yanı sıra takip gibi hizmetleri de yerine getirebilme kapasitesine sahip sağlık kurumlarıdır. Ancak ne 224 sayılı kanun ile ne de sağlıkta dönüşüm programı ile sevk sistemi uygulaması tam olarak başarılamamıştır. Bu durum hem ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki yığılmaların önüne geçilememesine hem de kamunun finansal yükünün hafifletilememesine neden olmaktadır. Bu çalışmada genel anlamda sağlık hizmetlerinde kamunun finansal yükünün hafifletilmesine katkı sağlayacak, birinci basamağı daha fonksiyonel bir konuma getirecek, aşırı

uzmanlaşmanın sebep olduğu gereksiz tetkiklerin hem sağlık hem de finansal açıdan olumsuzluklarını önlemeye yardımcı olabilecek bir birinci basamak sağlık sistemi önerisi getirilmiştir (13,14,15).

Türkiye İçin Bir Model Önerisi

Aşağıda birinci basamak sağlık hizmetlerinde ülkemiz açısından uygulanabilecek, Türkiye sağlık sistemini ağır bir finansal yük altından kurtarabilecek ve hizmet sunum süreçlerindeki kaliteyi artıracak bir model önerilmiştir. Bu model sağlık kooperatifçiliğinde bir başlangıç modeli olup sağlık hizmetleri dinamik süreçlerden meydana geldiği için her zaman değişime ve geliştirilmeye açık bir modeldir.

Şekil 1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanabilecek bir sağlık kooperatifi modeli



Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan sağlık çalışanları bir sağlık kooperatifi bünyesinde bir araya gelerek (şuan için Türkiye’de ana sözleşme buna müsaade etmemektedir ancak süreç içerisinde revize edilebilir) birinci basamak sağlık hizmeti sunan bir sağlık kurumunu oluşturabilirler. Bu şekilde oluşturulacak olan çok sayıda sağlık kooperatifi ise bir araya gelerek üst örgütlenmeye gidebilirler. Bu sağlık kooperatifleri üst örgütlenmeleri aracılığı ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarından hizmet olarak çalışabilecek, sigorta şirketleri ile (SGK gibi kamu sigortaları da olabilir) anlaşmalar yapabilecektir. Bu modelin gelişmesi ve yaygınlaşması durumunda ise bölgelere göre çeşitli yan dallara sahip olan kooperatifler birbirleri ile anlaşmalı olarak her biri farklı alanlarda “yan dallara” odaklanarak bir “yatay sevk sistemi” geliştirebilirler. “GP with special interest” olarak adlandırılan sistem NHS kapsamında 2000’li yıllardan itibaren tartışılmaya başlanmıştır. Örneğin Sutton Coldfield’da hemodiyaliz ünitesine, Stockport ve Kuzey Bradford’da vasectomy servislerine sahip aile hekimlikleri mevcuttur (16). İngiltere’de uygulanmakta olan bu sistemin amaçları NHS kapsamında belirlenmiş olsa da Türkiye içinde oluşturulacak sağlık kooperatifleri ile farklı türde bir uygulama sahası bulabilecektir. İl, ilçe ve mahalle bazında düşünüldüğünde sağlık kooperatiflerinde yan dala sahip olan aile hekimlikleri bu il, ilçe ve mahallelerin sağlık ihtiyaçlarına yönelik olarak yapılandırılabilir. Bu şekilde yan dallara sahip olan bir sağlık kooperatifi yapılanmasında bireyler yine istedikleri aile sağlığı merkezlerine ulaşım gibi faktörleri göz önünde bulundurarak kayıt olabilecektir. Ancak örneğin bir birey dermatoloji ile ilgili yaşadığı bir probleme ilişkin olarak kendi hekiminin sevk ettiği bu alanda yan dala sahip başka bir birinci basamak sağlık kurumuna gidebilecek bu sağlık kurumu da dermatoloji alanında yan dala sahip olduğu için bireyin problemine çözüm bulabilecektir. Yine de çözüm bulunamadığında ise sağlık kooperatifi tarafından hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına sevk edilmesi sağlanacaktır. Böylece öncelikle bir çeşit yatay sevk sistemi gelişecek, bu sistemin sorunu

çözemediği noktada uzmanlık ve daha kompleks bir bakım gerektiren durumlar için yataklı sağlık kurumlarına sevk sağlanacaktır. Birinci basamakta problemi çözülen kişiler gereksiz yere çeşitli tahlil ve görüntüleme yöntemlerine maruz kalmayacak, yetiştirilmesi pahalı olan üst basamak hekimlerin iş yükü azalacak, sevkten kaynaklanan maliyet artışlarının önüne geçilebilecek ve hastane enfeksiyonlarının azalmasına katkı sağlanacaktır. Aynı zamanda bölgenin sağlık harcamaları üst örgütlenme tarafından kontrol altına alınabilecek ve bölgenin sağlık durumuna uygun sağlık hizmetleri sunumu sağlanabilecektir. Ayrıca girdilerini daha ucuza mal etmek için sağlık hizmetleri sunan kooperatifler, “kooperatifler arası işbirliği” ilkesinden yararlanarak ecza kooperatifleri veya kurulacak olan diğer tüketim kooperatifleri ile işbirliğine gidilebilecektir. Bu tip bir kooperatif yapılanmasının finansmanı için çeşitli yöntemler önerilebilir. Bu çalışmada finansman yöntemlerinin neler olabileceğine yönelik olarak öneriler getirilmiş, ancak derinlemesine bir analiz yapılmamıştır.

Kurulacak olan sağlık kooperatiflerinde sağlık sigortası, ya bizzat kooperatifin kendisi tarafından yapılabilecek ya da sigorta şirketleri veya kamu sağlık sigortası ile anlaşma yapılarak ortakların hizmetine sunulabilecektir. Sağlık kooperatifleri de diğer sağlık işletmeleri gibi kamu ve özel sağlık sigortaları ile anlaşma yapabilecektir. Ayrıca Kaiser Permanente’de olduğu gibi HMO tipi sağlık sigortacılığının da önünü açabilecektir. Aynı zamanda iş yerleri ile anlaşarak çalışanlara sağlanan sigortalar kapsamında hizmet verebilecektir.

Sağlık kooperatifleri kendi sağlık sigortalarını sağlayabilmektedirler. Bu tür sigortalarda sağlık sigortası alan kişiler kooperatifin üyesi/ortağı olmakta ve sağlık hizmetlerini sadece müşteri olarak değil aynı zamanda kooperatif ortağı sıfatı ile de almaktadırlar. Bu tip bir yapılanma ile beraber bölgenin sağlık harcamaları yine bölgeye hizmet olarak dönmekte ve gelecek yıllardaki sağlık harcamalarının öngörülmesi noktasında önemli katkılar sağlamaktadır. Aynı zamanda sağlık sigortası alan kişiler sağlık kooperatiflerinin elde edeceği kâr doğrultusunda bir sonraki dönemde kâr payı alacakları veya sağlık sigortaları için daha düşük bir ücret ödeyecekleri için sistemi suiistimal etmeyecek, bu noktada ahlaki tehlike olgusuna yönelik bir çözüm sağlanmış olabilecektir. OECD verilerine göre Türkiye’de hekime başvuru oranlarının 2013 yılında 8,3 olduğu göz önünde bulundurulduğunda ahlaki

tehlike olgusunun yadsınamayacak bir gerçek olduğu ortaya çıkmaktadır.

Sonuç

Sonuç olarak sağlık kooperatifçiliği, üzerinde çalışılması ve geliştirilmesi gereken bir alandır. Bu tip bir modelin sağlık hizmetlerinde uygulanması ve yaygınlaşması ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından büyük bir avantaj sağlayacağı düşünülmektedir. Bu tip bir yapılanmanın oluşturulabilmesi için işbirliği, sorumluluk, katılımcılık gibi unsurlara önem verilmesi, her aşamada şeffaflığın gözetilmesi ve bunu başaracak olan liderlerin de katılımcı bir yönetim anlayışını benimsemesi önem arz etmektedir.

Kaynaklar

1. Mülâyim ZG. Kooperatifçilik. Ankara, Yetkin Yayınları, 2013.
2. International Co-operative Alliance. [https://ica.coop/en/whats-co-op/co-operative-identity-values-principles] adresinden 01.10.2017 tarihinde erişilmiştir.
3. Kara M. Kooperatifçilik. Ankara, Eduser Yayıncılık, 2003.
4. Karakulak ŞH. Sağlık Hizmetlerinde Üçüncü Bir Alternatif: Sağlık Kooperatifleri. TC. Gümrük ve Ticaret Bakanlığı, Gümrük ve Ticaret Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2015.
5. Shaffer J. Historical dictionary of the cooperative movement. London, Scarecrow Press, 1999.
6. International Health Co-operative Organization. [https://ihco.coop/9] adresinden 05.09.2017 tarihinde erişilmiştir.
7. Rehber E. Kooperatifçilik. Bursa, Ekin Yayınevi, 2011.
8. Girard JP. Better Health & Social Care-How are Co-ops & Mutuals Boosting Innovation & Access Worldwide. [http://www.fundacionespriu.coop/wp-content/uploads/Report_LPS_Vol1.pdf] adresinden 05.09.2017 tarihinde erişilmiştir.
9. Health care co-operatives in Canada: Co-operatives Secretariat, Government of Canada. [http://www5.agr.gc.ca/resources/prod/coop/doc/healthcare_coopsincan2004_e.pdf] sitesinden 02.01.2017 tarihinde erişilmiştir.
10. Sağlık Kooperatifi Anasözleşmesi, [http://kayseri.gtb.gov.tr/dokumanlar/kooperatif/saglik-hizmetleri-kooperatifi-anasozlesmesi-ornegi] adresinden 15.11.2017 tarihinde erişilmiştir.

11. Webb T, Cheney G. Worker-owned-and-governed co-operatives and the wider co-operative movement. The Routledge Companion to Alternative Organization. içinde. (ed). Parker M, Cheney G, Fournier V, Land C. Abingdon: Routledge, 2014. ISBN: 978-0-415-78226-5.
12. Hekimler Sağlık Hizmetleri Kooperatifi. [http://hekimkoop.org/] adresinden 15.11.2017 tarihinde erişilmiştir.
13. Sağlık Bakanlığı, 2003. [https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html] adresinden 16.11.2017 tarihinde erişilmiştir.
14. Yılmaztürk A. Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi 2013;15(1): 176-88.
15. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara, Nobel Yayıncılık, 2009.
16. Malik S. GPs with special interests, 2006. [http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=1600#ref3] adresinden 20.11.2017 tarihinde erişildi.

İletişim:

Öğr.Gör. Sait Söyler

Altınbaş Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Odyometri Programı, İstanbul, Türkiye
E-mail: soylersait@gmail.com