

Sosyal Politika Unsuru Olarak Sağlık Hizmetleri

Murat Çiftçi*

* Sorumlu yazar: Trakya University, FEAS, Edirne, Turkey

E-mail: muratciftci@trakya.edu.tr

Copyright © 2017 Murat Çiftçi. This is an open access article distributed under the Eurasian Academy of Sciences License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ÖZET

Sosyal politikanın çıkış noktası, sanayi inkılabı sonrasında çalışma hayatında dezavantajlı konumda olan işçi sınıfının durumunu iyileştirmedir. Ancak zamanla kapsam genişlemesi yaşanarak, toplumdaki tüm dezavantajlı bireyleri hedef almıştır. Dezavantajlılığın oluşumuysa büyük ölçüde sosyal risklerle gerçekleşmektedir. Hastalık/sağlık riski de sosyal riskler içerisinde önemli yer tutmaktadır. Sağlık/hastalık olgularına da yüklenen anlamda da uzun dönemde ciddi değişimler yaşanmıştır. Sağlık hizmetleri sisteminin karmaşıklığıysa, sağlık hizmetlerinin özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Finansmandan kurumlara, hizmet sunucusu kurumlardan personellere kadar çok karmaşık ve birbiriyle eşgüdüm içerisinde olması gereken bir hizmetler ağı ile karşılaşmaktadır. Bu karmaşıklığın uyumunun tesisi ise gittikçe zorlaşmaktadır. Dolayısıyla da hastalık/sağlık riski kaynaklı dezavantajlılığın giderilmesinde de hemen her aşamada devletin aktif sosyal politika uygulamalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal güvenlik, sosyal sigortalar, sosyal politika, sağlık.

JEL: F52, H55, J88, I1

Health Services as Social Policy Element

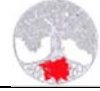
ABSTRACT

The starting point of social policy is to improve the situation of the working class who are disadvantaged in working life after the industrial revolution. Over time, however, scope expansion has taken place and targeted all disadvantaged individuals in society. The formation of being disadvantaged occurs with great social risks. Disease/health risk also plays an important role in social risks. There also have been significant changes in the meaning of health/illness phenomena in the long term. The complexity of the health care system stems from the features of the health care services. From financing to the institutions, and from service provider to the staff, a network of services that must be very complex and coordinated is faced. The association of the conformity of this complexity is becoming increasingly difficult. Therefore, in order to overcome the disadvantages arising from disease / health risks, active social policy implementations of the state are required at almost every stage.

Keywords: Social security, social insurance, social politics, health.

Giriş

Bu çalışmanın amacı, günümüzdeki geniş anlamıyla toplumdaki tüm dezavantajlıların dezavantajlılıklarının önlenmesi, ortadan kaldırılması veya en azından hafifletilmesi amacıyla kamu eliyle veya yönlendiriciliğiyle gerçekleştirilen sosyal politika kapsamındaki uygulamalar arasında önemli yer işgal eden hastalık/sağlık riskine karşı korumayı amaçlayan sağlık hizmetlerinin konumunu ve işleyiş mekanizmalarını inceleyerek analiz etmektir. Söz konusu amaç kapsamında çalışma üç ana bölüme ayrılarak yapılandırılmıştır. Çalışmanın ilk bölümünde sağlık ve hastalık olgularına atfedilen anlamın geçmişten günümüze geçirdiği evreler aktarılmıştır. İkinci bölümde ise sosyal risk, sosyal politika, sosyal politika içerisinde yer alan sosyal güvenlik, sosyal güvenlik kapsamındaki alt dallardan olan sosyal sigortalar ile sağlık ilişkisi incelenmiştir. Üçüncü ve son bölümde ise sosyal politika kapsamında uygulama



alanları içerisinde önemli bir yeri işgal eden sağlığa yönelik sağlık hizmetlerinin detaylandırılması gerçekleştirilmiştir.

1. Sağlık ve Hastalık Olguları

1.1. Sağlık Olgusu

Sağlık kavramı tanımlanması oldukça güç olan bir kavramdır. Bunun sebebiyse sağlık tanımının bireyin kültürel, dini inanç ve sosyal konumuna göre değişebilmesidir. Dolayısıyla da sağlık, sübjektif ve objektif olarak ele alınabilmektedir. Bireyin kendisini sağlık hissedip-hissetmemesi durumu sübjektif sağlığı ifade etmektedir (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 58). Dolayısıyla sübjektif sağlık kişiden kişiye değişen bir durumu ifade etmektedir. Objektif sağlıkta ise bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerinden çok, bir otorite tarafından verilen kararlar sağlıklı veya sağlıksız durumların tespitiyle gerçekleşmektedir (Sayım, 2015: 97).

Sağlık kavramına yüklenen anlam zamana göre değişim göstermiştir. Bu değişimde insanoğlunun genel olarak algılamada ve düşünce dünyasında yaşanan değişim ve dönüşüm etkili olmuştur. Buna göre ilk olarak sağlığa yüklenen anlam farklılığını iki ana döneme ayırmak mümkündür: Modernizm öncesi dönem (Descartes'la başlatılan Kartezyen düşünce öncesi dönem) ve modernizmden itibaren dönem.

Modernizm öncesi dönemde ilk olarak ilk ve ortaçağ dönemlerindeki algıya odaklanmak yerinde olacaktır. Öncelikle ilk ve ortaçağda sağlık, hastalığın olmaması durumu olarak kabul edilmiştir. Hastalığın oluşum sebeplerinde ise mikroorganizmaların keşfinin henüz gerçekleşmemiş olması sebebiyle kötü ruh, cadılar gibi soyut varlıklara atıf yapıldığı görülmektedir (Somunoğlu, 2012: 3-4). Hatta Eski Yunan Uygarlığı'nda sağlığın soyut varlıklarla ilişkilendirilerek tıp ve sağlığı koruma Tanrıçalarına inanıldığı; sağlığın korunması için de bedensel, zihinsel ve ruhsal temizliğin olmasının, sorumluluk sahibi olunmasının ve düzenli bir yaşamın sürdürülmesinin gerektiğine inanılmıştır. Benzer yapı aslında Ortaçağ'da da varlığını büyük ölçüde sürdürmüştür. Nitekim Avrupa nüfusunda önemli düzeyde düşüşün yaşandığı veba salgınının yaşandığı dönemde salgının sebeplerine olan inanç da soyut varlıklardır. Buna göre salgının cadılar ve kötü ruhlar tarafından gerçekleştirildiğine inanılmıştır (Cömert ve Özel, 2015: 311).

Descartes'la birlikte Kartezyen felsefe olarak da adlandırılan düşünce akımı başlamıştır. Kartezyen felsefe pozitivizm olarak da adlandırılmaktadır. Decartes'te akıl, zihin, zeka gibi kavramlar bedenden bağımsız ve özgür iradeye sahip bir ruhun yetileri olarak kabul edilmiştir. Böylece akıl, insan bedenine yerleşmiş bir ruha bağlanarak doğru düşünmeyi yaratan iradenin akla hakimiyetiyle açıklanmıştır (Arda, 1996: 107). Decartes'ın sağlık konusunda milat oluşturan felsefi bakışının temeli ise vücut ve ruhu ayıran yaklaşımı olmuştur. Buna göre kutsal olan ve manevi özellikleri bünyesinde barındırarak uhrevi özelliğe sahip olan ruhtur. Vücudunsa dünyevi özellik taşıyıp kutsal olmadığını, dolayısıyla da bozulması durumunda bozulan kısımlarının tedavi edilebilir olduğunu ifade etmiştir (Cirhinlioğlu, 2003: 21).

Sağlık konusundaki algı pozitivist dönemle değişmekle birlikte, zamana göre sabit kalan bir düşünce yapısıyla karşılaşılması mümkün olmamıştır. Ancak daha çok dönemsel farklılaşmada boyut değiştirmenin yaşandığı dikkat çekmektedir. Buna karşılık hastalığın olmaması hali, en ileri kapsamlı tanımlamada dahi varlığını korumuştur.



12 Eylül 1978’de Alma Ata’da gerçekleştirilen Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı ise sağlık tanımının modern dünyada en geniş tanım kapsamına ulaşmasına yol açarak uluslar üstü ölçekte geçerliliği kabul edilen çok boyutlu ve çok unsurlu bir kavram algısının oluşumunu desteklemiştir. Konferans bildirgesi 10 maddeden oluşarak son derece detaylı çerçeve oluşturma işlevi göstermiştir. Ancak tanım genişliği, beraberinde erişim ve ölçümünün güç olacağı endişesiyle çok sayıda eleştiri beraberinde getirmiştir (Ateş, 2013: 1).

Alma Ata Konferansı’nda ilan edilen 10 maddeli bildirgenin birinci maddesinde hem sağlık tanımı yapılmış, hem de sağlığın insan hakkı oluşu ve sağlık için çaba göstermesi gereken sektörlerin vurgusuna gidilmiştir (TTB, 2017):

Konferans yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdıkları SAĞLIĞIN temel insan haklarından biri olduğunu ve bunu da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer bir çok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeği bir defa daha vurgulanmıştır.

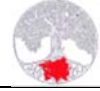
Sağlığın tanımı yapılırken hastalık ve sakatlığın olmaması halinin sağlık için yeterli olmadığı, ayrıca bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden de tam iyilik halinin de mevcut olması gerektiği ifade edilmiştir. Sağlık için olması gerektiği vurgulanan tam iyilik halinin küresel ölçekte en önemli sosyal amaç olduğu da deklare edilmektedir. Yani insan sağlığı dünyanın en önemli toplumsal amacıdır. Bu amacın gerçekleştirilmesi için de sadece sağlık sektörleri (tıp vd) yeterli olmayıp, diğer sosyal ve ekonomik sektörlerin tamamının görevli olduğu vurgulanmaktadır.

Bildirgenin üçüncü maddesinde küresel ölçekte herkesin sağlıklı olması hedefinin gerekliliğinin deklare edilmesini içermektedir. Buna göre (TTB, 2017):

Yeni uluslararası ekonomik düzene dayanan ekonomik ve sosyal gelişmeler tüm insanların tam bir sağlığın elde edilmesi ve gelişmekte olan memleketlerle, gelişmiş memleketlerin sağlık durumları arasındaki boşluğun kapatılması yönünden büyük bir önem ifade etmektedir. İnsanların sağlıklarının geliştirilmesi ve korunması ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirme bakımından gerekli olup daha iyi bir yaşam seviyesine ve dünya barışının elde edilmesine katkısı vardır.

Bildirgede küresel ölçekteki herkesin sağlıklı olması hedefinin gerçekleştirilmesi için ülkeler arasındaki gelişmişlik farklılıklarının sağlığı etkilememesi gereği ortaya konulurken, gelişmişlik farklılıklarına göre sağlıklı olmada ülkeler/toplumlar arasındaki farklılıkların kapatılmasının yaşam standartlarının iyileşerek dünya barışına hizmet edeceği vurgulanmıştır. Sağlık tanımının geniş tutulması, esas itibarıyla zaten yaşam standartlarını büyük ölçüde yükseltecektir. Bu da toplumsal ve küresel huzursuzlukların da sınırlandırılmasını destekleyecek niteliktedir.

Bildirgenin sekizinci maddesinde Dünya Sağlık Örgütü, temel sağlığı ulusal/milli sağlık sistemlerinin parçası olarak tanımlayarak ülkelere temel sağlığı temin için görev almaları gerektiğini vurgulamıştır Buna göre (TTB, 2017):



Tüm hükümetler geniş çaplı ulusal sağlık sisteminin bir parçası olarak temel sağlığı başlatmak ve yürütmek ve aynı zamanda diğer sektörlerle işbirliği yapmak için gerekli ulusal politika, strateji ve çalışma planlarını yapmalıdırlar. Böyle bir sonuç için politik amaçları kullanmak ve memleketin kaynaklarını harekete geçirme ve mevcut dış kaynaklarından yeterince yararlanmak gereklidir.

Bildirgenin sekizinci maddesi temel sağlık hizmetlerinin sağlık sistemlerinin bir parçası olarak alt sistem olduğu ve sağlık sistemi içerisindeki diğer alt sistemlerle uyumlu kılınması gerektiğinin savunulduğu şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca bu uyumun tesis edilerek temel sağlığın geliştirilmesi için dış kaynaklardan da yararlanılması gerektiği ifade edilmektedir.

Bildirgenin dokuzuncu maddesindeyse temel sağlık için küresel ölçekte ortaklık ruhunun geliştirilmesi gerektiği ifade edilirken temel sağlıkla ilgili Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in raporlarının bu ortaklık ruhunun temellerini oluşturduğu da savunulmaktadır. Buna göre (TTB, 2017):

Bütün ülkeler tüm halkı için gerekli temel sağlığı sağlamak için bir ortaklık ruhu ile işbirliği yapmalıdır. Çünkü herhangi bir ülkede insanların sağlıklı olması diğer ülkeleri ve onların menfaatlerini de ilgilendirir. Bu konuda DSÖ/UNICEF'in temel sağlık hakkında beraberce hazırladıkları rapor, tüm dünyada faaliyet gösteren temel sağlığın daha fazla gelişme ve yaygınlaşmaya devam etmesi için gerekli sağlam temelleri oluşturmuştur.

Bildirgenin onuncu ve son maddesinde küresel ölçekte temel sağlığın sağlanmasında 2000 yılı hedef yılı olarak belirlenirken, temel sağlığın küresel ölçekte tesisi için yapılacak harcamaların askeri anlaşmazlıkların çözümü ve silahsızlanmayla rahatlıkla karşılanacağına işaret edilmektedir. Sosyal ve ekonomik kalkınma temel sağlığın önemli bölümü olarak kabul edilirken silahsızlanmayla temel sağlık için sağlık hizmetleri harcamalarına değil, sosyal ve ekonomik kalkınmaya kaynak aktarılabilceği vurgusu ayrıca önem taşımaktadır. Özetle bu son maddede temel sağlık için silahsızlanmadan kastedilen sosyal ve ekonomik kalkınmanın hızlandırılması ve böylece de temel sağlığın küresel ölçekte sağlanabileceği vurgusu yapılmaktadır. Buna göre (TTB, 2017):

Bugün dünyada yaşayan tüm insanların gereksinimi olan yeterli bir sağlık düzeyini 2000 yılında elde etmek için dünya kaynaklarının tam ve daha elverişli bir şekilde kullanılması gerekir. Ancak bu kaynakların bugün büyük bir kısmı silahlanma ve askeri anlaşmazlıklar uğruna harcanmaktadır. Silahsızlanma ve yumuşamanın sağlanması ve oluşturulması daha birçok ek kaynakların barışçı maksatlarla kullanılmasına ve özellikle temel sağlığın en önemli kısmını oluşturduğu sosyal ve ekonomik kalkınmanın hızlandırılmasına olanak sağlar.

1.2. Hastalık Olgusu

Uzun dönemde sağlık kavramında yaşanan dönüşüme karşılık hastalık her sağlık tanımının içerisinde yer almış ve olmaması gereken bir durum olarak ifade bulmuştur. Ancak hangi durumların hastalık olarak kabul edileceği konusunda da ciddi belirsizlikler mevcuttur. Örneğin Delhi'de kolera, olağan bir durum olarak kabul edilip toplumca hastalık kapsamında değerlendirilmezken dünyanın çoğu yerinde hastalık olarak kabul edilmektedir (Güvenç, 2003: 5). Hekimler hastalık tanımı yaparken biyolojik tanımlamayı tercih etmektedirler. Buna göre



“doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı haldir” şeklinde hastalık tanımı yapılmaktadır (Fişek, 1983: 1).

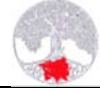
Sübjektif sağlıktaki değişkenlik, hastalık durumu açısından da geçerlidir. Objektif sağlıktaki göreceli netlik kapsamında hastalık durumunun ne olduğuna yönelik tanımlama yapmak mümkündür. Bu durumda hastalık kavramı, çeşitli nedenlerle insan organizmasının bedensel, ruhsal ve sosyal dengesinin bozulması durumu olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün hastalık tanımı ise beden veya zihinde meydana gelen, rahatsızlık, dert ve görev bozukluğuna yol açan belirli bir anormal durum” şeklindedir (Kurşun Ekiz ve Rakıcı, 2013: 24).

Kartezyen düşüncenin gelişimine kadar soyut sebeplere dayandırılan hastalık, daha sonra somut sebeplere dayandırılmıştır. Ancak somut sebeplerin ne olduğu konusunda da dönemsel bir gelişimin yaşandığı dikkat çekmektedir. Buna göre ilk olarak hastalık sebebinin mikrop olduğu sonucuna varılmıştır. Ardından çevre ve taşıyıcı da hastalık nedenlerine eklenmiştir. Sonrasındaysa üçgen teorisi geliştirilmiş ve nihayetinde de nedenler ağı veya çok nedenlilik olarak ifade edilen yaklaşımla hastalık sebepleri teorize edilmeye çalışılmıştır.

Mikrop teorisine göre hastalıklara yol açan sebebin vücuda giren mikroplar olduğu savunulmuştur. Bu savunuma dayanarak da hastalıklara yönelik tıbbi gerekçe oluşturulurken hastalık kavramı da belirtileri ortaya çıkan normal dışı durum yani anomali olarak tanımlanmıştır (Bingöl, 2017: 161).

Mikrop teorisinin oluşumu Decartes’in pozitivist yaklaşımının Batı dünyasındaki hakimiyetiyle gerçekleşebilmiştir. Decartes’in ruh ve vücut ayırımına giderek şekillendirdiği ve böylece de kutsiyetin ruha atfedilip vücut kutsiyetinin terk edildiği modernizm ile vücutun dokunulmazlığı da son bulmuştur. Vücutun dokunulmazlığının son bulmasıyla birlikte incelenebilirliğiyle de yaklaşık 2 asır sonra enfeksiyona sebebiyet veren mikropların keşfi gerçekleşmiştir (Cirhinlioğlu, 2003: 21). Bu yaklaşıma göre de hastalık vücuda giren mikroplardan kaynaklanan anomali hali olup, sağlık da mikroptan arınmayla birlikte yaşanan normallik hali olarak tanımlanmıştır (Bingöl, 2017: 161). Hatta sebebi bulunamayan hastalıklara da bakterilerin yol açtığı görüşü hakim olmuştur (Seviğ, 2003: 90).

Vücutun kendi içerisinde işleyen bir bütün olduğu görüşünün yaygınlaşması, 19. yüzyılın ikinci yarısında mikropların yol açtığı hastalıkların keşfini beraberinde getirmiştir. Sadece 1897-1900 yılları arasında 22 çeşit enfeksiyon sebebi olan mikrop keşfedilmiştir. Ancak bu keşifler, hastalıkların sebebinin birden çok mikrop yerine tek mikroptan kaynaklandığı görüşünün genel kabul haline gelmesine yol açmıştır. Hastalıklara birden çok mikrobun yol açabileceği fikri ise ancak 20. yüzyılda gerçekleşebilmiştir. Bu arada mikrobik sebep dışında da başka sebeplerin hastalıklara yol açabileceği fikrinin yavaş yavaş gelişimi de mümkün olmuştur. Buna göre mikrop teorisi sonrasında, hastalıkların sebeplerine yönelik olarak ikinci teorik yaklaşım olarak “bulaşıcı hastalıklar üçgeni” yaklaşımıyla karşılaşılmaktadır. Bu teoriye göre hastalıklar sadece mikroptan kaynaklanmamakta, aynı zamanda taşıyıcı ve çevrenin de hastalığı etkilediği savunulmuştur. Ancak bu yaklaşım, bulaşıcı hastalıkları açıklamakla sınırlı kalmıştır (Cirhinlioğlu, 2012: 23-24). Ayrıca mikropları yok etme imkânlarının gelişimine karşılık hastalıkların azalmayıp form değiştirerek çoğalması, hastalıklara yol açtığı ifade edilen sebeplerin de artmasına yol açınca tıbbi kalıplar da yenilenerek hastalıklarla mücadelede çok daha kapsamlı çalışmanın gerekliliğinin anlaşılmasını beraberinde getirmiştir (Bingöl, 2017: 161).



Hastalıkların sebepleri konusundaki üçüncü teori de böylece şekillenmiştir. Üçgen açıklama teorisinden sonra yerleşen üçüncü teoriyi oluşturan ve “nedenler ağı” olarak da isimlendirilen “çok nedenlilik teorisi”nde hastalıklara yol açan biyolojik faktörlere ek olarak sosyal ve psikolojik faktörlere de yer verilmiştir. Örneğin kalp hastalıklarının oluşumunda diyet, sigara kullanımı, hareketsizlik, stres gibi faktörlerin etkisi üzerinde de durulmuştur. Bu yeni bakış, özellikle de hastalıklardan korunmaya yönelik alınması gereken önlemlerin belirlenmesinde önem taşımıştır (Cirhinlioğlu, 2012: 24).

Nedenler ağı veya diğer adıyla çok nedenlilik teorisinin hastalıkların sebeplerini tespitte sınırlı kalması, dördüncü bir teorisinin geliştirilmesini de beraberinde getirmiştir: Genel hassasiyet kuramları. Bu kuramın çıkışında hareket noktası, ister üçgen açıklama olsun isterse de çok nedenlilik olsun hastalık oluşumunda sosyal gruplar/tabakalar arasında yaşanan farklılaşmayı açıklayamamaları olmuştur. Bireyin sınıfsal durumuna, eğitim düzeyine, medeni haline, mesleğine, yaşadığı muhite göre farklılık hastalığın oluşumunda farklılaşma görülmektedir. Kurama genel hassasiyet kuramı adı verilmesi de, bireyin hayat tecrübelerine, hayattan beklentilerine, davranışlarına göre hassasiyetlerinin de değişmesinden kaynaklanmaktadır (Cirhinlioğlu, 2012: 24).

Fişek (1983: 4) günümüzde hastalık nedenlerinin iki temel grupta toplanmak üzere yedi başlık altında toplamaktadır. Buna göre:

Bünyesel nedenler: Genetik, hormonal ve metabolizmadaki bozukluklar vb.

Çevresel nedenler: Kendi içerisinde altı başlık altında toplamıştır.

Fiziki nedenler: Sıcaklık, ışınlar ve travmalar,

Kimyasal maddeler: Zehirler, kanserogenler,

Esansiyel madde eksikliği: Vitaminler, esansiyel amino asitler, yağ asitleri ve mineraller,

Biyolojik etkenler: Mikroorganizmalar, parazitler, mantarlar,

Psikolojik nedenler: Stres,

Sosyal, kültürel ve ekonomik nedenler.

2. Sosyal Politika ve Sağlık

2.1. Sosyal Riskler ve Sağlık

Risk tehlike anlamını taşımakta olup riskin sosyal risk özelliğine bürünmesi için üç durumdan en az birisinin mevcut olması gerekir: 1) Riskin oluşumunda toplumun da payının olması, 2) Riskin oluşumundan toplumun da az veya çok etkilenmesi, 3) Hem riskin oluşumunda toplumun etkisinin olması hem de riskin oluşumu sonrasında bundan toplumun da etkilenmesidir. Sağlık riski de sosyal riskler arasında gösterilmektedir.

Sağlık riskiyle tanımlanan, Alma Atı konferansından bu yana yoğun eleştirilere rağmen uluslararası ölçekte kabul görmüş olan bütünleşik sağlık tanımına dayanmamaktadır. Sağlık riskinden kastedilen hastalık/sakatlık oluşması tehlikesidir. Dünya Sağlık Örgütü’nce tanımlandığı üzere bedensel/fiziksel ve/ya ruhsal/zihinsel olarak rahatsızlık, dert ve görev bozukluğunun oluşum halidir (Kurşun Ekiz ve Rakıcı, 2013: 24). Dolayısıyla sağlık riskinden kastedilen sağlığın bozulması riski olup, hastalık riski olarak ifade edilmesi imkânı da mevcuttur.



Sosyal riskler içerisinde sağlık/hastalık riskinin nerede olduğunun tespiti önemlidir. Bu tespit için de sosyal risk tür ve sınıflandırmalarının gerçekleştirilmesi ihtiyacı vardır. Sosyal riskler temel olarak çıkış sebeplerine göre sosyal riskler ve sonuçlarına göre sosyal riskler olmak üzere iki açıdan sınıflandırılmaktadır.

Sosyal risklerin sınıflandırılması (Yazgan, 1975: 13-14):

1. Çıkış sebeplerine göre sosyal riskler

1.1. Fiziki/ruhsal riskler

- **Hastalık**
- Yaşlılık
- Ölüm
- Maluliyet/sakatlık
- Kaza
- Analık/gebelik

1.2.İktisadi ve sosyal riskler

- İşsizlik
- Aile yükleri

2. Sonuçlarına göre sosyal riskler

2.1.Gelir azalışına yol açan sosyal riskler

2.1.1. Geçici gelir azalışına yol açan sosyal riskler

- **Hastalık**
- Kaza
- Analık/gebelik
- İşsizlik

2.1.2. Sürekli gelir kaybına yol açan sosyal riskler

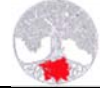
- Yaşlılık
- Ölüm
- Maluliyet/sakatlık

2.2.Gider artışına yol açan sosyal riskler

- **Hastalık**
- Kaza
- Analık/gebelik
- Aile yükleri

Dünya Çalışma Örgütü'nce 1952 yılında kabul edilerek yayınlanan 102 numaralı sözleşmesinde dokuz sosyal risk tanımlanmıştır. Uluslararası Çalışma Örgütü'ne taraf olan ülkelerin söz konusu dokuz sosyal riskten en az üçüne karşı toplumu koruyucu sosyal güvenlik programı (primli ve/ya primsiz) oluşturmaları yasal zorunluluktur. Belirlenmiş söz konusu dokuz sosyal risk içerisinde sağlık/hastalık riski iki ayrı risk olarak kabul edilmiştir. Buna göre belirlenen sosyal riskler aşağıda sıralanmıştır:

- **Hastalık** (Sağlık hizmet harcamalarının finansmanı)
- **Hastalık** (Hastalık sürecimdeki geçici iş göremezlik döneminde yaşanan gelir kaybı sürecinde gelir sağlanması)
- Analık/gebelik
- Yaşlılık
- Ölüm



- Maluliyet/sakatlık
- İşsizlik
- Aile yükleri

2.2. Sosyal Politika ve Sağlık

Sosyal politika, günümüzdeki anlamıyla toplumun tüm bireylerini neredeyse kapsam içerisine alan bir bilim dalı olması sebebiyle içerisinde çok sayıda farklı bilim disiplinlerini içeren konumdur. Bu çerçevede çalışmanın konusu kapsamında ilk olarak sosyal politika disiplininin kapsam genişliği üzerine odaklanılmıştır.

Sosyal politikanın çıkış noktası, Sanayi İnkılabıyla birlikte değişen ve 19. yüzyıl boyunca netleşen sanayi toplumunda süratlenen sosyal zararların ortadan kaldırılarak işçi sınıfı ve burjuvazi arasındaki sosyal çatışmanın önlenmesini amaç edinen sosyal devletin uyguladığı regülatif politikalarla şekillenmiştir (Sertel, 1994: 32). Bu kapsamda sosyal politikanın küresel ölçekte yaygınlık kazanmasındaysa yaşanan birinci ve ikinci dünya savaşlarının etkisi önemli olmuştur (Talas, 1956: 286).

Tokol (2000: 1,3) sosyal politika disiplini dar ve geniş anlamda olmak üzere ikiye ayırarak incelemektedir. Genel olarak gelir ve servet açısından korunmaya muhtaç konumdakileri korumaya yönelik kamu önlemlerini ifade eden sosyal politika dar anlamda çalışma hayatına odaklanan uygulamaları içermektedir. Dolayısıyla da uygulamalardaki hedef alınarak pozitif ayrımcılığa gidilen kitle işçi sınıfı olmuştur. Dar anlamlı sosyal politika uygulamalarında amaçlanan da işçi sınıfının ana sorunlarını çözmektir (Koray, 2005: 25)

Dar anlamdaki sosyal politikanın aksine geniş anlamda sosyal politika sadece dezavantajlı konumda görülen işçi sınıfına yönelik pozitif ayrımcılığı içeren kamu politikalarıyla sınırlı değildir. Ayrıca sosyal güvenlik ve sosyal barışın tesisine yönelik politika uygulamaları da üretmektedir. Keza devletin varlığını sürdürerek korumak amacıyla da tüm dezavantajlı bireylerin korunması amaçlanmaktadır. Küçük toprak sahibi çiftçilerden esnaf ve zanaatkara kadar düşük gelir grubundaki herkes, politika uygulamalarında kapsam içerisine alınmıştır. Bu sebeple de toplum düzeyinde sağlık, tıpkı eğitim, konut, sosyal güvenlik sosyal yardım ve hizmetler gibi artık sosyal politikanın kapsam alanında yer almaktadır (İçağasıoğlu Çoban ve Özbesler, 2009: 33).

Sosyal politikaya yönelik diğer tanımlamada bulunan araştırmacılardan Kessler' e göre sosyal politika, sosyal sınıflar arasındaki çelişki ve çatışmalara karşı devletin varlığını koruyabilmesi için geliştirdiği siyasettir. Keza Wedding'e göre de dar anlamda sosyal politika, iktisadi yapıdan dolayı oluşan uyumsuzlukların barışçıl yollarla çözülerek toplumu bütünleştirmeyi amaçlamaktadır. Geniş anlamda sosyal politikada ise eğitim, sağlık, barınma ve benzeri diğer konularda asgari düzeyin toplumda gerçekleştirilebilmesi amacı mevcuttur (Tuna ve Yalçıntaş, 1994: 27, 29).

Şenkal (2005: 227) da sosyal politikayı tanımlamasında toplumun tamamına yönelik bireylerin sosyo-ekonomik durumlarını düzeltmeyi amaçlayan uygulamalar bütünü olarak ifade etmektedir. Bu tanımlamayla da sanayi inkılabı sonrasında birey ve sosyal gruplar arasında sosyo-ekonomik sistemde çok daha aktif yer alarak daha adil paylaşımın olması amaçlanmaktadır (Şenkal, 2005: 792).



Milli literatürümüzde sosyal politikaya yönelik modern ilk tanımlamalar arasında yer alan Yalçın (1969: 86)'ın tanımlamasındaysa sosyal politika, “devletin veya ona bağlı kuruluşların, halk yararına, geniş kütleler ve çalışan sınıflar yararına bir takım hizmetler görmesi ve masraflar yapması demektir”.

Sosyal politikanın günümüzde ifade ettiği anlam içeriği, sağlık konusunda Alma Ata konferansında belirlenen geniş tanımla örtüşür niteliğe erişmiş konumdadır. Sosyal politika en genel tanımlamasıyla tüm dezavantajlıların bu durumların yok edilmesi veya hafifletilmesiyle, sağlıklı olmama durumu da bir dezavantajlılık durumunu ifade ettiğine göre sağlamlığı da temin etmeye yönetim tüm faaliyetleri de doğal olarak içerecek. Bu durum sadece hastalığın tedavisi, önlenmesi ile de sınırlı kalmamaktadır. Çünkü sosyal politikanın içine çevre temizliğinden güvenli su sağlanmasına, hava kirliliğinin önlenmesinden sokak hayvanlarının ıslah ve korunmasına, yoksulluğun önlenmesinden engelli nüfusun topluma uyum sorunlarının çözülmesine ve daha sıralanamayacak kadar çok tüm dezavantajlılıkları önleme, hafifletme ve mümkünse de yok etmeye dönük uygulamayı içermektedir. Dolayısıyla da sosyal politikanın sağlıkla ilişkisi de medikal sağlık/hastalıkla sınırlı kalamayacak kadar çok geniş bir alana yayılmış konumdadır.

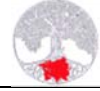
2.3. Sosyal Güvenlik ve Sağlık

Sosyal güvenlik oluşması olası sosyal risklere karşı koruma sağlanmasını içeren ve uygulayıcı devletin sosyal devlet olarak tanımlanmasına imkan tanıyan uygulamalar bütünü ifade etmektedir. Soysal (1997: 154) sosyal devleti tanımlarken yurttaşlarına asgari yaşam standartlarını sağlamayı görevi olarak kabul ederek sosyal refaha odaklanan devlet olduğunu vurgulamaktadır. Huber (1970: 28)'se sosyal devleti, kimseyi ayırmadan vatandaşlarının tamamının iyiliğini sağlamayı amaçlayan devlet sistemi olarak ifade etmektedir.

Sosyal güvenlik sistemlerinin temel olarak kamusal koruma programı özelliğinde olması, çeşitli sosyal güvenlik tanımlarında Turan (2003: 1)' in da vurguladığı üzere sosyal güvenlik sisteminin aynı zamanda sosyal politikanın yaşama geçirilişindeki sistemler olarak görülmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla sosyal güvenliğin sosyal politikanın uygulamaya yönelik yansıması özelliğine büründüğü de savunulabilir özelliktedir.

Sosyal güvenlik sistemlerinin inşasında önemli bir ayrım olarak primli – primsiz sosyal güvenlik rejimi karşımıza çıkmaktadır. Ancak sosyal güvenlik denildiğinde genel olarak primli sosyal güvenlik rejimini oluşturan sosyal sigortalar anlaşılmakta olup, sosyal yardım ve hizmetlerden oluşan primsiz sosyal güvenlik rejimleri genel olarak tanımlamada göz ardı edilmektedir (Camkurt, 2014: 77; Laçiner ve Yavuz, 2013: 65).

Refah devleti araştırmalarında genel olarak Bismarckian ve Beveridgean fayda modelleri temel alınmaktadır (Berg, 2004: 73). Dünyada ilk modern sosyal güvenlik programı 1881’ de Alman Şansölyesi Prens Otto Von Bismarck tarafından gündeme getirilmiş, alternatif modelse 1942’ de İngiltere’ de Beveridge Raporu ile oluşturulmuştur (Conde-Ruiz ve Profeta, 2003: 46). Beveridge ünlü raporunda insanlığı beş büyük sorunun tehdit ettiği vurgulanmakta olup stratejik olarak ihtiyaç ve sefaleti “sosyal güvenliğin”; hastalığı “sağlık hizmetlerinin; bilgisizliği eğitim reformlarının; pislik ve sefaleti “konut politikalarının”; tembellik ve işsizliği ise “ekonomik programların” geliştirilmesi ve üretim artışı ile ortadan kaldırılabilceğini savunmuştur (Toprak, 2008: 327). Savaş zamanında hazırlanan Beveridge planıyla Churchill, devrin düşünce akımlarını ve sosyal eğilimleri önceden sezerek sosyal politika açısından



muhafazakar partiyi işçi partisine yaklaştırmıştır (Talas, 1965: 342). Bu büyük dönüşümün işçi partisi yerine muhafazakar parti eliyle gerçekleştirilmesi, sosyal politikanın artık genel siyasi sistemi kapsadığını desteklemesi açısından dikkat çekicidir.

Sistemin yapısına bakıldığında Beveridgean sistemde ağırlıklı olarak yoksullara yönelik asgari geçim standartı sunulmaktadır (Özdemir, 2006: 702). Yüksek standartta sosyal güvenlik garantisi almak isteyenlerse alternatif paketleri satın almaktadırlar. Bismarckian sistemdeyse diğer modelin aksine asgari standartın üzerinde, daha eli açık, geniş kapsamlı, yüksek standartı garanti eden ve maliyeti işçi ve işverene yükleyen bir yapı mevcuttur. Ödemelerin finansmanındaysa Bismarckian modelde gelecekteki emeklilik ödentileri için primlerin önemi daha fazla olup, Beveridgean modelde ise yeniden gelir dağılımı politikası şeklinde vergiye dayalı finansman esaslı bir yapı vardır (JWBK, 2006: 3-4; Jansen vd, 2003).

Sosyal politikanın dar anlamından geniş anlamına evrilmesindeki paralellik zamanla sosyal güvenlik de kendini göstermiştir. Şenkal (2005:227)' in da vurguladığı üzere sosyal politika günümüzdeki geniş anlamına da artık nüfusun tamamının ekonomik ve sosyal durumlarını iyileştirmeyi amaçlayacak kapsayıcılığa erişmiştir. Sosyal güvenlik de artık nüfusun tamamını kapsayacak boyutta ele alınmaktadır.

Sağlık/hastalık riskiyle sosyal güvenliğin etkileşimi incelendiğinde, öncelikle sağlık/hastalık riskinin sosyal risk özelliğindeki riskler içerisinde yer almaktadır. Sosyal güvenlik sistemi de sosyal koruma sağlama amacıyla oluşturulan sistem olma özelliğine sahiptir. Sosyal sigortalar olarak ifade edilen primli sosyal güvenlik rejiminde de sosyal yardım ve sosyal hizmetlerden oluşan primsiz sosyal güvenlik rejiminde de sosyal riske karşı sosyal korumanın gerçekleştirilmesi prensibi, günümüz dünyasında küresel ölçekte kabul edilmiştir.

Karşılığa dayanan primli sosyal güvenlik rejimlerinde genelde bağımsız bir sigorta kolu olarak sağlık sigortası oluşturulmak suretiyle belirlenen tek tutar, farklılaştırılmış tutar, tek oran türlerinden hangisi seçilmiş olursa olsun prim ödenerek sağlık/hastalık riskine karşı koruma sağlanmaktadır. Aktif nüfus içerisinde çalışanlar prim ödeyicisi konumunda olmaktadır. Daha önce prim ödeyerek emeklilik hak edışı sağlayarak iş piyasasından çekilen emekliler veya hak sahipleriye pasif sigortalıları oluşturmakta olup, bu kesimden genelde prim alınmamaktadır. Her iki kesim de sigortalıları oluşturmaktadır. Üçüncü kesimi oluşturan sigortalı bağımlıları içinse herhangi bir prim ödeyişi gerekmez, bağımlısı oldukları sigortalıların ödedikleri veya onlar yerine ödenen primlere dayanılarak, sağlık/hastalık riskine karşı sosyal koruma altına alınmaktadırlar.

Primsiz sosyal güvenlik rejimlerindeyse bedele dayanmayan uygulamalar gerçekleştirildiğinden, toplumun refah düzeyini arttırma amaçlı olarak yoksulluk / yoksunluk şartı aranmadan sunulması veya sunumun satın alınması yoluyla gerçekleştirilmesi sebebiyle daha çok sosyal hizmetler kapsamında değerlendirilen sağlık hizmetleriyle de söz konusu sosyal korumanın temini de mümkündür. Bu seçim daha çok ülkelerin sosyal güvenlik rejimlerinin prim esaslı mı olduğu yoksa vergi gelirlerine dayanarak primsiz mi gerçekleştirildiğine göre değişmektedir. Ancak ülkenin ulusal/milli sosyal güvenlik rejiminin hangisiyle şekillendirilmesine bakılmaksızın sağlık riskine karşı korumanın tüm nüfusu kapsayacak ve karşılığını ödeyecek durumu olmayanların da ödemeleri gereken bedelin devlet tarafından bütçeden karşılandığı rejimlerin giderek yaygınlaştığı görülmektedir.



2.4. Sosyal Sigortalar ve Sağlık

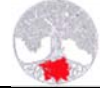
Sosyal sigortalar, sosyal güvenlik sistemleri içerisinde karşılık esasına dayanan primli rejimler kısmını oluşturmakta olup, çalışanların ve ailelerinin prim ödemesi karşısında belirlenmiş sosyal risklere karşı sosyal koruma altına alınmasına dayanan sistemdir. Bu sistemde ödenecek primler yapılacak harcamaların karşılığını oluşturur. Dolayısıyla da sosyal sigortalarda sosyal risk oluşumu durumunda yapılacak harcamalara da karşılığa dayanan ödemeler anlamını taşıyan ivaz denilmektedir. İvazlar kendi içerisinde nakdi ve gayri nakdi ivazlar olarak ikiye ayrılır. Nakdi ivazlar sigortalıya veya hak sahiplerine doğrudan yapılan nakit ödemelerdir. Gayri nakdi ivazlardaysa sigortalı veya hak sahiplerine doğrudan nakit ödeme yapılmayıp, riske karşı oluşan koruma maliyetlerinin karşılanmasına dayanır ve sigortalı veya hak sahipleri için verilen hizmetlerin bizzat sosyal sigorta kurumu tarafından gerçekleştirilmesi (sosyal sigorta hastaneleri, rehabilitasyon merkezleri, huzurevleri, kreş gibi) veya bedelinin hizmeti sunan sigortalı dışındaki kişi veya kurumlara ödenmesini içerir.

Riskin gerçekleşmesi durumunda oluşacak hasarın ne ölçüde karşılanacağı önemli bir sorun konumundadır. Şayet oluşan hasarın tazmini amaçlanarak sistem kurgulaması yapılacaksa, hasarın tamamının bedelini ödeme ihtiyacı doğmaktadır. Buna **ivazların tazmini esası** denilmektedir. Örneğin tıbbi ivazlarda genelde tazmin esası işlemektedir. Bu kapsamda yapılacak sağlık harcamalarında kısıntıya gidilmeksizin hasarın giderilmesi için tüm masrafların karşılanması, çoğu defa tedavi sürecinin başarısı için zorunludur. Yapılacak kesintiler, bireysel ödeme gücünün yeterli olmaması durumunda sağlık hizmet alımının da sınırlanmasını beraberinde getirebilecektir. Ancak tüm risklere karşı tazmin esasının işletilmesi de bazı sorunları beraberinde getirmektedir. Bu sorunların başlıcaları ise, hasarın suistimali, yüksek maliyetler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hasarın suistimali, özellikle nakdi ivazlarda görülmektedir. Örneğin işsizlik ödeneklerinin tazmin ölçüsünde verilmesi durumunda, çalışma ve boş zaman arasındaki ikame ilişkisinde boş zamanın tercihini ve iş bulma gayretinin de sınırlanmasını beraberinde getirme olasılığını yükseltmektedir. Keza hastalık durumunda çalışamayan sürelerde gelir kaybına karşılık olarak verilen geçici iş göremezlik ödeneklerinde de benzer durumla karşılaşmaktadır. Şayet geçici iş göremezlik ödenekleri, çalışma zamanında elde edilen gelir düzeyinde verilerek tazmin esasına göre yapılandırılacak olursa, geçici iş göremezlik ödeneğini almak amacıyla olabilecek en uzun sürede ödeneklerden yararlanılması eğiliminin ağırlık kazanması yüksek olasılıklıdır. Bu da beraberinde ivaz maliyetlerinin de kurum nezdinde olması gerekenin üzerinde yüksek seviyede gerçekleşmesine yol açacaktır.

Sosyal sigorta sistemlerinin şekillendirilmesinde bir diğer önemli ayırım da riskin ortaya çıkışıyla ilgili sürecin uzunluğuna dayalı olarak yapılan kısa vadeli – uzun vadeli sosyal sigorta ayırımıdır. Kısa vadeli sigorta kollarında, riskin oluşumu uzun vadeli sigorta kollarına göre daha belirsiz risk içermekte olup, oluşma süresine ilişkin risk ise daha anidir. Örneğin iş kazası, çalışma hayatı boyunca sigortalının hiç başına gelmeyebilir ya da çalışmaya başladığı anda iş kazası riskine maruz kalabilir. Keza hastalık, analık, işsizlik riskleri için de benzer durumla karşılaşılır.

Uzun vadeli sigortalar incelendiğinde yaşlılık ve ölümün, her canlının başına gelecek bir risk olduğu görülmektedir. Oluşumu kısa vadeli sigorta kollarındaki gibi belirsiz olmayıp, mutlaklır. Ancak riskin oluşum süresi kısa vadeli sigortalara göre oldukça uzundur. Çoğu defa da riskin gerçekleşmesi ertesindeki ivaz alma süresi de kısa vadeli sigorta kollarındaki risklere göre



oldukça uzundur. İstisnai ara durumunsa iş kazası – meslek hastalığına bağlı olarak gerçekleşen sürekli çalışma gücü kaybına dayanan ve uzun vadeli sigorta kollarındaki karşılığı maluliyet olan sürekli işgöremezlik ödeneğiyle, ölüm sigortasına denk gelen ölüm durumunda bağlanan ölüm geliriyle sınırlı olduğunu savunmak mümkündür. Buna göre kısa ve uzun vadeli sigorta kollarını Yazgan (1975: 13)’ ın sınıflandırmasıyla aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

1. Kısa vadeli sigorta kolları

- İş kazası ve meslek hastalığı sigortası (Geçici işgöremezlik ödeneği içeren durumlar için)
- İşsizlik sigortası
- Hastalık sigortası
- Analık sigortası

2. Uzun vadeli sigorta kolları

- İş kazası ve meslek hastalığı sigortası (Sürekli işgöremezlik ödeneği ve ölüm geliri içeren durumlar için)
- Yaşlılık sigortası
- Ölüm sigortası
- Maluliyet sigortası

Sosyal güvenlik sisteminde primli rejimleri ifade eden sosyal sigortaların özelliklerini ise birkaç başlık altında özetlemek mümkündür. Buna göre (Özbolet, 2011: 51):

- Sosyal güvenlikte primli rejimler çoğu ülkede devlet kuruluşlarından oluşmakta olup, devlet kuruluşu olmayan ülkelere de devletin kontrol ve denetimiyle karşılanmaktadır.
- Sosyal güvenlikte primli rejimler, zorunluluk esasına dayalı olarak oluşturulup işletilmektedir.
- Sosyal güvenlikte primli rejimlerin uzun vadeli sigorta kolları, uzun süreli sigortalılık esasına dayanır.
- Çoğu ülkede ve çoğu branşta üçlü finansman yönteminin mevcut olduğu sosyal güvenliğin primli rejimlerinde finansman sağlayıcıları çalışan, işveren ve devletten oluşmaktadır.
- Sosyal güvenlikte primli rejimlerde, prim ile ivaz (karşılığa dayalı ödemeler) arasında özel sigortalarda olduğu gibi sıkı bağ olmayıp, sistem sosyal fayda esasına dayandırılmaktadır. Risk unsuru sistemin işleyişinde ağırlıklı olarak dikkate alınmamaktadır.
- Primsiz rejimlerin aksine sosyal güvenlikte primli rejimlerde karşılık esası mevcut olup, sigortalının prim ödemesi şartı bulunmakta ve bu kapsamda da riskin oluşumunda ivazların dağıtımında da karşılık esasına dayalı olan ve hak özelliği taşıyan ödemeler gerçekleştirilmektedir.

Primli sosyal güvenlik rejimlerinin kuruluşu ve yapılandırılması açısından konu ele alındığında, ideal düzenin inşasının her zaman mümkün olamadığı ya da tüm branşların eş anlı olarak ideal yapıda şekillendirilemediği sonucuyla karşılanmaktadır. Buna göre Yazgan (1977: 53-68)’ ın da vurguladığı üzere sosyal sigortaların kapsamını üç faktörün bileşkesinin tayin ettiği görülmektedir:

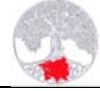


- **İhtiyaç faktörü:** Sistemin kuruluşunda bakılması gereken ilk faktör ihtiyaç faktörüdür. Bağımlı çalışanlar bağımsız çalışanlara göre gelir ve servet durumları açısından dezavantajlı durumdadırlar. Keza kır – kent ayrımında da kentlerde ailenin yalnız oluşu, çekirdek aile yapısı, örf – adetlerin etkisinin sınırlı oluşu, kırsal alandaki eksik istihdamın genelde kentte olmayışı gibi sebepler risklere karşı bireylerin kırsal yerleşimdeki kesime göre daha dezavantajlı konumda olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sebeple sosyal sigortaların kuruluşu bağımlı çalışanlarda bağımsız çalışanlardan önce, kentlerde de kırsal alanlardan önce genelde oluşturulmaktadır.
- **Mali imkânlar:** İhtiyaç faktörü ideal düzenin temelini oluşturmakla birlikte her zaman bu ideal düzeni oluşturmak mümkün olamamaktadır. Çünkü korunmaya en çok ihtiyaç duyanların prim ödemelerinin sınırlı kalışına karşılık kendilerine yapılacak ivazların son derece yüksek olması riski karşısında gelir – gider dengesini tutturmada ciddi sorunlarla karşılaşılabilmesi mümkündür. Bu sebeple de çoğu defa ihtiyaç faktörünü mali imkanlar ikinci plana itmekte olup yüksek-düşük gelirliilerin, istikrarlı-istikrarsız işkollarının, farklı gelir gruplarının, farklı bölgelerdeki farklı işletme ölçeklerinde çalışan bağımlı çalışanların aynı veya farklı zamanlarda sistem içerisine alınmaları söz konusu olabilmektedir.
- **İdari imkânlar:** Sosyal sigortaların inşası, mali imkanlar dahilinde ihtiyaç faktörünün gözetilip gözetilememesi sorunu ile de sınırlı değildir. Aynı zamanda da sosyal sigorta kuruluşlarının kuruluşunu gerçekleştirebilecek güçlü ve yetkin bir kurucu ekibin mevcudiyeti ile, sistemi işletecek geniş bürokratik kadronun da yetiştirilmesi gereklidir. Dolayısıyla aynı zamanda kadro meselesi de vardır. Sosyal talebin de sosyal sigorta sistemine elverecek boyuta ulaşmasıyla örtüşen kadro olanaklarıyla şekillenen idari imkânların elverişliliği, sosyal sigortaların kurulup geliştirilmesi için bir diğer önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Primli sosyal güvenlik rejimleri (sosyal sigortalar) tıpkı Tokol (2000: 3)' un işçi sınıfının korunmasına yönelik olarak pozitif ayrımcılık olarak tanımladığı dar anlamdaki sosyal politikada olduğu gibi iş piyasası odaklı bir sistemdir ve çalışanların prim ödeyerek sosyal korunma altına alınmasını hedeflemektedir. Her ne kadar Tokol sosyal politikanın dar anlamından geniş anlamına evrilmesinde sosyal güvenliği işçi sınıfının korunmasına yönelik pozitif ayrımcılığa ek olarak gösteren uygulamalar içerisinde göstermekteyse de pozitif ayrımcılık çerçevesinde sadece sendikal haklar, çalışma saatleri, iş güvenliği, asgari ücret yoktur. Sosyal sigortaların teşkili de bunun içerisinde yer almaktadır. Nitekim Dilik (1992: 77)' in aktardığı üzere Bismarck' ın 1880' de iş kazaları karşısında işveren sorumluluğunu düzenleme amacıyla oluşturduğu ilk sosyal sigorta uygulaması olan iş kazası konusunda tazminatların azaltılıp risk kapsamının genişletilerek şekillendirildiği ve işveren sorumluluğu yerine bir devlet sigortasının sorumluluğu üstlendiği yapıyı kurma yolundaki ilk adımı da bunu desteklemektedir.

Sosyal sigortaların sosyal risklere karşı sosyal korumada koruma altına alınan birey ve ailesi için ivaz maliyetinin bir bölümü veya tamamını karşılamaya yönelik olarak prim adı verilen bedel ödemesiyle şekillenmekte olup sosyal sigortaların sağlıkla ilişkisine bakıldığında, söz konusu riskler arasında sağlık/hastalık riskinin büyük yer kapladığı görülmektedir.

Hastalık riskine karşı koruma iki açıdan eş zamanlı olarak gerçekleştirilmektedir: Gider artışının tazmini ve gelir azalışının telafisi. Gider artışının tazminin de yapılan tanı, tedavi hizmetleri, laboratuvar gibi tetkikler, ilaç, protez ve benzeri harcamalarının tümünün



maliyetinin sigortalıyı koruma altına alan sosyal sigorta kurumunca karşılanması esası vardır. Gelir azalışının telafisindeyse hastalık süresi boyunca çalışamayan zamanda oluşan ücret ve gelir kaybının bir bölümünün sigortalıya nakden ödenmesi söz konusudur.

Çıkış noktası çalışan nüfus olduğundan, sosyal sigortalar çalışanlar ve ailelerinin ağırlıklı olarak koruma altına almışlardır. Ancak günümüzde aktif sigortalıları oluşturan çalışanlar, pasif sigortalıları oluşturan emekliler ve aktif ve pasif sigortalıların bağımlılarını oluşturan diğer aile fertleri (eş, çocuk, anne-baba) dışında kalanların da sisteme dahil edildiği görülmektedir. Bu kimselerden ödeme gücü olanlarından prim alınırken, ödeme gücü olmayanlarından prim alınmayabilmekte veya devlet prim karşılıklarını bütçeden aktarmaktadır. Küresel ölçekte yaygınlaşan genel sağlık sigortalarının çalışma prensibi de budur.

3. Sosyal Politika Unsuru Olarak Sağlık (Hizmetleri) Sistemi

Sistem, birbiriyle doğrudan ya da dolaylı olarak ilişki içerisindeki parçalardan oluşan bütünü ifade eder (Ertürk Atabey, 2012: 37). Sağlık sistemi kavramıysa esas olarak sağlık hizmetleri sisteminin kısaltılmasıyla şekillenmiştir. Buna göre sağlık hizmetleri sistemi veya kısaltılmış olarak sağlık sistemi, bir ülkede sağlık hizmetlerine olan talebin ve sağlık hizmet arzının oluşumuna odaklanır. Oluşuma odaklanılırken aynı zamanda oluşum süreçleri, arz ve talep yapısı, arz ve talebin oluşumunun gerçekleştiği düzeni de kapsamaktadır (Sargutan, 2005: 403).

Sağlık sistemi toplum sağlığını koruyup hastalıkları ortadan kaldırarak sürekliliği sağlamak amacını taşır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nün tanımı da öncelikli amacı bireyin sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek olan bütün faaliyetleri içeren sistem olarak tanımlamaktadır (Ateş (2013: 59). Bu kapsamda sağlık sistemi sağlık hizmetleri sunumundan finansmanına, sağlık insan gücünün planlanmasından eğitimine, sağlık mevzuatının oluşturulup etkin kılınmasından sağlık politikasına kadar pek çok unsuru içermektedir (Ertürk Atabey, 2012: 37). Ateş (2013: 60) sağlık sistemini oluşturan alt sistemlerin başlıcalarını şu şekilde sıralamaktadır:

- Hastane ve diğer sağlık kuruluşları,
- Tıbbi cihaz üreticileri,
- İlaç şirketleri,
- Sağlık cihaz ve malzemecileri,
- Eğitim, yönetim ve araştırma kuruluşları,
- Hizmet sunucuları.

Ateş'in sıraladığı sağlık alt sistemlerine de finansman sağlayıcı kurumları, ilgili mevzuatı da eklemek mümkündür. Sağlık sisteminin tarafları ise beş başlık altında toplanabilmektedir (Ateş, 2013: 60):

- Toplum ve bireyler,
- Hizmet sunan kurum ve kuruluşlar,
- Finans kuruluşları,
- Destek kuruluşları,
- Devlet.



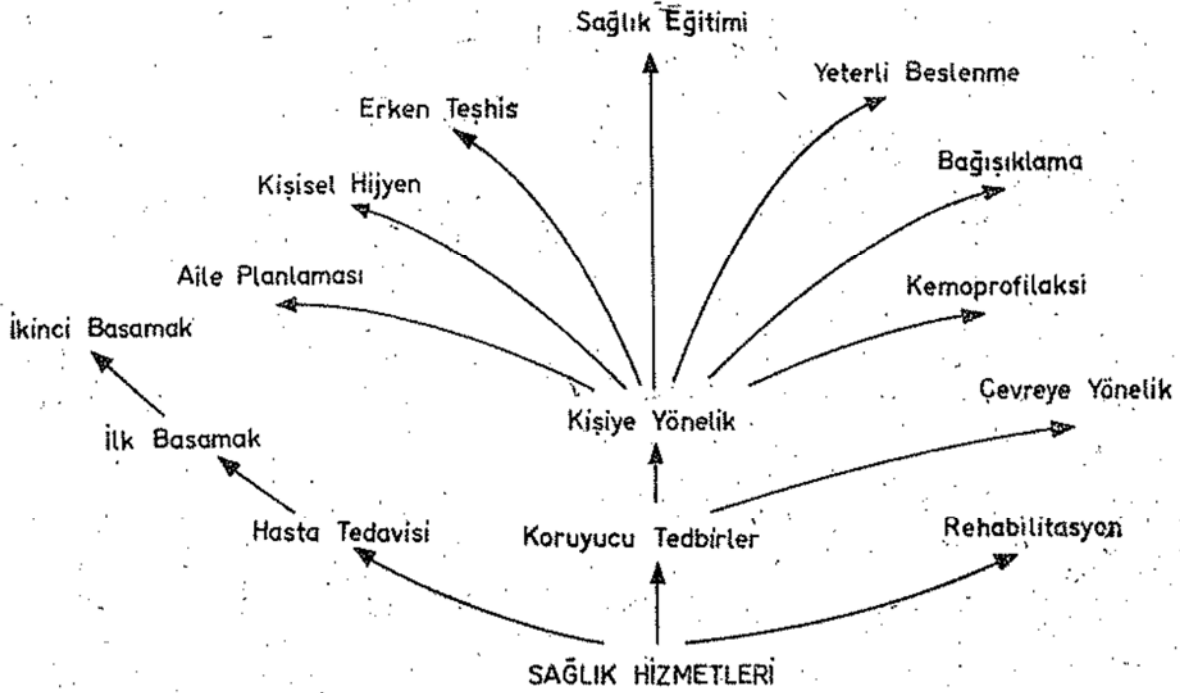
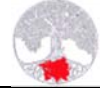
3.1. Sağlık Hizmet Türleri

Sağlık hizmetleri hastalıkların ortadan kaldırılması, hastalıklara yol açacak etkenlerin yok edilmesi ve bireyleri hastalıklara karşı koruma amacıyla tedbirler almayı içeren hizmetleri ifade etmektedir (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 58). Daha kapsamlı bir tanımlamadaysa sağlık hizmetleri, birey ve toplumların sağlığının korunup hastalık durumunda tedavilerinin gerçekleştirilmesini, tedavinin tamamıyla hastalık sonucu oluşan engellilik durumunu ortadan kaldıramaması durumunda da bireyin bağımsız olarak hayatını sürdürebilmesini destekleme amacıyla planlı olarak gerçekleştirilen çalışmaların bütünüdür (Gürgeç vd, 2013: 322-324):

- Koruyucu sağlık hizmetleri.
- Tedavi edici sağlık hizmetleri.
- Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri.
- Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri.

Modernite öncesi dönemde temel sağlık hizmet sunucuları aile olup oluşan hastalıkların tedavisinde hem fiziki hem de doğaüstü yöntemler kullanmışlardır. Modern toplumlardaysa hastalıklar üzerinde çalışmalar yapılarak profesyonel bir çalışma alanı haline gelmiştir. Dolayısıyla da hastalık, gündelik yaşamda olağan bir durumken ve bununla da aileler ilgilenirken, özellikle 18. yüzyıldan itibaren bilimsel bilgiye odaklanan Kartezyen düşünceyle birlikte sağlık hizmetleri de profesyonel kurumlara devredildi (Man ve Balcı, 2006). Günümüzde en önemli sağlık hizmet sunucuları da hastaneler haline gelmiştir (Tüfekçi ve Asıgbulmuş, 2016: 73).

Fişek (1983: 5), sağlık hizmetlerinin üç ayağının olduğunu, bunların da koruyucu tedbirler (koruyucu sağlık hizmetleri), hasta tedavisi (tedavi edici sağlık hizmetleri) ve rehabilitasyondan (rehabilitasyon hizmetleri) oluştuğunu ifade etmektedir (Bkz. Şekil 1). Bu üç bileşene son dönemlerde dördüncü bileşen olarak sağlığın geliştirilmesi hizmetleri de eklenmiştir (Gürgeç vd, 2013: 322).



Şekil 1 — Sağlık Hizmetleri

- **Koruyucu sağlık hizmetleri:** Koruyucu sağlık hizmetlerinde hastalık oluşmadan riskin azaltılması amacı mevcuttur. Bunun için de koruyucu sağlık hizmetleri çoğunlukla devlet tarafından verilerek toplumun sağlık seviyesi yükseltilmeye çalışılır. Temel olarak da çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenlerin bireyin sağlığında yol açabilecek bozulmanın önlenmesini sağlayacak bir çevre yaratımı amaçlanmaktadır (Gürgeç vd, 2013: 322). Güvenli su kaynaklarının sağlanıp denetlenmesi, katı atık yönetim ve denetimi, zararlılarla mücadele, besin hijyeninin sağlanması, hava kirliliğiyle mücadele, radyolojik zararlılarla mücadele, iş sağlığı konularında sunulan hizmetler çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin oluşturmaktadır. Bağışıklama, beslenme, erken tanı, aile planlaması, ana-çocuk sağlığı, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele ve ruh sağlığının korunmasına yönelik hizmetlerse, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini oluşturur (Ateş, 2013: 9-11).
- **Tedavi edici sağlık hizmetleri:** Sağlığın kaybedilmesi durumunda bireyi yeniden sağlıklı durumuna döndürmeyi amaçlayan sağlık hizmetlerini ifade eder. Bu hizmet türünde hekimler öncü konumda olup ekip çalışmasına dayanır. Tedavi edici sağlık hizmetleri gününbirlik (ayaktan) tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Ayaktan tedavi sağlayan kuruluşların bazıları özel muayenehaneler, hasta poliklinikleri, acil servisler, ayaktan cerrahi merkezleri, evde bakım kurumları, işyeri revirleri, okul sağlık merkezleri olarak sıralanabilir (Gürgeç vd, 2013: 323). Yataklı tedavi hizmeti veren kurumlaraysa yatarak tedavi gerçekleştirilen ikinci ve üçüncü basamak hastaneler örnek verilebilir. Tedavi edici sağlık hizmetleri aynı zamanda basamaklara göre de üçe ayrılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti, tedavinin evde veya ayakta yapıldığı, hastalara en yakın ve ulaşılabilirliği en kolay hizmetleri ifade etmektedir. Sağlık ocakları, aile hekimliği merkezleri, özel muayenehaneler, poliklinik hizmetleri, hemşirelik bakım



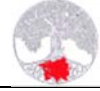
merkezleri bu kapsamda hizmet veren sağlık kuruluşlarıdır. İkinci basamak sağlık hizmetleriyse birinci basamakta tedavisi gerçekleştirilemeyip sevk veya doğrudan hastanelere başvurulmasıyla gerçekleşen yatarak tedavi hizmetlerinin verildiği aşamayı tanımlamakta olup, klinik ve genel hastane hizmetleri bu kapsamda yer alır. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeyse yüksek teknolojinin kullanıldığı, belli alanlarda ihtisaslaşmış hastane hizmetleri gerçekleştirilmektedir. Sanatoryumlar, onkoloji hastaneleri, kalp hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri bu basamakta hizmet veren tedavi edici sağlık hizmet kuruluşlarıdır (Ateş, 2013: 12).

- **Rehabilite edici sağlık hizmetleri:** Bedensel ve/ya ruhsal açıdan tam iyilik halinin sağlanamayarak tamamen veya kısmen sakatlık durumunun oluşumunda, bireyin başkalarına bağımlı olmadan yaşamını sürdürebilmesi için gerekli bütün çalışmalar, rehabilite edici sağlık hizmetlerini oluşturur. Kendi içerisinde de 1) tıbbi rehabilitasyon ve 2) sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılır. Tıbbi rehabilitasyonla bedensel ve/ya ruhsal arazların olabildiğince azaltılması amaçlanmakta olup fizik-tedavi hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri başlıca hizmet sunucusu kurumları oluşturur. Sosyal rehabilitasyonlarsa sakatlık öncesindeki işinde çalışamayacak olanlara yeni iş öğrenme ve beceriler kazandırmaya yönelik verilen hizmetlerle özürsüz çocuklara yönelik açılan özel eğitim merkezleri ve bu merkezlerde verilen hizmetleri içerir (Ateş, 2013: 12).
- **Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri:** Bedensel ve zihinsel sağlık düzeyinin geliştirilmesini, yaşam kalitesinin ve süresinin arttırılmasını amaçlayarak gerçekleştirilen hizmetleri ifade etmektedir (Gürgeç vd, 2013: 323-324). Koruyucu sağlık hizmetleriyle birbirine yakın gibi görünse de sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde genel olarak yaşam standartlarının yükseltilmesi temel alınmaktadır. Dolayısıyla da sağlığın korunması ile sınırlı değildir. Sağlığın geliştirilmesine organ ve kan bağıışı, örnek olarak gösterilebilir (Bayın ve Akbulut, 2012: 58-59). Organ ve kan bağıışında hastalıklardan korunma amacıyla sınırlanma söz konusu olmayıp yaşam standardının geliştirilmesi ve süresinin uzatılması hedefinin doğrudan güdüldüğü net olarak görülmektedir.

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, yapısı itibarıyla özel veya kamusal mal/hizmetleri hem içermekte hem de farklılaşmaktadır. Özellikleri on iki başlık altında toplamak da mümkündür (Ertürk Atabey, 2012: 13-20; Ateş, 2013: 3)

- **Kamusalılık özelliği:** Sağlık hizmetleri hem yararlanana hem de yararlanan dışında topluma fayda sağladığından yarı kamusal özelliktedir. Koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal hizmet özelliğindeyken, tedavi edici sağlık hizmetleri yarı kamusal hizmet özelliğindedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılabilir olması özel mal/hizmet özelliğini taşımasına yol açmaktadır. Sadece fiyatlandırılarak hizmet sunumunun yapılması durumunda ise bazıları yararlanamamaktadır. Bu toplumun fayda kaybına yol açacaktır.
- **Erdemli hizmet olma özelliği:** Devletin tüketilmesi için tüketicileri zorladığı mal ve hizmetlere erdemli mal/hizmet denilmekte olup örneğin koruyucu sağlık hizmetlerinde bağıışıklama faaliyeti tipik bu özellikte olan sağlık hizmetlerindendir. Piyasa koşullarına ter edildiğinde karlı olmayan sağlık hizmetlerinin sunumu (arzı)



en azından tüm toplumu kapsayacak düzeyde gerçekleştirilmeyeceğinden de hem birey hem de toplum açısından fayda kaybı oluşabilecektir.

- **Dışsallık özelliği:** Dışsallık kullanıcı dışında mal/hizmetten toplumun da fayda elde etmesi (pozitif dışsallık) veya zarar etmesi (negatif dışsallık) durumudur. Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal hizmet olma özelliği de dışsallık sebebiyledir.
- **Devlet müdahalesi özelliği:** Sağlık hizmet uygulayıcısı profesyonellerin çalışma izinleri ilk basamağı oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına fayda sağlaması, talebin belirsizliği, özel sağlık hizmetlerinin talep karşılamaadaki yetersizliği ve karlılık amacıyla faaliyette bulunmaları, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerindeki fayda da bölünmezlik durumu, piyasa büyüklüğünün sığılığı devlet müdahalesini de zorunlu kılmıştır.
- **Tüketimindeki talep belirsizliği özelliği:** Sağlık hizmetine ne zaman ihtiyaç olacağı, kaç kişinin talepte bulunacağı belirsizdir. Ayrıca bireyin sağlık hizmetine ne kadar ihtiyacı olduğu da hekim tarafından belirlenebilmektedir. Dolayısıyla da sağlık hizmetlerinde talep belirsizdir. Bu belirsizlikte ertelenemez acil hizmet özelliğine sahip oluşu da belirleyicidir. Sağlık hizmetlerinin ikamesi olmayıp stoklanamaz. Ani olarak hizmet üretiminin gerçekleştirilmesi gerekir.
- **Doğal tekel olma özelliği:** Sağlık hizmetleri tekelleşmeye müsait alanlardır. Bir bölgede çok sayıda sağlık kuruluşu olsa dahi piyasa koşullarında ileri teknoloji kullanımı sebebiyle mevcut olan yüksek maliyetler, zamanla tekelleşmeye yol açmaktadır. Dolayısıyla da devlet müdahalesi tekelleşme sürecinde zorunlu hale gelmektedir. Sağlık hizmet fiyatının belirlenmesine kadar devlet düzenleme yapabilmektedir.
- **Asimetrik bilgi özelliği:** Tam rekabet koşullarından alıcı-satıcının tam bilgi sahibi olması sağlık hizmetlerinde mümkün değildir. Bilgide asimetrik durum mevcuttur. Hekim tam bilgi sahibiyken hasta aynı bilgiye sahip değildir. Dolayısıyla da asimetrik bilgi, hasta aleyhindedir.
- **Sağlık harcamalarının yatırım özelliği:** Sağlık alanında gerçekleştirilen ilave sermaye alımları, gelecekte hizmet üretimini arttırıcı etkidedir. Ayrıca sağlık hizmet alımı arttıkça da toplumun bütününde iş kaybı azalır verimlilik artacağından, yapılan sağlık harcamaları da cari veya transfer özellikli olmayıp, yatırım harcaması özelliği göstermektedir.
- **Eşitlikçi (Adaletli) olma gerekliliği özelliği:** Bu özellik, gelir düzeyine bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden herkesin yararlanma imkanına sahip olması prensibine dayanmaktadır. Bu konuda üç yaklaşım mevcut olup spesifik eşitlikçilik olarak da isimlendirilen ilk yaklaşımda sağlık hakkının oy kullanma hakkı gibi devredilemez temel hak olması sebebiyle piyasa denetimine bırakılmaması gerektiği savunulmaktadır. İkinci yaklaşımda ise sağlığı koruma için para harcamanın önünde engel bulunmadığı, ölüm-sağlık ilişkisinde göstergeler arasında yer alan sigara-alkol kullanımına da para harcandığı, tek göstergenin dolayısıyla tıbbi hizmetler olmadığı ve bu sebeple de sağlık hizmetlerinde gelir düzeyinin esas alınması gerektiğine yönelik liberal bakıştır. Düşük gelirli ülkelerde yaygın olan üçüncü yaklaşımsa minimum sağlık hizmetine erişimin garanti edilmesidir.
- **Emek yoğun soyut hizmet olma özelliği:** Teknoloji ne kadar yoğun uygulanırsa uygulanılsın, sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumu bireysel olarak gerçekleşmektedir. Tanılarda makinalaşma artsa da cerrahi ve hasta bakımında emek yani sağlık personeline bağımlı sağlık hizmet sunumu söz konusudur.



- **Uzmanlaşma düzeyinin yüksek oluşu özelliği:** Hem teknolojinin yoğun kullanımı hem de hekimlikte birimsel olarak ayrışma, beraberinde sağlık hizmet sunumunda uzmanlaşma düzeyinin yüksek oluşunu beraberinde getirmektedir.
- **Hizmet çıktılarının ölçülemez olma özelliği:** Verilen hizmetin soyut oluşu, sağlık hizmet kalitesinin ölçümünü de zorlaştırmaktadır.

3.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

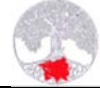
Sağlık hizmet sunumunda ihtiyaç duyulan kaynakların maliyetinin karşılanması sağlığın/sağlık hizmetlerinin finansmanı olarak ifade edilmektedir (Ertürk Atabey, 2012: 28). Sağlık hizmetleri finansmanında temel olarak iki kaynak mevcuttur: 1-) Kamusal finansman ve 2-) özel finansman. Kamusal finansman da kendi içerisinde a-) vergi/bütçe gelirleri ve b-) sosyal sigorta fonları olarak iki alt kaynağa ayrılmaktadır. Özel finansman kaynakları da a-) cepten ödemeler (Doğrudan nakit ödemeler ve kullanıcı katkıları) ve b-) özel sağlık sigorta primlerinden oluşmaktadır (Ünal, 2013: 124-125). Hangi yöntem sağlığın finansmanında ağırlıklı olarak tatbik edilirse edilsin mutlaka temel bazı ilkeleri bünyesinde barındırmak zorundadır. Metin (2013: 15)'in de işaret ettiği üzere sağlık hizmetlerinin finansman ilkelerini de altı başlık altında ele almak mümkündür:

- Sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli/eşitlikçi olması gerekir.
- Sağlık hizmetlerinde kaynakların toplanıp kaynak yönetiminde de minimum maliyet ilkesini göz önünde tutulması gerekir.
- Sağlık hizmetlerinin özelliği gereği olarak kaynak akışının sürekliliğinin tesisi gerekir.
- Sağlık hizmet finansmanının toplumca benimsenmesi gerekir.
- Sağlık hizmet sunucuları arasındaki rekabetin artırılması teşvik edilmelidir.
- Sağlık hizmet sunumunun minimum finansman ilkesiyle beraber maksimum fayda esaslı hizmet kalitesini artırıcı yönde teşvik edilmesi gerekir.

3.4. Sağlık Hizmet Kurumları

Sağlık hizmet kurumları, sağlık hizmeti sunumunda bulunmak için üretim faktörlerini organize ederek bir araya getirip yöneten ekonomik birim konumundadır. Sağlığın korunup geliştirilmesi, hastalık tanı-tedavi ve tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumları kamuya, üniversitelere, özel ve tüzel kişilerin mülkiyetinde olabilmektedir (Sayım, 2011: 266). Sağlık hizmeti veren kurumların (sağlık kurumları) yapısal özelliklerini ise beş başlık altında incelemek mümkündür (Can ve İbicioğlu, 2008: 258):

- Uzmanlaşma seviyesi son derece yüksektir.
- Farklı meslek gruplarının bir arada koordineli olarak çalışması gerekir.
- Sağlık kurumlarında çalışan personel profesyonellerden oluşur. Bu da personelin sağlık kurumları hedeflerinden ziyade mesleki amaçlarına önem vermelerini beraberinde getirmektedir.
- Hizmet alımı ve harcamaların gerçekleştirilmesinde hekim faaliyetlerinin ağırlıklı belirleyiciliği, yönetsel ve kurumsal denetimin tam olarak sağlanamamasına yol açmaktadır.
- Hastane yönetimindeki iki başlı yapının varlığı (başhekimlik ve profesyonel sağlık kurumları yöneticiliği) ciddi boyutlara varan koordinasyon, denetim sorunlarını da beraberinde getirmektedir.



En önemli sağlık hizmet kurumu haline gelmiş olan hastaneler tedavi hizmeti verme, sağlığı koruyup geliştirme, sağlık eğitimi verme ve sağlık alanında araştırmalar yapma amaç ve misyonlarına sahip sağlık hizmet kuruluşlarıdır. Hekimlik ve hemşirelik hizmetlerinin, tıbbi teknolojilerin, tıp eğitiminin süratli gelişimiyle sağlık sigortasının yaygınlaşması, beraberinde elindeki imkanları süratle kullanabilme kabiliyetine sahip olan, görev ve sorumlulukları son derece ileriye düzeye ulaşan sosyal kurumlar olarak modern hastaneleri de oluşturmuştur (Can ve İbicioğlu, 2008: 257). Örgütlenme biçimleri açısından 1) devlet hastaneleri, 2) kar amacı gütmeyen özel vakıf hastaneleri ve 3) kar amacı güden özel hastaneler olarak üçe ayrılmaktadırlar (Sayım, 2011: 266). Buna ek olarak mülkiyet, eğitim statüsü, hizmet türleri, büyüklükleri, hasta yatış süreleri ile akreditasyon ve hizmet basamaklarına göre de sınıflandırılabilirler (Can ve İbicioğlu, 2008: 257).

3.5. Sağlık Hizmet Sunucusu Personel

Hastalıklarla mücadelede çok çeşitli etkenlerin de göz önünde tutulması gereği, beraberinde hekimlerin yanı sıra diyetisyenlerden psikologlara, sosyologlardan sosyal hizmet uzmanlarına kadar çok geniş bir meslek grubunun modern tıp içerisinde sağlık hizmet sunucuları arasına girmelerine yol açmıştır (Bingöl, 2017: 161). Karmaşıklaşan hizmet alanında görev alan sağlık personellerinin sınıflandırılması ise ülkemizde Fişek (1983: 126) tarafından aşağıdaki gibi gerçekleştirilmiştir:

Sağlık mesleklerinin sınıflandırılması

1. Kişiye yönelik hizmet yapanlar
Hekim, diş hekimi, hemşire, ebe, fizyoterapisti psikoterapist, diyetisyen, optisyen, çiropodist vb.
2. Çevreye yönelik hizmet yapanlar
Sağlık/tıp mühendisi, veteriner hekim, çevre sağlığı teknisyeni vb.
3. Laboratuvar personeli ve diğer bilimciler
Mikrobiyolog, biyokimya uzmanı, hematolog, patolog, sağlık fizikçisi, röntgen uzmanı, istatistik uzmanı, sağlık eğitimcisi ve bu dalların teknisyenleri
4. Sağlık alanında uzmanlaşmış destek personeli
Hastane yöneticisi, tıbbi sekreter vb.
5. Genel hizmetler
Daktilograf/bilgisayar işletmeni, şoför, temizlikçi vb.

Sağlık personellerinin görev ve fonksiyonları, mesleki uzmanlaşmaya dayalı sağlık hizmetlerinde hem büyük ölçüde farklılaşmakta, hem de birbirini tamamlamaktadır. Özellikle üç mesleğin sağlık hizmet sunumunda öncelikli yeri olduğunu savunmak mümkündür. Bunlar: hekimler, hemşireler (hemşire ve ebe) ile sağlık kurumları/hastane yöneticileri.

3.5.1. Hekimlik Mesleği

Hekimlik mesleğini tarih öncesi dönemlere kadar götürmek mümkündür. Tıp tarihçileri ilk tıbbi müdahalelerin cerrahi ve doğum olaylarında gerçekleştiğini, iç hastalıklarının sebeplerinin anlaşılmasında ise güçlük yaşandığını ifade etmektedirler. Bu sebeple de iç hastalıklarının sebepleri kötü ruhlar olarak görülmüştür (Demir, 2016: 21). Bu noktada da ilk hekimler olarak ifade edilebilecek şamanlarla karşılaşmaktadır. Arkeolojik ve antropolojik araştırmalar,



şamanlığın 20-30 bin yıllık geçmişe sahip olduğunu göstermektedir (İzgi, 2012: 31). Şamanizmin bir din olup-olmadığıysa tartışmalıdır. Dolayısıyla da şamanın din adamı olarak algılanması da tartışmalı hale gelmektedir. Ancak şamanın hekimlik yönü, sadece hastalıklarda iyileştirici yönünden kaynaklanmamaktadır. Ayrıca bir profesyonel meslek özelliği göstermesini sağlayan gelir ediniminin varlığıyla da belirginleşmektedir. Eski bir Türk atasözünde “sürü hastalanırsa köpek semirir, insan hastalanırsa şaman semirir” denilmesi, bir kanıt olarak kabul edilebilir (Demir, 2016: 23). Saha şamanizminde şamanlık ak ve kara şamanlar olarak ikiye ayrılmış olup omosut denilen kara şamanlar eskiçağın halk hekimleridir (Fedotoviç, 1994: 237-238).

Antik dönemde kuralların konulmaya başlanması da hekimliğin bir meslek özelliği gösterdiğini desteklemektedir. Nitekim bilinen ilk yazılı hekim andı Eski Mısır’da Imhotep’e ait olup Hipokrat’tan 2500 günümüzdense 5 bin yıl öncesine kadar dayanmaktadır (İlgili, 2016: 138). Dolayısıyla da kuralları olan bir meslek özelliğindedir.

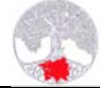
Antik çağda hekimlikte günümüzle benzeşen şekilde uzmanlaşmaya dayanıldığını savunmak da mümkündür. Örneğin Sümer ve Babil yazıtlarına dayanarak antik dönemde dinin egemen olduğu toplumlarda büyüsel tedavinin ağırlıklı olduğu, savaşçı toplumlarda bıçakla gerçekleştirilen cerrahinin yaygın olduğu, yerleşik tarım toplumlarındaysa bitkisel tedavinin ağırlıklı olduğu sonucuna varılmaktadır. Keza Mezopotamya’da manastırlarda eğitim alan üç farklı rahip zümresi hekimliği gerçekleştirmiş olup buna göre BĀRŪlar falcılık yoluyla hastalığın iyileşebilir olup-olmadığına karar veren, ASŪlar bitkisel veya hayvansal kaynaklı ilaçlarla tedavi gerçekleştiren konumundaydı. Buna göre BĀRŪların günümüzdeki aile hekimi veya acil tıp hekimlerine karşılık geldiğini, ASŪların dahili bilimlerdeki uzman hekimlere karşılık geldiğini, ĀSĪPŪlarınsa psikiyatristlere karşılık geldiğini savunmak mümkündür (Öztürk Türkmen, 2011: 22).

Hitit Saray arşivlerinden çıkan 22 tablette hastalıklar ve tedavilerine yönelik bilgiler yer almakta olup aralarında sarılık, sara, kansızlık, öksürük, cüzzam, baş dönmesi, göz kanaması, hıçkırık, katarakt, iştahsızlık ve bel soğukluğu gibi 40’a yakın hastalıktan bahsedilmiştir (Yeğenoğlu vd, 2016: 118). Keza yazılı olarak tespit edilen en eski tarihli cerrahiye ilişkin doküman da Eski Mısır’da M.Ö 16. yüzyıla kadar geriye gitmektedir (Gökçay ve Arda, 2013: 71). Yine Hititlerden M.Ö. 2000’lerde sezaryen yapılmasına ilişkin kayıtlara rastlanmaktadır (Turamanlar ve Songur, 2014: 9).

Yine en eski cerrahi doküman olan MÖ 1700’lere dayanan “Edvin Smith Papirüsü”nde baş ve göğüs yaralanmalarına ilişkin bilgiler bulunmakta olup, bu metin de hekimlik uygulamasının sistematik yöntemle yürütüldüğünü göstermektedir. Papürüste önce hastanın muayene edilip tanı konması ve tedavi biçiminin belirlenerek gerçekleştirilmesi ifade edilmektedir. Tedavi sürecinde, ilaç sürme, yaralı organın sarılıp hareketsiz hale getirilmesi, sürekli veya aralıklarla bakım yapılması belirtilmektedir. Metin kafa travmaları ile başlayıp boyun, kol ve gövde yaralanmalarının tedavileriyle sürmektedir (Erdoğan, 2016: 167).

Dolayısıyla cerrahi tekniklerin kullanımı, hastalıklar ve tedavilere yönelik uygulamaların çok uzun geçmişe sahip olduğu ve modern hekimlik mesleğinin temellerinin köklü geçmişe sahip olduğu da açıkça görülmektedir.

Hekimlikte kırılma noktası Hipokrat olarak karşımıza çıkmaktadır. Hipokrat modern tıbbın ilk sistematik kurucusu olarak kabul edilmekte olup sistemli olarak insan aklının kullanılmasına



yani rasyonalizme, gözlem, deneyim ve deneylere dayanan tıbbın kurucusu olmuştur (Uğurlu, 1997: 67). O döneme kadar kutsiyet atfedilen bir hastalık olan epilepsinin kutsal bir hastalık olmadığını savunarak doğadışı nedenselliği red etmiştir (Arda, 1996: 108). Hastalıkların sebebinin de insanın tabiat yasalarına uymayan davranışlarından kaynaklandığını savunmuştur (Uğurlu, 1997: 68). Atina’da veba salgınını önleyici ilaçlar geliştirmesi dönemin Pers krallığından da, olumsuz yanıt verdiği davet almasına yol açmıştır (Altungök, 2016: 355). Bu dönemde MÖ 300’de ilk tıp okulu da kurulmuştur (Alper ve Özdemir, 2004: 93).

İslam Uygarlığı’nda tıba bakıldığında, Selçuklulara kadar çoğunlukla Hristiyan ve kısmen de Yahudilerin meslek olarak hekimliği sürdürdükleri görülmektedir. Selçuklular dönemindeyse bu durum tersine dönerek hekimlik mesleği Müslümanlar tarafından icra edilmeye başlanmıştır (Kayhan, 2011: 156). Hekimlik mesleğinde bir diğer önemli mihenk taşıını oluşturan İbn-i Sina (D.980-Ö.1037) ise hem İslam Uygarlığı hem de dünya ölçeğindeki hekimlik meslek icrası konusunda tıpkı Hipokrat gibi milat oluşturmaktadır. İbn-i Sina tıp bilgisini deney ve gözlemlerine dayanarak tartışıp kimi zaman yeni görüş ve bilgiler öne sürmüştür. İki temel eserinden ilki kalp rahatsızlıkları ve tedavilerini konu almış, altı asır Avrupa ve Asya’da temel tıp kitabı olarak okutulacak olan El Kanun Fi’t Tıbb ise son derece detaylı bir ansiklopedik eser özelliği taşımaktadır (Acıduman, 2002: 116).

Selçuklularla çağdaşı dönemde tıp ve hekimlik mesleğinde de benzer gelişmelerle karşılaşmıştır. Ortaçağ Avrupa’sında ilk defa 1096’da bugünkü İtalya sınırları içerisinde Salerno Tıp okulu kurulmuştur. Salerno tıp okulunda Hipokrat, Galen ve İslam bilginlerinin kitaplarının okutulması müfredatta yer almış, öğrenci seçiminden sınavlara, hekim sorumluluğundan mezuniyet törenine kadar pek çok tanımlanmış süreç belirlenmiştir. Bu okulu başta dönemin İtalyan prenslikleri olmak üzere Avrupa’nın diğer köşelerinden açılan tıp okulları takip etmiştir. 1543’e gelindiğindeyse modern tıp eğitiminin ayrılmaz parçasını oluşturan klinik eğitiminin Giovanni Battista da Monte tarafından St Francis Hastanesi servislerinde yatak başı derslerinin verilmeye başlamasıyla önemli bir aşamaya geçilmiştir. Bu derslerde önce öğrenciler hastaları gözlemleyip hastanın tartışılmasıyla şekillenen bir ders pratiği takip edilmiştir (Elçin, 2010: 197-198).

Sanayi inkılabından hekimlik mesleği de etkilenmiş olup, teknolojik gelişmeler tanı ve tedavi yöntemlerinde gelişim sağlayarak pek çok hastalığın iyileştirilebilmesine imkân tanıyarak özellikle tedavi edici hekimliğin bu dönemde ön plana çıkmasına yol açmış ve bilginin artışıyla da hekimlik mesleğinde uzmanlaşmaya doğru bir dönüşüm süreci gerçekleşmiştir (Alper ve Özdemir, 2004: 93). Tıbbi bilgide yaşanan artış da, hekimlik mesleğinin de güçlü saygın meslekler arasına girmesine yol açmıştır, toplumdaki hekimlerin gücüyle 19. yüzyılın sonlarında artık hakim noktaya gelerek bilginin güç kaynağı konumuna gelişyle hekimlerin sağlık sürecindeki hakimiyeti gerçekleşmiştir (Akkaş ve Erdem, 2017: 48).

Modern dünyada yaşanan önemli bir diğer kırılma noktası ise Abraham Flexner’le gerçekleşmiştir. Flexner ABD ve Kanada’da 162 tıp okulunu inceleyerek bir rapor hazırlamıştır. Bu rapordaki tıp eğitimi modeli/ilkeleri olarak da bilinen modern yaklaşımında temel tıp ve klinik tıp bilimlerini ayırarak tıp fakültelerinde ilk 1-2 yıl temel tıp eğitimi verilmesinin, sonraki 2-3 yılda ise klinik bilimlerde eğitimin sürdürülmesinin gerektiğini savunmuştur. Bu modelin oldukça pratik olması, küresel ölçekte yaygın olarak kabulünü de beraberinde getirmiştir (Sayek vd, 2008: 10).



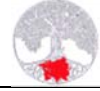
Uluslararası bir meslek birliğinin oluşum süreci ise 20. yüzyılın ilk yarısında tamamlanmıştır. Buna göre ev sahipliğini Fransa' nın yaptığı ve 1926'da kurulan ve kuruluşu sonrasında en çok 23 ülke üyeliğine ulaşabilen "Uluslararası Profesyonel Hekimler Derneği (APIM)" yerine uluslararası bir tıbbi organizasyon oluşturulması çalışmaları II. Dünya Savaşı sırasında İngiltere Tıp Birliği (BMA) öncülüğünde başlatılmıştır. Organizasyonun kuruluş amacıysa bütün müttefik ülke hekimlerini bir araya getirerek barış zamanındaki sorun ve tıbbi uygulamaların tartışılması ve tıp eğitimi koşullarının karşılaştırılması olup Temmuz 1945'te gayri resmi olarak ilk konferans düzenlenmiş, ikincisiyse Eylül 1946'da yine Londra'da gerçekleştirilmiştir. 31 ülkeden 29 temsilcinin gönderildiği Birinci Genel Kurulda organizasyonun temel yasa taslağının hazırlanması için organizasyon komitesi atanmış, organizasyonun adının da "Dünya Tabipler Birliği" olmasına karar verilmiştir. Ardından organizasyona Amerikan Tabipler Birliği de davet edilerek 17-18 Eylül 1947'de organizasyonun kuruluşu ve yasal düzenlemeleri tamamlanmıştır (World Medical Association, The Story of the WMA, <https://www.wma.net/who-we-are/history/>, Erişim: 28/07/2017).

Küresel ölçekli organizasyona sahip olmasına karşılık halen hekimlik mesleğinin en temel standardını oluşturan tıp eğitiminde dahi küresel ölçekte bir uyumdan söz etmek henüz mümkün olamamaktadır. 2006 itibarıyla 1935 aktif tıp eğitimi veren okul mevcuttur (Elçin, 2010: 197-198). Buna karşılık dünya ölçeğinde tıp fakültelerinin çok azı kurum dışı değerlendirme yeterlilik prosedürlerine uymaktadır. Tıp eğitimindeki aşamalar (tıp bilimleri/klinik bilimler/pratik uygulamalar) ülkeden ülkeye değişmekte olup bu değişkenlik de ülkeler arasında diplomaların eşdeğerliliğinin sağlanamamasına yol açmaktadır (Turan Özdemir, 2005: 134).

3.5.2. Hemşirelik Mesleği

Hemşireliğin kökenleri tarihin başlangıcıyla kadının şifacı rolünü yerine getirmesiyle başlamıştır (Turan vd, 2011: 168). Eski Mısır, Hindistan ve Roma uygarlıklarında hasta bakımıyla ilgilenen ve hemşireliğin temelini oluşturan şifacı kadınlar asırlar boyunca usta-çırak ilişkisiyle eğitilmiştir (Kıran ve Taşkiran, 2015: 63). Erken Hristiyanlık döneminde hasta bakımına dair ilk örgütlü hasta bakımı örgütü kilise ve manastırlar bünyesinde çalışan Dekon adı verilen erkekler ve Dekones adı verilen kadınlar tarafından oluşturulmuş (Ökdem vd, 2000: 6) olup, Ortaçağ'da St. John şövalyeleri de hemşirelikle uğraşmışlardır (Kaya vd, 2011: 18). Haçlı seferleri, hekimlik ve hasta bakımının manastırlar çerçevesinde şekillenmesine yol açınca çok sayıda zengin üst zümredeki kadının rahibe olarak hasta bakımıyla ilgilenmesini beraberinde getirmiştir. Bu dönem, hemşireliğin basit şekilde uygulandığı dönem olmuştur. Aydınlanma çağına girişle birlikte tıbbın dini kurumlarla bağını kopartması, hemşirelik hizmetlerinin de 1852-56 arasında Florence Nightingale'in Kırım Savaşı'ndaki faaliyetleriyle modern hemşireliğin başlangıcına kadar durağan bir dönem yaşamasına yol açmıştır (Turan vd, 2011: 169-170). 16. yüzyıldan 19. yüzyıla kadar iyi yetişmiş yetenekli kadınların hiçbirisi hemşirelik mesleğini icraa etmemiştir (Ökdem vd, 2000: 7). Nightingale'e kadar hemşirelik faaliyetlerinde erkekler baskın olmuştur (Kaya vd, 2011: 18). Nightingale'in faaliyetleri de hemşirelik mesleğinin saygı gören bir statüye yükseltilmesini sağlamıştır (Turan vd, 2011: 169-170).

Hemşirelik mesleğinde cinsiyet faktörü küresel ölçekte önem taşımakta olup günümüzde her geçen gün erkek hemşirelerin sayısında artış yaşansa da kadınların ağırlıklı olduğu meslekler arasında yer almaya devam etmektedir (Ünsal vd, 2010: 422). Hatta ülkemizde hemşirelik eğitimi gören erkek öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen bir alan çalışmasında erkek



öğrencilerin mesleği istihdam olanaklarının fazlalığı sebebiyle tercih ettikleri ama mesleği sevmedikleri sonucuyla karşılaşmıştır (Koç, 2010: 322). Erkek hemşirelerin yaşadığı iş stresi de hemşireliğin kadın odaklı meslek olarak toplumca görülmesi gösterilmiştir (Yılmaz ve Karadağ, 2011: 26). Hemşireler içerisinde erkeklerin ağırlığı da ABD’nde %5,7, Kanada’da %9,5 ve İngiltere’de de %10’dur (Kocaer vd, 2004: 24). Nightingale’in 1860’ta açtığı hemşirelik okuluyla modern eğitim sürecinin başlaması sonrasında 1948’de Brown’un “gelecek için hemşirelik” konulu raporu ve 1965’te de Amerikan Hemşireler Birliği hemşirelik eğitiminin yükseköğretim kurumlarında gerçekleştirilmesinin meslekleşme sürecinin ilerlemesine katkı sağlayacağı ifade edilmiştir (Korkmaz, 2011: 63). Uluslararası Hemşirelik Konseyi’nce 1975’te hemşirelik mesleği “temel hemşirelik programını tamamlayarak, ülkesinde hemşireliği uygulamak üzere nitelik ve yetki kazanmış ve yetkisi onaylanmış profesyonel kişi” olarak tanımlanmıştır (Ökdem vd, 2000: 7). Günümüzde gelinen noktada da kişiye yönelik doğrudan hizmet yapan ana sağlık hizmet sunucusu personeller arasındaki yerini almış konumdadır.

3.5.3. Hastane Yöneticiliği

Hekimler ve diğer kişiye yönelik hizmet sunan sağlık uygulayıcısı personel mikro ölçekte hasta bakımıyla ilgilenirken, yöneticiler makro ölçekte bakımla ilgilenmektedir (Çınaroğlu, 2012: 89). Sağlık hizmetlerinin en kaliteli ve düşük maliyetlerle yürütülmesini amaçlayan hastane yöneticiliğindeyse yöneticinin amacı, yönettiği kurumunun toplumca güven ve desteğini kazanmasını sağlayarak diğer sağlık kuruluşlarına örnek kuruluş haline getirmektir (Can ve İbicioğlu, 2008: 257).

Haçlı seferleri döneminde (1090-1300) şövalyelerin yaralı ve yoksul düşen şövalyeler için kurdukları şövalye tarikat birliklerinde hastane hizmetlerini vermeye başladıktan sonra, esas görevlerini oluşturan şövalyeliği yerine getirmeyince kardeş denilen elemanları yanlarına alıp istihdam etmeye başlamışlardır. Daha sonra şövalye tarikat birliklerinin hastanelerinde görev yapan ve şövalye olmayan kardeş ismi verilen bu personel, hastane yönetimini de ele almışlardır (Dilik, 1992: 49-50). Böylece de hastane yöneticiliğin, profesyonel bir meslek haline gelmesinde ilk aşama gerçekleşerek sağlık kurumlarının kurucularının yerine profesyonellerin yönetimi başlamıştır. Ancak kardeş olarak ifade edilen bu profesyonellerin tıbbi hizmetleri de veren kimseler olması, müstakil bir hekim-hastane yöneticisi ayrışmasının oluşmasını henüz sağlayamamıştır. Kurucu-yönetici ayrışmasını sağlayabilmiştir.

Sağlık kurumları yöneticiliğinin modern anlamda profesyonel bir meslek olarak özel eğitim gerektirdiğine ilişkin görüşün oluşumuysa oldukça yenidir. En yaygın olarak bilinen sağlık yöneticiliği alanıysa hastane yöneticiliğidir (Çimen, 2010: 137). ABD’nde hastane yöneticiliği için özel eğitim alınması gerektiği görüşü 1910’larda başlamıştır (Yorulmaz vd, 2015: 16). Sağlık yöneticiliği alanındaki ilk eğitim programıysa ABD’nde Chicago Üniversitesi İşletme Okulu’nda 1934’te "Hastane Yönetimi Yüksek Lisans Programı" adı altında başlatılmıştır (Kahyaoglu, 2013: 16). Buna karşılık 1960’a kadar hekimlerin hastane yöneticisi olması olağan bir durumken, teknoloji ve tıp alanındaki gelişmelerle birlikte bu durum aşamalı olarak değişim göstermeye başlamıştır (Çınaroğlu, 2012: 94). Ancak halen bu süreç tamamlanabilmiş değildir. Hastane yöneticilerinin profesyonel meslek mensubu olarak başarılı olabilmeleri için eğitim almaları bir gerek haline gelmiştir. Mesleki eğitim almadan hastane yöneticiliği yapmak oldukça zordur (Şahman vd, 2008: 3).



Günümüzde halen hastane yöneticilerinin önemli kısmı hekimlerden oluşmaya devam ederken yüzlerce yıl öncesinde Osmanlı dönemi Türkiye’inde hastane yöneticileri hekimler yerine hekim olmayanlar arasından seçilmiştir. Bu dönem boyunca hastaneni bütün idari ve mali meseleleriyle “Müdür-i hastane” adı verilen hastane yöneticisi ilgilenirken, günümüzdeki başhekimliğe denk gelen hastane hekim şefleri hasta hizmetleri ve yönetimindeki hekimlerin koordinasyonunu sağlamakla görevli olmuşlardır (Yorulmaz, 2015: 14-15). Kısacası günümüzde ulaşılmaya çalışılan hastane yöneticiliği ve hekimlik mesleklerinin profesyonel ayrımı, yüzlerce yıl öncesinde ülkemizde gerçekleştirilmiştir.

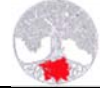
Hastane yönetimi temel olarak tıbbi yönetim ve genel yönetim olarak ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi yönetimde sağlık hizmetlerinin (hasta bakım ve tedavisi hizmetleri, hemşirelik ve tıbbi personel) yönetimini içermektedir. Buna karşılık genel yönetim ise diğer kurumlardaki yönetim fonksiyonlarına ek olarak hasta bakımına yardımcı hizmetleri oluşturan diyet, yitecek-içecek, çamaşırhane gibi destek hizmetleri ve büro yönetimi, mali yönetim, personel yönetimini de bünyesinde barındırmaktadır (Özgener ve Küçük, 2008: 342).

Sonuç

Dezavantajlığın (yoksunluğun) giderilmesini amaçlayan sosyal politika içerisinde, toplumun yol açtığı ve/ya toplumun etkilendiği tehlikeleri ifade eden sosyal risklere karşı korumayı amaçlayan sosyal güvenlik önemli bölümü oluşturmaktadır. Sosyal riskler arasında yer alan sağlık/hastalık riski de hem karşılık esasına dayanan primli sosyal güvenlik rejimi ve karşılık esasına dayanmayan sosyal güvenlik rejimi içerisinde önemli bir yeri işgal etmektedir. Bu doğrultuda da sağlık hizmetlerinin geniş bir kapsama erişimi, modern sosyal hukuk devleti içerisinde gerçekleşmiştir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, sosyal güvenlik kapsamında yer almayıp toplumun tamamını hastalık riski oluşmadan önlemek amacını gütmesi sebebiyle doğrudan merkezi bütçeye bağlı olarak gerçekleştirilen bireysel ve çevreye yönelik uygulamaları içermektedir. Bu özelliğiyle de koruyucu sağlık hizmetlerinin hem merkezi hem de yerel yönetimlerin faaliyetlerinin eşgüdüm halinde olmasıyla başarılı olabilmek imkânı bulunmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerindeyse pozitif dışsallığın yoğun olmasına karşılık hizmet alıcısının birey oluşundan dolayı yarı kamusal hizmet özelliğini göstermesiyle birlikte fiyatlandırılabilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin aksine hizmet alıcısı-hizmet sunucusu arasında hizmet-fiyat ilişkisinin yoğun şekilde kurulmasına yol açmaktadır. Piyasa şartlarına terkedilen tedavi edici sağlık hizmetlerindeyse, ödeme gücü olmayan veya yetersiz konumda olanların hizmet alımlarının gerçekleşmemesi veya sınırlanmasıyla oluşan sosyal fayda kaybının önlenmesindeyse, dezavantajlı söz konusu kesimlere yönelik devletin aktif sosyal politika uygulamalarına girişmesi ihtiyacı doğmaktadır. İster karşılığa dayanan sosyal sigortalar olsun isterse de karşılığa dayanmayan sosyal yardım ve hizmet faaliyetleri olsun, söz konusu dezavantajlı kitle hacminin minimize edilmesinde son derece etkili rol oynamaktadır.

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri de tedavi edici sağlık hizmetlerinde olduğu gibi faydalananların ayrıştırılabilmesi sebebiyle yarı kamusal hizmet özelliği göstermektedir. İster tıbbi isterse de sosyal rehabilitasyon hizmetleri olsun, her ikisinde de topluma bireyin yeniden kazandırılabilmesi, oldukça uzun ve masraflı bir süreci beraberinde getirmektedir. Bu da toplum içerisinde çoğu kesimin, söz konusu durum karşısında dezavantajlı konuma düşmelerine yol açmaktadır. Dolayısıyla da tedavi edici sağlık hizmetlerinde olduğu gibi kapsamlı sosyal politika uygulamalarının gerçekleştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.



Çoğu zaman koruyucu sağlık hizmetleriyle karıştırılan geliştirici sağlık hizmetlerinde yaşam standartlarının yükseltilmesi odaklı oluşuyla, sosyal politika uygulamaları içerisinde çok geniş bir uygulamalar bütününe geliştirici sağlık hizmetleriyle ilişkilendirilebilmesine imkan tanımaktadır. Örneğin yoksulluğun önlenmesine yönelik gerçekleştirilen nakdi (parasal) ve ayni (gıda, giyim, barınma vd) sosyal yardımlar dahi aynı zamanda geliştirici sağlık hizmeti özelliği gösterebilmektedir.

Etkin ve başarılı bir sosyal politika uygulamalar bütününe gerçekleştirilebilmesi için sağlık hizmetleri sisteminin de son derece etkin ve alt sistemlerin birbirini tamamlayan özellikte olması gereklidir. Bu kapsamda sağlık hizmet sunucusu kurumlardan personele, sağlık hizmetlerinin finansmanına kadar dezavantajlılığı minimize edecek sistem oluşturulmalıdır. Sonuçta sağlık hizmetleri bireyin yararlanması için zorlanması gereken erdemli hizmet özelliğine sahiptir. Pozitif dışsallığın oluşu sebebiyle de yararlanmayanın olması durumunda toplum fayda kaybına uğrayacaktır. Bu sebeple de kamusal özellikte bulunmakta olup, eşitlikçi olunması gereken ve devlet müdahalesini zorunlu kılan hizmet özelliğindedir. Yüksek yatırım maliyetleri sebebiyle çok kısa zamanda doğal tekele dönüşebilen sağlık hizmetlerine ne zaman ve ne ölçüde ihtiyaç duyulacağı belirsiz olup, söz konusu talep belirsizliğine karşılık yüksek uzmanlaşma gerektiren personele ihtiyaç duyulmaktadır ve verilen hizmet de standartlaştırılması oldukça güç olan çıktılar ölçülemeyen soyut özelliklidir. Buna karşılık üretiminde emek yoğun yapı mevcuttur. Sağlık personelinin tüm süreçlerde yer alması ihtiyacı söz konusu emek yoğun yapıyı zorunlu kılmaktadır. Ayrıca da dezavantajlılığı destekleyecek asimetrik bilgi özelliğiyle hekim-hasta ilişkisinin kontrol altında tutulması mutlak bir zorunluluktur.

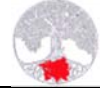
Kökenleri binlerce yıl öncesine dayanan hekimlik ve hemşirelik meslekleri de günümüzde son derece önemli değişikliklere uğramış olup sağlık hizmet sunumunda uzmanlık ve çoğu zaman da birbirinden ayrıran ihtisaslaşmayı gerektirmesiyle, milli/ulusal ölçekte sayısal yetersizliğin aşılması ihtiyacını doğurmaktadır. Elbette sağlık personel çeşitliliği de söz konusu ayrıran ihtisaslaşmayla oldukça çeşitlenmiş konumdadır. Bu durum da personel ihtiyacının çoğu zaman oluşan ihtiyacı karşılayamamasını desteklemektedir. Buna ek olarak sağlık kurumlarının karmaşık çok bileşenli yapısı, günümüz şartlarında hastane yöneticilerinin de ayrı bir branş olarak sağlık hizmet sisteminin tüm alt sistemleriyle eşgüdüm içerisinde işleyebilmesi için stratejik öneme erişmiş konumdadır. Bütün bu karmaşık yapının piyasa şartlarına terkedilmesiye dezavantajlılığı mutlak şekilde arttıracaktır. Dolayısıyla da sosyal politika uygulamalarını zorunlu kılmaktadır.

Sağlık hizmet kurumları da sağlık hizmet türlerine göre çeşitlenmiş konumdadır. Basamak zinciriyle şekillendirilen tedavi edici sağlık hizmet sunucularından, rehabilite edici sağlık hizmet sunucusu rehabilitasyon merkezlerine, koruyucu sağlık hizmet sunucusu ana-çocuk sağlığı merkezlerinden verem savaş dispanserlerine kadar çok sayıda ve son derece fazla çeşitlilikte sağlık hizmet kurumlarının aktif şekilde çalışması ihtiyacı mevcuttur. Bu da son derece geniş kapsamlı aktif sosyal politika uygulamalarını zorunlu kılan bir diğer unsur olarak ortaya çıkmaktadır.



REFERENCES

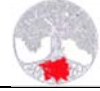
- Acıduman, Ahmet (2002), “İbn-İ Sinâ’nın Bilim Tarihindeki Yeri: Kuhn’ca Bir Yaklaşım”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 55 (2): 115-122.
- Akkaş, Elif ve Ramazan Erdem (2017), “Hekimlik Meslek Kültürünü Belirleyen Olguların Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 8 (17): 47-57
- Alper, Züleyha ve Hakan Özdemir (2004), “Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesini Tercih Eden Öğrencilerin Kimi Sosyo-Demografik Özellikleri ve Mesleğe Bakış Açıları”, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 30 (2) 93-96.
- Altungök, Ahmet (2016), “İslam Öncesi Dönem İran’da Tıp ve Tebabet”, Tarih İncelemeleri Dergisi, 31 (2): 353-382.
- Arda, Berna (1996), “Hastalık Olgusunun Tarihsel Açıklanışında Önemli Bir Kavram: Etki Göçü”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 4 (2): 105-112.
- Ateş, Metin (2013), Sağlık Sistemleri, 2. Baskı, Beta yayınları, İstanbul.
- Bayın, Gamze ve Yasemin Akbulut (2012), “Sağlık Sektöründe Sosyal Pazarlamanın Kullanımı”, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1): 53-72.
- Berg, Andreas (2004), “On the Redistributive Effect of Bismarckian Social Insurance,” Finnish Economic Papers, 17(2): 73-78.
- Bingöl, Orhan (2017), “Sosyolojik Reçetelerle Sağlık”, Kaygı Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Felsefe Dergisi, 28: 159-172.
- Camkurt, Mehmet Zülfi (2014), “Yaşlılık ve Yaşlıların Sosyal Güvenliği Kapsamında 65 Yaş Aylığı Bağlanması İşlemleri”, Kamu-İş İş Hukuku ve İktisat Dergisi, 13 (3): 71-106.
- Can, Ali ve Hasan İbicioğlu (2008), “Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13 (3): 253-275.
- Cirhinlioğlu, Zafer (2003), “Sağlığın Sosyal Boyutu ve Postmodernizmin Sağlığa Getirdiği Bakış Açısı”, s. 16-46, Kültür ve Hemşirelik Sempozyumu, 4-5 Temmuz 2003, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu ve Nevşehir Sağlık Yüksekokulu, Kapadokya.
- Cirhinlioğlu, Zafer (2012), Sağlık Sosyolojisi, 3. Basım, Nobel yayınevi, İstanbul.
- Conde-Ruiz, J. Ignacio ve Paola Profeta (2003), What Social Security?: Beveridgean or Bismarckian, Milano, Fundacion de Estudios de Economia Aplicada (FEDEA).
- Çınaroğlu, Songül (2012), “Yönetim Eğitiminde Yeni Yaklaşımlar ve Hastanelerde Profesyonel Yönetici İhtiyacı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15 (1): 79-110.
- Çimen, Mesut (2010), “Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetim Eğitimi”, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1 (3): 136-139.
- Demir, Müge (2016), “Şamanizm’de Hastalık Kavramı ve Tedavi Yaklaşımları”, Lokman Hekim Dergisi, 6 (1): 19-24.
- Dilik, Sait (1988), “Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 43 (1): 42-80.
- Elçin, Melih (2010), “Tıp Eğitiminin Tarihçesi”, Hacettepe Tıp Dergisi, 41 (4): 195-202.
- Erdoğan, Eyüp (2016), “Bilimin Doğuşunu Tarihsel Süreklilik İçerisinde İrdeleme Bilimin Doğuşu”, Lokman Hekim Dergisi, 6 (3): 165-173.
- Ertürk Atabey, Selin (2012), Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası, Gazi kitabevi, Ankara.



- Fedotoviç, Jelobtsov F., (1994), "Saha Yeri ve Saha Türkleri", Çeviren. S. Gömeç, Tarih Araştırmaları Dergisi, 16 (27): 227-241.
- Fişek, Nusret (1983), Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara.
- Gökçay, Banu ve Berna Arda (2013), "Tıp Tarihi Açısından Uyku ve Uyku Araştırmaları", Lokman Hekim Dergisi, 3 (1): 70-78.
- Gürgeç, Uğur, Ayşe Özada, Hanife Serin ve Ahmet Münir Acuner (2013), "Ayaktan Tedavi Hizmeti Alan Hastaların Hasta Memnuniyeti: Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Örneği", s. 320-331, 7. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 27-29 Eylül 2013 Konya Bildiriler Kitabı, Konya.
- Güvenç, Bozkurt (2003), "Sağlık ve Hastalık Kültürleri", s. 1-15, Kültür ve Hemşirelik Sempozyumu, 4-5 Temmuz 2003, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu ve Nevşehir Sağlık Yüksekokulu, Kapadokya.
- Huber, Ernst Rudolf (1970) "Modern Endüstri Toplumunda Hukuk Devleti ve Sosyal Devlet," çev. Tuğrul Ansay, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 27(3): 27-51.
- İçağasıoğlu Çoban, Arzu ve Cengiz Özbesler (2009), "Türkiye'de Aileye Yönelik Sosyal Politika ve Hizmetler," Aile ve Toplum, 5 (18): 31-42.
- İlgili, Önder, Serap Şahinoğlu, Ahmet Acıduman, Kemal Tuzcu ve Şehriyar Şems (2016), "İslam Dünyasında Hekim Andı Uygulaması ve Hipokrat Andı'nın İzleri (İslam Dünyasında Hekim Andı)", Lokman Hekim Dergisi, 6 (3): 138-146.
- İzgi, Mustafa Cumhur (2012), "Şamanizm ve Şamanlara Genel Bakış", Lokman Hekim Dergisi, 2 (1): 31-38.
- Jensen, Svend Hougard E., Morten I. Lau ve Panu Poutvaara (2004), "Efficiency and Equity Aspects of Alternative Social Security Rules" FinanzArchiv: Public Finance Analysis, 60 (3): 325-358.
- JWBK (2006), "Introduction:" Pension Economics, August 20.
- Kahyaoğlu, Fatma, Aygül Yanık, ve Dilaver Tengilimoğlu (2013), "Batı Akdeniz Bölgesi Sağlık Kurumları Yöneticilerinde Mesleki Yeterliliklerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma", Electronic Journal of Vocational Colleges, 3 (1): 15-27.
- Kaya, Nurten, Nuray Turan ve Aylin Öztürk, (2011), "Türkiye'de erkek hemşire imgesi", Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 8 (1): 16-30.
- Kayhan, Hüseyin (2011), "Selçuklular Devrinde Tıp Bilimi ve Hekimler Hakkında Notlar", History Studies, 3 (1): 155-163.
- Kıran, Bülent ve Elif Gizem Taşkıran (2015), "Türkiye'de Hemşirelik Eğitimi ve İnsangücü Planlamasına Bakış", Lokman Hekim Dergisi, 5 (2): 62-68.
- Kocaer, Ümmühan, Tuğba Öztıp, Nihal Usta, Derya Gökçek, Nefise Bahçecik, Havva Öztürk ve Eylem Paslı (2004), "Hemşirelik Mesleğinde Erkek Üyelerin Yeri", Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7 (2): 23-29.
- Koç, Zeliha, Cansev Bal ve Zeynep Sağlam (2010), "Erkek Öğrenci Hemşirelerin Hemşirelik Mesleğini Algılama Durumlarının Belirlenmesi", Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi – Sempozyum Özel Sayısı, 318-323.
- Koray, Meryem (2005), Sosyal Politika, 2. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara.
- Korkmaz, Fatoş (2011), "Meslekleşme ve Ülkemizde Hemşirelik", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 18 (2): 59-67.
- Kurşun Ekiz, Arzu ve Cemil Rakıcı (2013), "Giresun İlinde Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Sosyal Refah Yönünden Değerlendirilmesi", s. 22-32, 7. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 27-29 Eylül 2013 Konya Bildiriler Kitabı, Konya.



- Laçiner, Vedat ve Yavuz, Ömer (2013), “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Afetler Karşısındaki Durumu”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 27 (4), 63-89.
- Man, Fuat ve Balcı, Ali (2006), “Postmodern Dönemde Modern Bir Pratik Olarak Sağlık”, Uluslararası Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, Kocaeli Üniversitesi, 3-5 Kasım 2006.
- Ökdem, Şeyda, Aysel Abbasoğlu ve Nevin Doğan (2000), “Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi”, Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, 1 (1): 5-11.
- Özbolat, Murat (2011), Temel Sigortacılık, 5. Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara.
- Özdemir, Süleyman (2006), “Refah Devletinin Gelişme ve Bunalım Dönemlerinde İş Piyasaları”, İ.Ü. İktisat Fakültesi Mecmuası, Prof. Dr. Toker Dereli’ ye Armağan, 55(1): 695-733.
- Özgener, Şevki ve Fatma Küçük (2008), "Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama" Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 19: 341-358.
- Öztürk Türkmen, Hafize (2011), “Tarihsel Olarak Kadın Şifacılık ve Tıbbın Değerleri”, Lokman Hekim Dergisi, 1 (2): 21-27.
- Sargutan, A. Erdal (2005), “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, 8 (3): 400-428.
- Sayek, İskender, Nural Kiper ve Orhan Odabaşı (2008), Türk Tabipler Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2008, TTB Merkez Konseyi yayını, Ankara.
- Sayım, Ferhat (2011) "Sağlık Bakanlığı Web Tabanlı Merkezi Kayıt Modüllerinin Hastanelerde Muhasebe Düzeni ve Sistemi Açılımlarından Değerlendirmesi", Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 21: 263-284.
- Sayım, Ferhat (2015), “Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler” Akademik Arge Dergisi, Sosyal Bilimler, 15 (1): 89-98.
- Sertel, Nur (1994), Devlet Görevlerindeki Gelişmelerin Sonucu Olarak Sosyal Devlet, İ.Ü. İktisat Fakültesi Yayınları, İstanbul.
- Seviğ, Ümit (2003), “Farklı Kültürlerde Bir Hastalığın Yaşanışı”, s. 87-99, Kültür ve Hemşirelik Sempozyumu, 4-5 Temmuz 2003, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu ve Nevşehir Sağlık Yüksekokulu, Kapadokya.
- Soysal, Mümtaz (1997), 100 Soruda Anayasanın Anlamı, 11. Baskı, Gerçek yayınları, İstanbul.
- Şahman, İlkem, Dilaver Tengilimoğlu ve Oğuz Işık (2008), “Özel Hastanelerde Yönetimin Profesyonelleşmesinin, Kurumsallaşma Süreci Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Alan Çalışması”, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 10 (2): 1-23.
- Şenkal, Abdülkadir (2005), “Sivil Toplum ve Sosyal Sermaye: Sosyal Politikaya Dayalı Alternatif Kalkınma Modeli Arayışları”, İktisat Fakültesi Mecmuası Prof. Dr. Toker Dereli’ye Armağan, 55 (1): 791-810.
- Şenkal, Abdülkadir (2005), “Sosyal Politika ve Sosyal Vatandaşlık: Kölelikten Sosyal Vatandaşlığa (Avrupa Birliği Sosyal Vatandaşlık Örneği),” İ.Ü. Sosyal Siyaset Konferansları, Prof. Dr. Nevzat Yalçıntaş’ a Armağan Özel Sayısı, 50. Kitap: 225-258.
- Talas, Cahit (1956), “Harp Sonu Anayasalarında Sosyal Haklar”, A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 11 (3): 286-302.
- Talas, Cahit (1965), “Başbakan İsmet İnönü ve Sosyal Politika”, A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 20 (1): 341-358.



- Tokol, Aysel (2000), Sosyal Politika, 2. baskı, Vipaş A.Ş, Bursa.
- Toprak, Zerrin (2008), “Yerelde Yönetişim Olgusunda Demokratik Kazanımları Teorik ve Pratik Temelli Yaklaşımlar (Türkiye ve İzmir)”, s. 325-356, 2. Bölgesel Kalkınma ve Yönetişim Sempozyumu “Çok Düzlemli Yönetişim” Bildiriler Kitabı, İzmir, TEPAV, 2008.
- TTB, Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı Bildirisi, Alma Ata, 12 Eylül 1978,
https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararası-konferansı-bdalma-ata&catid=6:uluslararasıylge&Itemid=36&1534-D83A_1933715A=a408c8fa7133122b626888d0e049d6adb10dfc01, Erişim: 04/07/2017.
- Tuna, Orhan ve Nevzat Yalçıntaş (1994), Sosyal Siyaset, İstanbul, Filiz kitabevi.
- Turamanlar, Ozan ve Ahmet Songur (2014), “Sezaryen Ameliyatının Tarihsel Gelişimine Anatomik Açıdan Bakış”, Lokman Hekim Dergisi, 4 (2): 8-12.
- Turan Özdemir, Senem (2005), “Tıp Eğitimi ve Standartlar”, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 31 (2): 133-137.
- Turan, Ercan (2003), “Sosyal Güvenlik Hakkı”, Kamu-İş İş Hukuku ve İktisat Dergisi, 7 (3): 1-20.
- Tüfekci, Nezihe ve Hasan Asıgbulmuş (2016), “Hasta Memnuniyeti ve Hastane Tercihinde Etkili Olan Faktörler: Isparta İli Örneği”, Journal of Current Researches on Health Sector, 6 (2): 71-92.
- Uğurlu, M. Cemil (1997), “Hipokrat”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 50 (2): 67-78.
- Ünal, Erdiñç (2013), Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi, Ekin Yayınları, Bursa.
- Ünsal, Ayla, İbrahim Akalın ve Volkan Yılmaz (2010), “Farklı Meslek Çalışanlarının Erkek Hemşirelere İlişkin Görüşleri”, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7 (1): 420-431.
- World Medical Association, The Story of the WMA, <https://www.wma.net/who-we-are/history/>, Erişim: 28/07/2017.
- Yalçın, Aydın (1969), İktisadi Politika Üzerinde Düşünceler, Ak yayınları, İstanbul.
- Yazgan, Turan (1975), Gelir Dağılımı Açısından Sosyal Güvenlik, İ.Ü. İktisat Fakültesi Yayınları, İstanbul.
- Yazgan, Turan (1977), Sosyal Sigorta, İ.Ü. İktisat Fakültesi Yayınları, İstanbul.
- Yeğenoğlu, Selen, Bilge Sözen Şahne ve Elif Ulutaş (2016), “Hitit Uygarlığı’nda Bitkilerin Yeri”, Lokman Hekim Dergisi, 6 (3): 117-120.
- Yılmaz, Mualla ve Gülendam Karadağ (2011), “Erkek Öğrenci Hemşireler Hemşirelik Mesleğini Nasıl Algılıyor?”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, (4) 1: 21-28.
- Yılmaz, Mualla, Aylin Öztürk, Hatice Kaya ve Türkinaz Atabek Aştı (2011), “Toplumsal Cinsiyet ve Hemşirelik”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, (4) 1: 167-173.
- Yorulmaz, Mehmet, Mehmet Gençtürk, ve Mustafa Demirkıran (2015) "Historical Development of Health Management Training in Turkey", Journal of International Health Sciences and Management, 1(1): 14-20.
- Yumuşak, İbrahim Güran, ve Durmuş Çağrı Yıldırım (2009), "Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme", Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 4 (1): 57-70.