

T.C.
İSTANBUL RUMELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**TÜRKİYE’DE PANDEMİ YÖNETİMİ POLİTİKALARI VE SAĞLIK
EKONOMİSİNE ETKİLERİ: COVID-19 ÖRNEĞİ**

**İŞLETME ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan
Nurullah ARIKAN
Tez Danışmanı:
Dr. Öğr. Üyesi Armağan ÖRKİ**

İSTANBUL - 2021

T.C.
İSTANBUL RUMELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**TÜRKİYE'DE PANDEMİ YÖNETİMİ POLİTİKALARI VE SAĞLIK
EKONOMİSİNE ETKİLERİ: COVID-19 ÖRNEĞİ**

**İŞLETME ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan
Nurullah ARIKAN
Tez Danışmanı:
Dr. Öğr. Üyesi Armağan ÖRKİ**

İSTANBUL - 2021

BEYAN

T.C. İstanbul Rumeli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü bünyesinde bulunan Tez Yazım kılavuzu yazım kurallarına uygun biçimde hazırlamış olduğum bu çalışma içinde yer alan bütün veri ve bilgilerin tam olduğuna, akademik kurallara uygun biçimde elde ettiğimi bildiririm. Lisansüstü Tez Yazım çalışması içinde belirli kısımda ya da tamamında bir değişiklik yapmadığımı ve çalışmanın bana ait olduğunu bildiririm.

Aynı zamanda bu çalışmanın temelinde yer alamayan bütün materyal ve sonuçları eksiksiz biçimde aktardığımı ve faydalanmış olduğum kaynaklara akademik kurallar çerçevesinde atıfta bulunduğumu, bunun aksi durumla karşılaşılması halinde bütün hak kayıplarını kabul ettiğimi beyan ederim.

☐

Etik Kurulu onayına ihtiyaç bulunmaktadır.

☒

Etik Kurulu onayına ihtiyaç bulunmamaktadır.

ÖZET

(Yüksek Lisans Tezi)

TÜRKİYE’DE PANDEMİ YÖNETİMİ POLİTİKALARI VE SAĞLIK EKONOMİSİNE ETKİLERİ: COVID-19 ÖRNEĞİ

Nurullah ARIKAN

T.C. İstanbul Rumeli Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Armağan ÖRKİ

Bu çalışmanın konusunu 2019 yılının Aralık ayında Çin Halk Cumhuriyeti’nde ortaya çıkan ve kısa süre içerisinde küresel düzeye yayılan ölümcül Covid-19 salgını ile Türkiye’nin mücadelesi, izlediği politikalar ve aktörler üzerinden analizi oluşturmaktadır. Günümüz toplumlarını belirsizlikler içeren risk toplumu olarak niteleyen yaklaşımlardan esinlenilerek biyolojik bir afet türü olan salgınla mücadele, önce afet yönetimi sürecinin iki önemli unsuru olan risk yönetimi ve kriz yönetimi kavramlarıyla ilişkilendirilmekte, ardından Türkiye’nin her iki aşamaya denk gelen politikaları, kamu politikası yaklaşımlarından süreç yaklaşımı yardımıyla aşamalar halinde değerlendirilmektedir. Yazının amacı; Türkiye’nin risk yönetimi süreci kapsamında değerlendirilen hazırlık planı ve sağlık altyapısı ile kriz yönetimi aşamasında benimsemiş olduğu tedbir stratejisi kapsamında salgına müdahalesi, toplumsal bilinçlendirme çalışmaları, sosyal hareketliliğin azaltılması, ulaşım ve dolaşımın sınırlandırılması, ekonomik düzenlemeler, toplumsal yardımlaşma ve dayanışma ile aşamalı normalleşme süreçlerini ele almaktır. Özellikle toplumun açıklık ve şeffaflık ilkeleri doğrultusunda bilgilendirilmesi, uygulanan politikaların kanıta dayalı olarak belirlenmesi, sürecin yönetiminde aktörler arası işbirliği ve eşgüdüm olması, aktörlerin sorumluluk alanlarının belirlenmesi, alınan tedbirlerde ölçülü davranılarak istisnai koşulların düzenlenmesi bu sürecin yürütülmesinde gözetilen ilkeler olmuştur. Toplumsal yaşamı felce uğratan, devletlerin sınırlarını kapatmasına ve şehirlerin karantina altına alınmasına yol açan, sağlık altyapısı başta olmak üzere ekonomik yapıları alt üst eden, etkileri henüz tam olarak ölçülme de derin olacağı varsayılan bu salgın sürecinde Türkiye’nin deneyimi ve

m¼cadelesinin gelecekte karşılaşılabilecek riskler karşısında uygulanacak olan politikaların belirlenmesinde bir model olabileceği varsayılmaktadır. Literat¼r taraması yöntemiyle, güncel veriler ve kaynaklar taranarak hazırlanan çalışma, giriş ve sonuç böl¼mleri dışında üç başlık halinde kurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Pandemi Yönetimi, Sağlık Ekonomisi, Covid-19.



SUMMARY

(M.Sc. Thesis)

THE MANAGEMENT POLICIES OF PANDEMY IN TURKEY AND ITS EFFECT ON THE HEALT ECONOMIES: THE CASE OF COVID-19

Nurullah ARIKAN

T.C. İstanbul Rumeli University

Graduate Education Institute

İşletme Department

Assist. Prof. Dr. Armağan ORKİ

The subject of this study, occurring in December of 2019 in China and spread globally in a short time, with Turkey's fight against the deadly epidemic of Covid-19 is an analysis of the policies and actors over. Inspired by today's society of the approach qualifies as a risk society, including uncertainties fighting secretion a biological disaster type, two important elements of the risk management and is associated with the concept of crisis management and then policies on stage with the aid of the process approach to public policy approach corresponding to each stage of Turkey's disaster management process before It is evaluated. The aim of Turkey's risk management processes within the scope of the assessed preparedness plans and health infrastructure of crisis management which was adopted at the stage of measures strategy of intervention epidemic scope, social awareness, reduction of social mobility, limiting the transportation and circulation, economic regulation, progressive social solidarity to deal with the normalization processes. In particular, informing the society in line with the principles of openness and transparency, determining the policies applied based on evidence, cooperation and coordination between actors in the management of the process, determining the areas of responsibility of the actors, and regulating exceptional conditions by taking the measures taken have been the principles observed in the execution of this process. Crippling social life, the state of the closure of the border and that led to the quarantine of the city, especially in health infrastructure, economic structure upside that effect will be applied yet exactly the opposite not measured well depth will be the default Turkey's experience and the risks that may be encountered in the future

of the fight against this epidemic process It is assumed to be a model for determining existing policies. The study, which was prepared by scanning the current data and sources with the literature review method, was organized under three titles, except for the introduction and conclusion sections.

Keywords: Pandemic Management, Health Economics, the Covid-19.



İÇİNDEKİLER

SAYFA

ÖZET.....	I
SUMMARY	III
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLolar LİSTESİ	VII
ŞEKİLLER LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR.....	IX
TEŞEKKÜR.....	X
GİRİŞ.....	1
TEZİN PROBLEMİ	1
TEZİN AMACI	2
TEZİN ÖNEMİ	3
TEZİN YÖNTEMİ	3
BİRİNCİ BÖLÜM	4
PANDEMİ	4
1.1. 1900'LÜ YILLARDAN GÜNÜMÜZE PANDEMİLER.....	4
1.1.1. Veba (Kara Ölüm).....	4
1.1.2. HIV/AIDS	4
1.1.3. İspanyol Gribi.....	5
1.1.4. Asya Gribi	5
1.1.5. Kolera	5
1.1.6. Tifüs.....	5
1.1.7. Ebola	5
1.1.8. Çiçek	6
1.2. YENİ CORONA VİRÜS KAVRAMI.....	6
1.3. COVID-19 PANDEMİSİNİN SEYRİ	6
1.4. PANDEMİ HAZIRLIK DURUMU	7
1.5. COVID-19'DA TANI KOYMA VE TEDAVİ.....	8
1.6. COVID-19 HASTALIĞINDAN KORUNMA YOLLARI	9
1.6.1. Covid-19 Pandemisinde Yanlış Bilinenler.....	9
1.6.2. Covid-19 Pandemisinde Çalışan Sağlığı	10
1.6.3. Türkiye'de Covid-19 Konusunda Mevcut Durum	11
1.7. COVID-19 VE GELECEK ÖNGÖRÜLERİ.....	12
İKİNCİ BÖLÜM.....	13
SAĞLIK HİZMETLERİ.....	13
2.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI	13
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMACI	15
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ.....	15
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	20
2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	20

2.4.2. Tedavi Hizmetleri	22
2.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	23
2.4.4. Sağlığı Geliştirici Hizmetler	23
2.5. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ	24
2.5.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem Sağlık Hizmetleri.....	24
2.5.2. Sağlık Hizmetleri Kuruluş Dönemi (1920-1923).....	25
2.5.3. Sağlık Hizmetleri Kurumsallaşma Dönemi (1923-1946)	26
2.5.4. Milli Sağlık Dönemi Sağlık Hizmetleri (1946-1960).....	27
2.5.5. Sosyalizasyon Dönemi Sağlık Hizmetleri (1960-1980)	29
2.5.6. Yeni Dönem Sağlık Hizmetleri (1980-2020)	31
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	40
TÜRKİYE’DE PANDEMİ YÖNETİMİ POLİTİKALARI VE SAĞLIK EKONOMİSİNE ETKİLERİ	40
3.1. PANDEMİ SÜRECİNDE KRİZ YÖNETİMİ VE FİNANSAL YÖNETİM	40
3.1.1. Pandemi Sürecinin Tahlil Edilmesi	40
3.1.2. Pandemi Sürecinde Kriz Yönetimi ve Önemi.....	41
3.1.3. Pandemi Sürecinde Finansal Yönetim ve Önemi	41
3.1.4. Pandemi Sürecinde Olası Krizler ve Finansal Sorunlara Alınan Önlemler ve Getirileri	44
3.2. COVID-19’UN EKONOMİYE ETKİSİ	49
3.2.1. Covid-19 Salgını ve Türkiye Ekonomisine Etkileri	49
3.2.2. Covid-19 Virüsünün Sektörlere Etkileri.....	54
3.2.3. Türkiye’de ve Diğer Ülkelerde Alınan Önlemler.....	55
3.2.4. Türkiye’nin Yapması Gerekenler	58
SONUÇ	60
KAYNAKÇA	61

TABLÖLER LİSTESİ

SAYFA

Tablo-1 Fiziksel Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklar.	16
--	----



ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA

Şekil-1 Sağlık Hizmetleri Endüstrisi	17
---	----



KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
ICOH	: Uluslararası İş Sağliğı Komisyonu
IIF	: Identification Friend or Foe (Dost-Düşman Tespiti)
IMF	: Uluslararası Para Fonu
İİT	: İslam İşbirliği Teşkilatı
İSG	: İş Sağliğı Ve Güvenliği
KDV	: Katma Değer Vergisi
KGF	: Kredi Garanti Fonu
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
rRTPCR	: Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TEDAŞ	: Türkiye Elektrik Dağıtım Anonim Şirketi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TEŞEKKÜR

Yoğun çalışma temposuna rağmen tez sürecimin başından sonuna kadar desteğini hiç esirgemeyen her süreçte yanımda olduğunu hissettiğim danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Armağan Örkü'ye, varlığı sabrı ve enerjisi ile beni pozitif yönde etkileyen eşim A. Çiğdem Tezeller Arıkan'a, yanımda olmasa da iletişim ağlarının desteği ile hep varlığını hissettiren kızım Tuana Bilge Arıkan'a, desteğini sürekli arkamda hissettiğim aile üyelerim ve arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.



GİRİŞ

TEZİN PROBLEMİ

Covid-19 ile mücadelede aslında en önemli olan eksiklere bakıldığında, gerekli olan bilgilerin ya da verilerin eksik olması ve bunların getirmiş olduğu belirsizlik halinin ön plana çıktığı görülmektedir. Aşı geliştirilmiş olsun ya da olmasın, virüs sıcaklığının ve zirve salgınının virüsün Türkiye ve dünyadaki çoğunun nasıl yayıldığını ve insan ölümü için en gerekli bilginin nasıl iletildiğini görebilirsiniz. Zaman ve olgusal bilgiler, tehlikelerin hafife alınmasını ve fazla tahmin edilmesini önleyecektir.

Salgın esnasında, salgına bulaşmamış veya bulaşın etkisi bilinmeyen yüksek orandaki nüfus kitlelerinin üretimden tüketime kadar uzanan geniş çerçevedeki davranışlarında ve isteklerinde ekonomik anlamda daralmaya neden olacak biçimde değişmelere bağlı olarak kaynaklanan giderler oluşmuştur. İsyanlar gıda stoklarına, üretimi yavaşlatmaya, durgun yatırımlara ve verimliliği düşürmeye yol açmıştır. Bir isyan durumunda sağlık sistemi, hastaneler ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarından gelen talep artışı nedeniyle çökebilir. Bu nedenle, yayılma ve huzursuzluğu engellemek, barış ve huzur getirmek ve sağlık sisteminde zaman kazanmak çok önemlidir.

Salgınları yavaşlatma veya kontrol etme girişimleri (ev, sosyal mesafe, seyahat kısıtlamaları vb.), ayaklanmaların neden olduğu davranış maliyetlerine ek olarak doğrudan üretim kayıplarına neden olup, ekonomik aktiviteye ve genel üretimin düşmesine sebep olabilmektedir. Bu anlamda pandemi yalnızca tıbbi ve halk sağlığı sorunu değil, aynı zamanda ekonomik bir konudur. Ani isyanların ve üretimin toplam maliyeti, dolaylı olmayan (tıbbi ve tıbbi olmayan) yayılma maliyetinden çok daha yüksek olduğundan, isyanların maliyetinin ayrıntılı olarak incelenmesi ve isyanların ölçeğinin ve dinamiklerinin ayrıntılı olarak incelenmesi gerekir.

Ekonomide toplam üretim farklı alanlarda gerçekleşir: Bunlar ise temel hizmetler, sanayi ve tarımda gerçekleşir. Bu üçlüye kimi zaman dördüncü olarak inşaat sektörü de eklenmektedir. Covid-19'un yol açtığı finansal ve iktisadi gerileme, tüm sektörleri eşit olarak etkilemeyecektir. Bazı sektörler yavaşlamakta ve büyük

açıklar söz konusu olmakta ancak bazı sektörlerde ise büyümeler gözlenmektedir. Örneğin, hava taşımacılığı, kara taşımacılığı, eğlence ve otel yönetimi gibi turizm temelli sektörlerin birçoğu çok etkilenmiş ancak temizlik ürünleri, maskeler, çevrimiçi alışveriş ve uzaktan eğitim sistemleri gibi alanlarda büyüme gerçekleşmiştir. Bu değişiklikler hem ithalata hem de ihracata yansıtılacaktır. Genel olarak, ekonomik aktivitedeki önemli yavaşlama nedeniyle önemli bir makroekonomik açık olacaktır. *“Sektörler Covid-19’dan farklı etkilenirken, ekonomi üzerinde her sektörün etkisi de farklıdır. Her sektör, ekonomiyi GSYH’deki yüzde payları ve ekonomik büyümeye verdikleri katkı oranında etkileyecektir.”¹*

Yaşanılan pandemi sürecinde hazırlıklı ya da hazırlıksız olunan politika yönetimi ile sağlık ekonomisinde etkiler yaratacağı düşünülmektedir. Tedavisi belirlenememiş bir pandemi için sağlık hizmetlerinde alınacak önlemler ve deneme yöntemi ile yapılan müdahalelerin sağlık hizmetleri giderlerini artıracacağı düşünülmektedir.

Geliştirilmekte olan ya da kullanıma başlanan aşı maliyetlerinin de sağlık ekonomisine yük oluşturacağı ve geliştirilen politikalar içindeki problemler olarak yerini alacağı düşünülmektedir.

TEZİN AMACI

Sağlığın her dönemde önem arz eden bir konu olması ise çalışmamızla doğru orantılı olarak önem taşımaktadır. Geçmişten günümüze meydana gelmiş olan pandemiler ışığında ortaya çıkan yansımaların tahlil edilmesi, sınıflandırılması, çözüm yöntemleri ve kaydedilen başarı incelenmektedir. Yapılan incelemeler ışığında Türkiye’de pandemi yönetimi politikaları ve sağlık ekonomisine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu inceleme ile öncelikli pandemi politikası belirlenmesi ve sağlık ekonomisine etkisinin azaltılması hipotezi değerlendirilecektir.

¹ İbrahim Aydın, “Covid-19 (Koronavirüs) Salgınının Ekonomik Etkileri”, *ULİSA* 12/1 (2020): 1-30.

TEZİN ÖNEMİ

Salgının uzun vadeli etkileri göz önüne alındığında, ekonomik kayıplar bu kısa vadeli tahminlerden daha yüksek olabilir. Salgının büyümeyi yavaşlatması, işsizliği, enflasyonu, ödemeler dengesini, mali dengeyi ve dış finansman zorluklarını azaltması muhtemeldir. Maske ve eldivenlerin yaygın kullanımı, sürekli sterilizasyon ve uzaktan (temas prosedürleri ve uzaktan) esnek üretim sistemleri gibi ek tıbbi önlemler, üretim kayıplarını azaltabilir ve üretim kesintilerini önleyebilir. Bu durumda, çeşitli kontrol mekanizmalarıyla üretime başlamanın yollarını aramak gerekir. Toptan ekonomik faaliyeti durdurmak için uzun vadeli genel yaptırımlar gibi programlar çok yüksek olacaktır. Bir salgını kontrol etmenin ilk adımı kısa, genel ve ayrıntılı bir önlemdir; İkinci aşama, risk faktörlerini dikkate alan iki aşamalı bir strateji veya mikro kontrol önlemidir. Her iki aşamada da bilgi, hedefler, tutarlılık, mikro komşuluk, organizasyon ve değer duyarlılığına dayalı bir eylem planının kısa vadeli uygulanmasına ihtiyaç vardır. Bu süreç uzatılırsa, planlanan hedeflere ulaşmak ve endüstri üzerindeki ekonomik etkiyi en aza indirmek için özellikle tarım ve sanayi sektörlerinde gerekli destek programlarının bir an önce uygulanması gerekmektedir.

TEZİN YÖNTEMİ

Araştırma betimleyici bir çalışma olup literatür taraması yapılarak, ikincil kaynaklar kullanılarak nitel araştırma yöntemi ile veriler değerlendirilmiştir. Nitel araştırma yöntemi arasından dokümantasyon yönteminden yararlanılmıştır. Verilerin toplanmasında kitaplardan, süreli olan yayınlardan ve makalelerden faydalanılmıştır. Bunun yanı sıra kütüphane, yazılı olan medya ve internetten yararlanılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

PANDEMİ

1.1. 1900'LÜ YILLARDAN GÜNÜMÜZE PANDEMİLER

20. yüzyılda yaşanan en büyük salgın, 1918-19'da yaşanan ve üç büyük dalgayla kendisini gösteren H1N1 influenza olmuştur. Covid-19 pandemisi Türkiye'de 2020 Nisan ayında başlamış ve ilk dalgayı aşarak Ağustos ayında diğer Avrupa ülkelerine hızla yayılarak daha yumuşak hale gelmiştir. İkinci dalganın başlangıcı Ekim başlarında gerçekleşmiş, şiddet ve ölüm tehditlerinin yaşandığı Amerika, Afrika, Asya ve Avrupa'ya yayılım göstermiştir.²

2002 yılında dünya, Corona ailesinden bir SARS salgını ile karşı karşıya kalmıştır. Pandemi virüsü tehdidi Türkiye'de 2005 yılında gözlenen formlardan biri olmuş ve kuş gribi A (H5N1) ile bu konuda önemli dersler çıkartılmıştır. (WHO,2020) 2009 ve 2010'da dünya çapında test edilen H1N1 salgını, 2000'li yıllarda başlayan influenza hapları için ilk test niteliğindedir. Coronavirüs ise ilk kez 2012 yılında ortaya çıkmış ve oldukça ölümcül bir virüs haline gelmiştir.³

1.1.1. Veba (Kara Ölüm)

Veba ve kimi zaman kara ölüm olarak bilinen hastalık, Çin ile Orta Asya'da 12. yüzyılda başlamış ve 1340'lı yıllarda Avrupa nüfusunun ortalama %30'undan fazlasının ölümüne yol açmıştır. Hastalık, pireler, ısırıklar veya enfeksiyonlar yoluyla kişiden kişiye bulaşabilir.⁴

1.1.2. HIV/AIDS

HIV (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü) faktörü, insan bağışıklık sistemini düşürmekte ve AIDS'e neden olmaktadır. İlk olarak 1960 yılında bildirilen HIV virüsü

² Berna Arda, Ahmet Acıduman. "Türk'ün H1N1'le İlk İmtihani: 1918-19 İnfluenza Pandemisinin Ülkemizdeki Görünümü", Klinik Gelişim. 23/3 (2010): 28-35.

³ WHO. Pandemic Influenza Risk Management; A WHO guide to inform & harmonize national & international pandemic preparedness and response. [Internet]. https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management/en/ (Erişim tarihi 23.06.2020).

⁴ Türkiye Bilimler Akademisi, "Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu", Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları No: 34, 17 Nisan 2020, Ankara, 2020.

maymunlarda tespit edilmiştir. 2017 yılında ise 940.000 kişi HIV'den ölmüş ve iki milyona yakın yeni HIV vakası kaydedilmiştir.⁵

1.1.3. İspanyol Gribi

Bu tip grip, H1N1 virüsünün ölümcül alt tipinin neden olduğu influenza'nın 1918-1920 arasında yayılmasıdır. I. Dünya Savaşı'nın son dönemlerinde küresel çapta etkisini göstermiştir.⁶

1.1.4. Asya Gribi

1957'den itibaren Çin'den Uzak Doğu'ya, daha sonra Avustralya, Amerika ve Avrupa'ya yayılmıştır. Asya gribi genellikle dört yılda bir yayılan bulaşıcı bir hastalıktır.⁷

1.1.5. Kolera

Kolera, şiddetli bir ishal formu olan *Vibrio cholerae* adlı bir bakterinin neden olduğu bağırsak enfeksiyonudur. 1817'de Japonya'da, 1826'da Moskova'da ve 1831'de Berlin, Paris ve Londra'da ortaya çıkmıştır. Ülkemiz tarihindeki en büyük kolera salgını, 1912-1913 Balkan Savaşı sırasında meydana gelmiştir.⁸

1.1.6. Tifüs

Bitler ve pireler üzerinden geçen bulaşıcı bir hastalıktır. Tifüs, II. Dünya Savaşı sırasında İstanbul'da yayılmıştır.⁹

1.1.7. Ebola

Ebola virüsü, insanlarda ve viral hemorajik ateş gibi insan olmayan primatlarda komplikasyonlara neden olur. 2014 yılında Gine'de başlamış ve ülkenin içinde bulunduğu Batı Afrika coğrafyasında bir salgın hâlini almıştır.¹⁰

⁵ Türkiye Bilimler Akademisi, A.g.r., 20.

⁶ Türkiye Bilimler Akademisi, A.g.r., 21.

⁷ Türkiye Bilimler Akademisi, A.g.r., 21.

⁸ Türkiye Bilimler Akademisi, A.g.r., 22.

⁹ Türkiye Bilimler Akademisi, A.g.r., 22.

1.1.8. Çiçek

Poxvirüs ailesi virüsü enfekte olmuş nesneler, hastalar, sinekler ve soluma ile temas yoluyla bulaşır. Tarihte ilk aşı çiçek aşısıdır. Ülkemizde bu hastalığın ortadan kaldırılması ve aşı sisteminden çıkarılması oldukça riskli kabul edilmektedir.¹¹

1.2. YENİ CORONA VİRÜS KAVRAMI

Covid-19 ailesine aittir. Çubuk şeklindeki uzantıları taca benzer, bu nedenle “coronavirüs” (Taçlı virüs) olarak adlandırılır. İnsanlık corona virüsünü ilk kez 1960 senesinde tanımıştır. Corona virüsü ailesi içinde bulunan bu virüs, toplum içinde daha yaygın konumdadır. Genel olarak soğuk algınlığı şeklinde hafif olarak solunum semptomlarına neden olmaktadır. Diğer iki hastalık ise özellikle daha yoğun solunum rahatsızlıklarına neden olmaktadır (SARS-CoV). Aralık 2019'da, Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan'daki veba ve zatürreye neden olan virüs, “yeni coronavirüs” (Covid-19) olarak tanımlanmıştır.

- SARS-CoV: Çin'de 2002 yılında tespit edilmiş, 2002 ve 2003'te dünya çapında yayılmış ve 774 kişiyi öldürmüştür.
- MERS-CoV: 2012 yılında Suudi Arabistan'da ortaya çıkmış ve bugüne kadar birçok ülkede gözlenmiştir.¹²

1.3. COVID-19 PANDEMİSİNİN SEYRİ

7 Ocak 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), evvelden insanlarda görülmemiş yeni bir coronavirüsün yol açtığı küresel salgının varlığından söz etmiştir. Çoğu vaka Çin'de olmasına rağmen hastalık Japonya, Hong Kong, Tayvan, Makao, Güney Kore, Tayland, Amerika Birleşik Devletleri, Vietnam, Singapur ve Çin'e seyahat eden kişilerde tespit edilmiştir. Toplumda yayılma ve sağlık profesyonelleri tarafından görülebilir olma özelliği, insandan insana geçişin önemli bir belirtisidir.

¹⁰ Türkiye Bilimler Akademisi, A.g.r., 23.

¹¹ Türkiye Bilimler Akademisi, A.g.r., 23.

¹² T.C. Sağlık Bakanlığı. “Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19)”, <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/> (Erişim tarihi 24.06.2020).

11 Mart 2020'de ilk vaka Avrupa kökenli Türkiye'de rapor edilirken, bazı Avrupa ülkelerinde 48 vaka ve ölüm başlamıştır. Aynı gün DSÖ veba ilan etmiştir.¹³

9 Nisan 2020 tarihli DSÖ raporuna göre, dünya çapında teyit edilen toplam vaka sayısı 1.436.198, yeni tespit edilen vaka sayısı 82.837, ölüm sayısı 85.522 ve yeni ölüm sayısı 6.287'dir.¹⁴

Covid-19 ile ilişkili klinik spektrum hakkındaki bilgiler sınırlıdır. DSÖ, SARS-CoV ve MERS-CoV deneyimlerine dayanarak enfeksiyon önleme ve kontrol için bir dizi kılavuz geliştirmiştir. Son tavsiyeler arasında erken tespit, kaynak izleme, tüm hastalar için standart önlemler, damlama ve temas izolasyonu ve mümkünse hava yolu izolasyonu, sosyal izolasyon, idari kontrol ve çevresel ve mühendislik izlemesi yer almaktadır.¹⁵

1.4. PANDEMİ HAZIRLIK DURUMU

Pandeminin etkisini azaltmak için önceden planlamak ve önceden hazırlık yapmak önemlidir. İnfluenza virüsünün patojenler arasında ortaya çıkardığı zorlukların üstesinden gelmenin yolu, her türlü salgının potansiyelini zamanında ve etkili bir küresel iş birliği içinde gerçekleştirmektir.

Bu işbirliğinin 60 yılı geçkin sürede DSÖ Grip Kontrol Ağı'nın (GISN) kurulmasıyla başladığı söylenebilir. Günümüzde dünyayı gripten korumak için 100'den fazla ülkeden oluşan bu ağ önemlidir. Ağ, müdahale mekanizmaları, influenza pandemik sistemleri, influenza virüsleri, aşılar ve diğer faydaları içerecek şekilde genişletilmiştir. 2011 yılında, Dünya Sağlık Asamblesi tarafından "Global İnfluenza Sistemi" (GISRS) olarak yeniden adlandırılmıştır. GISRS, dünyada etkili sağlık güvenliğinin sağlanmasında, özellikle diğer hastalık faktörlerinin kontrol altına alınmasında ve bunlara yanıt verilmesinde önemli bir rol oynamaktadır¹⁶

2009-2010 H1N1 sonrası salgınını takiben ülkeler, güncellenmiş bir DSÖ planının parçası olarak 2009 H1N1 salgınından öğrenerek eğitim reformlarını

¹³ WHO. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/> (Erişim tarihi 25.06.2020).

¹⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı.]. <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/> (Erişim tarihi 24.06.2020).

¹⁵ WHO. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected, [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125) (Erişim tarihi 25.06.2020).

¹⁶ WHO. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/> (Erişim tarihi 25.06.2020).

sürdürmeye çalışmıştır. Türkiye yakın zamanda 2019 için ulusal bir grip hazırlık planı geliştirmiş ve tüm kuruluşlar, bir çevresel pandemiye hazırlık planı geliştirmek için “Dünya Pandemik Gribi (Veba) Başkanlığı Ofisi”ne çağrıda bulunmuştur. Hazırlıkların amacı; vebanın yayılmasını durdurmak, yavaşlatmak veya sınırlamak ve vebanın ekonomik ve sosyal etkisini azaltmaktır. Topluma ve kamu hizmeti sürekliliğine dayalı anti-salgın ilaçlar, mevcut Covid-19 salgınına yanıt vermede en önemli araçlardır. Bu planların hazırlık aşamasından itibaren ulusal stratejik plan, sivil koruma ve acil durum afet planlaması entegre edilecek ve bir pandemi sırasında kaynakların verimli kullanımı ile çıkar çatışmaları önlenecektir. Bunlara ek olarak, bir salgın sırasında bir planın uygulanması için etkili topluluk mevzuatı gerekli görülmüştür.¹⁷

1.5. COVID-19’DA TANI KOYMA VE TEDAVİ

Pandeminin ilk vakasından bu yana hastalığın yayılmasını ve müdahalelerin sonuçlarını izlemek, toplumda hastalığın erken tespiti ve mortalite ve morbiditeyi azaltmak için önemli bir araçtır. DSÖ, pandemik kontrol için test kapasitesinin artırılmasının önemini vurgulamıştır. Türkiye’de yayılmasından bu yana, erken tespit algoritmaları dahil olmak üzere klinik vakaların örneklenmesi başlamıştır. Bir salgın sırasında bu kapasite laboratuvar ağı ve örneklerin sayısı ile artmaktadır. Salgının 30. gününde 105 laboratuvar günde 30.000’den fazla test yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan bir araştırma komitesi tarafından revize edilen bir algoritmaya göre, Covid-19 vaka tanımını karşılayan hastalarda Covid-19 seviyeleri için hava yolu örnekleri dikkate alınmıştır. Bu amaçla belirli deneyler yapılmaktadır. Bunlardan biri, Covid-19 vakasının normal validasyonu, gerçek zamanlı ters transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (rRT-PCR) ve gerekirse nükleik asit sekansının belirlenmesi gibi bir nükleik asit büyüme testinde (NAAT) spesifik bir viral RNA sekansının saptanmasıdır.¹⁸

Bir diğeri ise virüsün kökenini ve yayılmasını anlamak için çok önemlidir. DSÖ, laboratuvarların elde ettikleri bilgileri ilgili platformlarda paylaşmaları gerektiğini ifade etmiştir.

¹⁷ TBMM. 20/06/2012 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf> (Erişim tarihi 25.06.2020).

¹⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/> (Erişim tarihi 24.06.2020).

Akut ve baskın aşamalarda alınan serum örneklerinin serolojik testi tanıyı doğrulayabilir. Bu hedefle, ELISA veya IgM / IgG antikor testleri gibi serolojik testler kullanılmaktadır. Ek olarak; serolojik testler, mevcut salgınların incelenmesine ve saldırıların ve salgınların retrospektif olarak değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır.¹⁹

10 Nisan 2020 tarihli DSÖ Rapor No. 81'de, Covid-19 için aşı veya spesifik bir tedavi olmadığı belirtilmektedir. Bilim adamları hala aşı geliştirmektedirler. Türkiye'den başlayarak bazı hastalar, plazmalı insanları tedavi etmeye çalışmaktadırlar. Araştırmacılar, hastalığın komplikasyonlarının tedavisinde deneyimleri düzenli olarak paylaşarak hasta kaybını azaltmayı amaçlamaktadırlar.

1.6. COVID-19 HASTALIĞINDAN KORUNMA YOLLARI

Aşılar, bulaşıcı hastalıkları önlemenin en etkili ve güvenli yoludur. Covid-19 aşısı geliştirilmemiştir ve garanti edilmemektedir. Etkili olduğu gösterilen spesifik bir ilaç yoktur. Şu anda, enfekte kişilerden kaçınmak en etkili koruma yöntemidir. Ellerinizi temiz tutmak ve ağızınıza, burnunuza veya gözlerinize dokunmaktan kaçınmak son derece önemlidir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı tarafından güncellenen yönergelerin yakından takip edilmesi gerekmektedir. Türkiye'de Covid-19 pandemisinin ortaya çıkması ile birlikte bilgi ve beceri düzeyi yükselerek 14 kural ve yüksek düzeyde iletişim geliştirilmiştir. Salgın sırasında uluslararası ve şehirlerarası turizm (morbiditesi yüksek olan ülkelerde ve şehirlerde) kısıtlanmıştır. Yavaş yavaş 65 yaş ve altındaki kronik hastalar izole edilmiştir. Büyük alışveriş merkezlerine ve toplantı yerlerine kısıtlamalar getirilmiştir. Bu kısıtlamalar arasında halka açık toplantılarda aksamalar, eğitim, öğretim ve hapisane operasyonları sayılabilmektedir. Hastalık ilerledikçe, bu önlemler yavaş yavaş uygulanmıştır. Küresel olarak sosyal mesafeyi artırma önlemleri, hala yaygınlığı azaltmanın en etkili yolu olarak görülmektedir.²⁰

1.6.1. Covid-19 Pandemisinde Yanlış Bilinenler

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), pandemi sırasında doğru olmadığını ve halkta farklı davranışlara yol açabilecek sorunları gündeme getirdiği efsanevi bir avcı

¹⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/> (Erişim tarihi 24.06.2020).

²⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/> (Erişim tarihi 24.06.2020).

kisvesi altında bir süreç başlatmıştır. Benzer bir efsane ise insanların bir pandemi sırasında dahil edilmesi ve müdahale edilmesi gerektiğidir, bu da halk sağlığını etkileyebilir, kafayı karıştırabilir ve riski azaltabilir.²¹

1.6.2. Covid-19 Pandemisinde Çalışan Sağlığı

İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) hizmetleri, küresel risk yönetiminde en önemli konulardan biridir. İş kazası ve meslek hastalıkları, özellikle iş kazası ve ilgili endüstriler, önemli halk sağlığı sorunları haline gelmiştir. İş kazaları ve meslek hastalıklarına dönük atılan adımlar, birçok sorunun önüne geçebilir. Bu çalışmaların içeriği, Uluslararası İş Sağlığı Konferansı çerçevesinde toplanan müşterek kurum ve kuruluşların etkinlikleri incelenerek daha verimli yorumlanabilir. İş sağlığı ve güvenliği alanında kaza ve iş hastalıklarının azaltılmasına yönelik kimi ana ilkeler bulunmaktadır ve işyeri güvenliği bu ilkelerin başında gelmektedir Risk değerlendirmesi işyerinde gerçekleştirilmeli ve güvenlik tehlikeleri, ergonomik düzenlemeler (iş sağlığı), yüksek riskli alanların izolasyonu ve acil durum programları gibi önlemleri kapsamalıdır. Bu çalışmalar tehlike kategorisine göre tekrarlanmalı ve çalışma ortamının ölçümlerine dahil edilmelidir. İkincisi, çalışan sağlığının izlenmesi içindir. Bu süreç, kişinin işin başında uygunluğunun değerlendirilmesi ile başlamaktadır. İşyerindeki tehlikelerin sınıflandırılmasına ve işin niteliğine bağlı olarak işçilerin sağlığı bir süre daha izlenmeye devam etmektedir. Meslek hastalıkları ile alakalı olan sorunları ortadan kaldırmak adına önleyici anlamda tedbirlerin alınması oldukça önemlidir. Tehlikelerin kaynakları tam anlamıyla ya da belirli oranlarda ortadan kaldırılmadığında kişisel anlamda koruma önlemleri oldukça büyük önem arz etmektedir. Gerekli olan bireysel koruyucu ekipmanların etkili ve etkin biçimde kullanılması, çalışan kişilerin sağlıklarının korunmaları adına son derece önem taşımaktadır.

Uluslararası yönergeler pandemi hazırlık planının bazı bölümlerinin çalışma ortamına ve işçi sağlığının korunmasına odaklanmasını önermektedir. Bu teklifin hazırlık planına dahil edilip edilmediği, izleme sürecinde ele alınması gereken bir konudur. Covid-19 vakalarını yöneten sağlık tesislerinde enfeksiyon kontrol önlemlerine ek olarak yüksek riskli hastaneler ve poliklinikler; hasta hareketliliği, personel ve izolasyona göre sınıflandırılmalıdır. Personel ve işçilerin bulunabileceği

²¹Resmi Gazete, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, Kanun Karar No:224, Sayı: 10705, Tarih: 12.01.1961.

ortamlar tıbbi ve tehlikeli atıkların yönetimine uygun olarak korunmalı, kullanılmalı ve bertaraf edilmelidir.

Bu çalışma, özellikle biyolojik risklerin ve hemen ardından da bir salgın riskinin yeniden değerlendirilmesini gerektirmektedir. Bir salgın sırasında, en önemli insan kaynakları sağlık çalışanlarıdır ve tüm çalışanlar bir salgın sırasında bir plan geliştirmektedir; çünkü kayıp zaman, artan iş yükü, iş ahlakı, motivasyon, ihmal ve işyerindeki gereksiz değişiklikler kazaları artırmakta ve sürekli çevresel izleme gerektirmektedir. Sağlık Bakanlığı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı da salgın sırasında halk dışı sağlık çalışmaları hakkında bir rehber yayınlamıştır.²²

1.6.3. Türkiye’de Covid-19 Konusunda Mevcut Durum

Türkiye, Covid-19 salgınına dönük olarak ilk önlem alan ülkeler arasında gösterilmektedir.²³

Kaynak odaklı (kaynağı bulmak, hastalığı bildirmek, doğru tanı koymak, hastayı tedavi etmek, izole etmek, taşıyıcı aramak, şüpheliyi izlemek, tıp eğitimi vermek), kirlilik açısından (çevresel iyileştirme, yiyecek, içecek, sağlık eğitimi, kişisel temizlik, koruyucu ekipman kullanımı, akının kısıtlanması), güvenli insanlar (karantina, gözetim) harekete geçti ve bunu yapmaya devam etmektedir.

Endeks vakası Türkiye’de 11.03.2020 tarihinde kurulmuştur. O zamandan beri, virüsün ülke geneline yayılmasını yavaş yavaş önlemek ve azaltmak için adımlar atılmıştır. 11.03.2020 tarihinde ülkemizdeki ilk Covid-19 vakasından sonra dünyada ve ülkemizde çok önemli tedbirler alınmıştır. İlk vakanın ortaya çıkmasından sonra okullar kapatılmış ve 65 yaşın üzerindeki ve 20 yaşın altındaki kişilerin sokaklara, alışveriş merkezlerine, restoranlara ve iç mekanlara çıkmasına izin verilmemiştir. Avrupa Birliği (AB), Türkiye ve özellikle ABD’de alınan bu önlemler, pandeminin yayılma hızını yavaşlatarak bu süreçteki kriz yönetimini daha başarılı hale getirmesine rağmen sosyal yaşamı oldukça sınırlamıştır. Her ne kadar bu önlemler

²² T.C. Aile Çalışma Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. “Yeni Koronavirüs (COVID-19) Salgınına Karşı İşyerlerinde Etkin Mücadele İçin Alınması Gerekli Tedbirler” Yayınlandı, <https://www.ailevecalisma.gov.tr/isggm/haberler/koronavirus/> (Erişim tarihi 25.06.2020).

²³ Resmi Gazete, Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Kanun Karar No:2162, Sayı: 16341, Tarih: 09.07.1978.

sosyal katmanlardaki normal yaşam akışını sınırlasa da finansal, iktisadi veya içtimai haklardan ödün vermeden uygulanmıştır.²⁴

1.7. COVID-19 VE GELECEK ÖNGÖRÜLERİ

Salgının ileriki döneminin özellikle derinlemesine tartışılması belki de şu an için oldukça erken kabul edilmektedir. İnsan sağlığına dayalı etik anlaşmazlıklar, sporun kamusal imajında onarılamaz zarara yol açtığından, özellikle mevcut bağlamda spor liglerinin kaydı veya sona ermesi sağduyu gereklilikleri altında meşru ise, tartışmalar her zaman açık olacaktır. Bu süreci geliştiren politika yapıcılar için gerçek avantaj, daha kötü seçenekler seçmeleridir. Bu nedenle, eleştirel oktan kurtulmanın bir yolu olmadığını bilmek gerekir. Buna ek olarak, ulusal ligue ilgili bazı ara formüllerin tartışılması beklenmekte ancak küresel yayılma tehdidi nedeniyle uluslararası önlemleri kısa vadede tartışmak mümkün görünmemektedir. Özellikle uluslararası sporlarda, 2020'de "kayıp yıl" terimini kullanmak yanlış değildir. Küresel ve bölgesel uluslararası mega etkinliklerde, özellikle Olimpiyat Oyunlarındaki gecikmeler, bu etkinliklere katılan sporcuların psikolojik ve fiziksel performansları üzerinde negatif sonuçlara yol açmaktadır ve bu etkinliklerin mali desteğinin gecikmesi ve azalması nedeniyle ek bir tehdit bulunmaktadır. Öte yandan, "erteleme" ifadesinin tam olarak hazırlanmayan sporcular ve takımlar için yeni bir fırsat yarattığına dikkat edilmelidir.²⁵

Bu bağlamda pandemi süreci devam ederken alınan tüm kararların gelecekte ve şimdiki zaman içerisinde oluşturacağı haksızlık açısından objektif olarak görülmesi gerekmektedir.

²⁴ Türkiye Bilimler Akademisi, A.g.r.,18.

²⁵ Murat Sezgin, Beyza Bulut, "Örgüt kültürü ve halkla ilişkiler", *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3/2 (2013): 182-194.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

Sağlık mefhumu; yalnızca insanın bedeninde hastalıkların ve sakatlığın olmamasını değil, aynı zamanda kişilerin fiziksel, psikolojik ve toplumsal olarak tamamen iyi halde olunmasını ifade etmektedir. Sağlık kavramı, DSÖ tarafından “*Sadece sağlık açısından hastalık ya da sakatlığın bulunması değil bunun yanı sıra bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali*” şeklinde tanımlanmıştır.²⁶ Dünya Sağlık Örgütü’nün bu tanımından yola çıkarak sağlık durumunu korumak, sağlığı geliştirmek, hastalığa yakalananları tedavi etmek ve sakat olanları iyileştirmek amacıyla sunulan hizmetlerin bütünü “sağlık hizmeti” olarak isimlendirilmektedir. Sağlık hizmetleri kavramı; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve özendirici hizmetler olarak üçe ayrılmaktadır. Maalesef, sağlık hizmetleri denildiği zaman akla ilk olarak gelen “tedavi edici hizmetler”dir.

Gerçekte son derece önemli ve üstünde detaylıca düşünülmesi gereken konu olan koruyucu sağlık hizmetleri arka plana itilmiştir. Sağlık hizmetleri kavramı olarak bireylerin vücut organizmasının tıp bilimince kabul edilmiş olan standartlar kapsamında bütün olarak düzen ve uyum içerisinde olması ve bununla beraber psikiyatri disiplini tarafından da kabul görmüş olan kriterler içerisindeki ruhsal durum manasına gelen sağlığı korumak, tedavi etmek ve sağlığı rehabilite etmek, toplumun sosyal yaşam standartları ve çevresel yaşam standartlarını arttırmak gayesini toplam kalite stratejisinin merkezi olarak görüp, bunlardan biri, birden fazlası veya tümünü hayata geçirmek amacıyla, alanında uluslararası kriterlere uygun olarak yükseköğrenim yapmış nitelikli insan kaynakları, ulaşılabilecek bilimsel bilgi birikimi, ileri teknolojik ürünler her türlü faydalı olabilecek cihazları kullanma sureti ile harekete geçirebilecek ve sağlık alanında başta tıp bilimleri ve işletme bilimi olmak üzerine tüm uluslararası kabul gören disiplinleri kullanan kamu, özel sektör, sivil toplum kuruluşları, yerel yönetimler ve diğer kurum ve kuruluşlara ait olan farklı

²⁶ Fatma Ünal, İlhan Günbayı, Ceren Koca. “Kurum Kültürü Analizi: MEB Bağımsız Anaokuluna Yönelik Bir Araştırma”, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4/1, (2015): 357-368.

fiziksel kaynakların aracılığı ile sunulmakta olan evrensel kabul gören nitelikteki hizmetlerin toplamı biçiminde tanımlanmıştır.²⁷

Sağlık kavramı; bireylerin sağlık durumlarının korunması, kamu veya özel kişilerce sağlanan bireysel ve kurumsal hizmetlerin teşhisi, tedavisi ve bakımındır. Bu tanımın özellikleri şu şekilde açıklanabilir:

- Sağlık hizmetlerinin faaliyetleri iki ana gruba ayrılır: "insanların sağlığını korumak" ve "teşhis, tedavi ve bakım".
- Tıbbi faaliyetler bireysel veya kurumsal olarak sağlanabilir. Gelişmiş ülkelerde üst düzey kurumsallaşma önlemleri uygulandığından sağlık hizmetleri kuruluşlar tarafından verilmektedir. Özellikle, ekip tarafından sağlanan tıbbi hizmetlerin daha etkili kurumsal düşünme ve kurumsal uygulamalar geliştirmesi ve sağlaması gerekmektedir.
- Sağlık kavramı, hizmet kavramları için geliştirilmiş tüm niteliklere sahip olmasına rağmen, başka niteliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerini tanımlamak gerekirse, sağlık sektöründeki kuruluşları tanımlamak ve sınıflandırmak çok zordur.²⁸

Tıbbi hizmetler, devlet kurumları veya özel kişiler tarafından verilmektedir. Değişim süreçlerinin kâr getirip getirmediği önemli değildir. Dahası, sağlık hizmetinin en önemli hedeflerinden biri olan hizmetle ihtiyaçlar bir memnuniyet noktasına getirilebilir. Bu bağlamda, sağlık alanında ticari kuruluşların yanı sıra kâr amacı gütmeyen tıbbi kurumlar da bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri, bireyin ve toplumun sağlık durumunun korunması ve geliştirilmesi için sağlık çalışanları tarafından sunulmuş olan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetlerin bütünü olarak tanımlanır. Sağlığın amaçları, var olan bilgiler ve kaynakların eşliğinde bir ülkenin veya bir topluluğun belirli bir vakitte ulaşmayı umdukları sağlık sonucunu özetlemektedir. Sağlığın amaçları kapsamında, sağlıklı bir topluma ilişkin genel olarak halkın değerlerini yansıtmak ve bu belirtilen niyetler ve istekler doğrultusunda ise sağlık camiasının değerlerini özel olarak vurgulamak yer almaktadır. DSÖ, küresel düzeyde ve

²⁷ Erdem, Şeniz. "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama", (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne 2007) 15.

²⁸ Dilaver Tengilimoğlu, Mahmut Akbolat, Oğuz Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. (Ankara: Nobel Yayınevi, 2015): 25.

bölgesel düzeyde, sağlık amaçlarının ve sağlık hedeflerinin geliştirilmesi ve teşvik edilmesi politikalarını desteklemektedir.²⁹

Modern sağlık hizmetlerinin ilkeleri:

- Bir insanın hayatı bütündür, sağlıklı ve hasta olabilmek için birbirinden ayrılamaz. Bir bireyin hastalık dönemi, bireyin sağlıklı olduğu dönem olarak bilinen bir sürenin birikmesinin sonucudur.
- Bir kişi ve çevresi tek bir bütün (fiziksel, biyolojik, sosyal) olarak kabul edilir ve birbirinden izole edilemez.
- Sağlık, hastalardan daha sağlıklı olanlara geçen bir hizmettir ve insanları enfeksiyondan korumak, onları tedavi etmekten daha önemlidir.
- Toplumdaki en yaygın hastalık türü en önemli hastalıktır.
- Hastalık sadece kişiyi etkilemekle kalmaz, aynı zamanda kişinin yaşadığı aileden başlayarak bütün toplumu etkiler.³⁰

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMACI

Sağlık hizmetlerinin amaçları, mevcut olan bilgilerin ve var olan kaynakların eşliğinde bir ülkenin veya bir insan topluluğunun belirli sürede ulaşmak istedikleri sağlık sonucunu özetlemektedir. Sağlık hizmetlerinin amaçları, sağlıklı olan bir topluma yönelik, genel olarak toplumun değerlerini yansıtmayı hedefleyen niyetler ve istekler bildirimidir. Birden fazla ülkede, sağlık yatırımına paralel olarak sağlığın amaçlarını, yön ve niyet bildirimi olarak belirleme bakış açısı benimsenmiştir. DSÖ; küresel düzeyde, bölgesel düzeyde, ulusal düzeyde ve yerel düzeyde sağlık amaçlarını ve hedeflerinin geliştirilip, teşvik edilmelerini desteklemektedir.³¹

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramları içerisinde geliştirilmiş olan tüm özelliklere sahip olmasıyla birlikte bazı farklı özellikleri de kapsamında barındırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin tanımından dolayı bu alandaki örgütleri tespit etmek ve onları

²⁹ Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 25.

³⁰ Recep Akdur, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*. (Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi 2000), 41.

³¹ Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 26.

kategorize etmek oldukça zor olmaktadır.³² Sağlık hizmetlerini tüketenlere (hasta olan veya potansiyel hasta olacaklar) en yakın olan diğer grup ise “sağlık hizmetleri görevini yerine getirenler”dir. Bunlar; kurum ve kuruluşlardan bağımsız çalışmakta olan doktorlar, hastaneler, klinikler, sağlığı koruyucu kuruluşlar, laboratuvarlar, bakım evleri ve eczanelerdir. Bu belirtilen iki gruba da sağlığın ürünlerini sunmakta olan “sağlık hizmetlerini ve sağlık ürünlerini sağlayanlar” grubudur. İlaç satan firmalar, tıbbi malzemeleri satan kuruluşlar, cihazları ve cihazlara bağlı donanımları sağlamakta olan kuruluşlar, bu grup kapsamındadır. Bu belirtilen grubun en fazla dikkat çeken özelliği ise kar getirici çalışmalar ve yüksek düzeyli pazarlama teknik ve yöntemlerini kullanmalarındadır. Son grup ise “sağlık sektörünün oluşturanlar”dır. Sağlık kurumları, sigorta şirketleri, merkezi sağlık birimleri ve yerel düzeydeki sağlık kuruluşları bu grupta yer alır.³³

Sağlık kurum ve kuruluşlarını diğer endüstri örgütlerinden ve hizmet örgütlerinden ayıran farklı özellikler bulunmaktadır. Sağlık örgütleri hizmet üretmekte olan kurumlardır. Sağlık örgütlerinin genel anlamdaki özelliklerini daha iyi kavramak için öncelikli olarak hizmetlerin üretimini genel yapısıyla beraber incelemek faydalı olacaktır. Yapılan Hizmetler ile fiziksel ürünler arasındaki önemli farklı durumlar, aşağıdaki “Fiziksel Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklar” tablosunda verilmiştir.³⁴

Tablo-1 Fiziksel Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklar.³⁵

Fiziksel Mallar	Hizmetler
Dokunulabilir	Dokunulamaz
Türdeş	Türdeş değildir
Üretim ve dağıtım tüketimden ayrılmıştır	Üretim ve tüketim eş zamanlı süreçlerdir
Bir şeydir, nesnedir	Bir faaliyet ya da süreçtir
Temel değer fabrikada üretilir	Temel değer alıcı ve satıcı etkileşimiyle üretilir
Müşteriler üretim sürecine katılmazlar	Müşteriler genellikle üretim sürecine katılırlar
Stoklanabilir	Stoklanamaz
Sahiplik transfer edilebilir	Sahiplik transfer edilemez

Hizmetler, maddi özelliklerden ziyade ürünler gibi gözle görülebilen, hissedilebilen, dokunulabilen ve benzeri biçimlerde değerlendirilebilen durumlar değildir. Bu özelliklerden dolayı hizmetler depolanma, stoklanma gibi olanaklardan

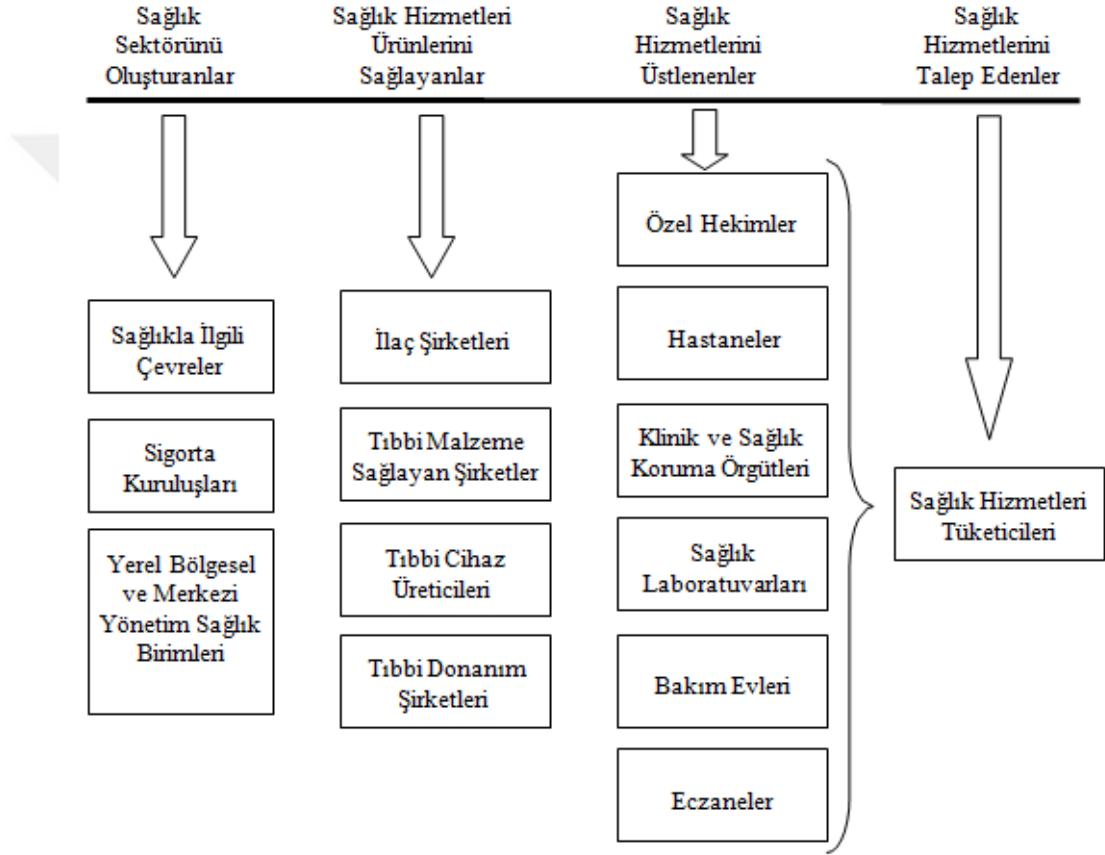
³² Ünal, Günbayı, Koca, “Kurum kültürü analizi: MEB bağımsız anaokuluna yönelik bir araştırma, 357-368.

³³ Erdem, “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama”, 16.

³⁴ Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 26.

³⁵ Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 27.

da yoksundurlar. Hizmetlerde bir diğer temel özellik ise üretim süresinin ve tüketim süresinin eş zamanda olmasıdır. Bu özelliklerden dolayı çoğu hizmetlerin doğrudan olarak dağıtımı kaçınılmaz bir durum olmaktadır. Örneğin; hekimlerin muayenelerinde, saç ekiminde ve benzeri hizmetlerin yapılması aşamasında tüketicilerin bulunma gerekliliği vardır. Hizmetlerin kalitesi ve içeriği, hizmetleri üretenlerden bir diğerlerine, hizmetlerin bir müşterisinden diğer müşterilerine hatta her gün değişerek farklılıklar göstermektedir. Mesela tüm ameliyatlar farklılıklar göstermektedir.³⁶



Şekil-1 Sağlık Hizmetleri Endüstrisi.³⁷

Sağlık hizmetlerinin özellikleri yedi başlık altında aşağıda belirtilmiştir:

a) Tıbbi bakım tüketimi

Sağlık hizmetlerini diğer ürün ve hizmetlerden ayıran en önemli özelliklerinden biridir ve ne zaman talep olacağı açık değildir. Ek olarak, hastalığın maliyeti belirsiz

³⁶ Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 27.

³⁷ Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 28.

ve büyüktür. Başka bir deyişle, hangi zamanda, hangi hastalıkların önceden tespit edilebileceği bilinmemektedir. Başka bir deyişle, tıbbi bakımın ne zaman, nerede ve ne kadar gerekli olduğunu tahmin etmek zordur. Bu nedenle, sağlık hizmeti tam anlamıyla bölgeyi terk edemez. Belirli bir süre önce çok fazla tıbbi bakım alması gerekmeyen veya ciddi bir tıbbi bakım tüketicisi olmayan bir kişi, kronik bir hastalık teşhis edildiğinde çok ciddi bir sağlık kullanıcısı olabilmektedir.³⁸

b) Sağlık hizmetlerinin değiştirilmesi

Bir ürünün fiyatı yükseldiğinde, onu kullanan tüketiciler de doğal olarak diğer ürünlerle değiştirmeye çalışacaktır. Örneğin; pirincin fiyatı arttığında, pirinç tüketicileri pirinç yerine bulgur veya makarna kullanabilirler. Bununla birlikte, tıbbi hizmetleri alternatif hizmetlerle değiştirmek imkansızdır, yani tıbbi hizmetler değiştirilemez. Hastaların doktorlar tarafından sunulan tıbbi hizmetleri almaları gerekmektedir.³⁹

c) Sağlık hizmeti ertelenemez

Sağlık kurum ve kuruluşlarında gün boyu aralıksız ve kesintisiz sağlık hizmeti verilmektedir; sağlığı bozulan kişiler veya sağlık halinden şüphelenenler her vakit sağlık hizmetlerini almak için sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurabilirler. Sağlık hizmeti almak için başvuran kişilerin geri çevrilmeleri bilimsel, hukuksal ve etik olarak olanaklı değildir. Birkaç istisna durum haricinde hasta kişilerin sağlık hizmetinden yararlanması ertelenemez.⁴⁰

d) Yararlanıcılar değil, doktorlar tıbbi bakımın boyutunu ve kapsamını belirler

Tıbbi hizmetlerin boyutu ve kapsamı, tıbbi hizmet kullanıcıları tarafından değil, doktor tarafından belirlenir. Tıbbi hizmet tüketecek kişiler, ekonomik uygulanabilirlikleri nedeniyle bir doktorla tıbbi hizmetlerin hacmi hakkında görüşemez ve anlaşılamazlar. Doktor, hastaneye yatış süresini ve hastaya verilmesi gereken ilacın süresini, ilacın dozunu ve ilacın içeriğini belirler. Bu durum, diğer mal ve hizmet tüketicilerinde olduğu gibi tıbbi hizmet tüketicisinin önemli önceliğini

³⁸ Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 28.

³⁹ Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 29.

⁴⁰ Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 29.

ortadan kaldırmaktadır. Bu anlamda, tıbbi hizmet kullanıcıları, sağlanan tıbbi hizmetleri deneyemezler.⁴¹

e) Sağlık tüketicisi davranışı mantıksızdır

Genel olarak, mal veya hizmet satın alındığında, tüketicilerin makul bir seçim yapacağı ve tüketicilerin kendilerinin en iyi ürünü veya en iyi hizmeti seçeceği varsayılmaktadır. Başka bir deyişle, rasyonel tüketici davranışı harcanan paranın faydalarının en yüksek olmasını gerektirir. Bu durumda tüketici sadece tüketilen mal veya hizmetlerin kalitesini ölçebilir. Bununla birlikte, sağlık hizmeti yararlanıcılarının sağlık hizmetleri hakkındaki sınırlı bilgisi, aldıkları bakımın kalitesini ölçmelerine veya sağlık bakım maliyetlerini analiz etmelerine izin vermez. Sağlık hizmetlerini tanıtırken, çok sayıda belirsiz davranış biçimiyle karşılaşılabilir. Birçok sağlık tüketicisi hasta olmasına rağmen tedavi gerektirmezler ve hasta olduklarını bile bilmezler.⁴²

f) Verilen hizmetin memnuniyetini ve kalitesini tahmin etmek çok zordur

Sağlık hizmetlerinin sonunda sağlık alanında verilen hizmetin kalitesini ve hastaların memnun olma durumlarına ilişkin tahminde bulunmak oldukça zordur. Bu belirsizlik aynı zamanda hizmet memnuniyetini etkileyebilecek birçok güç faktörünün varlığı ile de ilişkilidir. Tıbbi hizmetlere ihtiyaç duyan insanlar hastalıklar hakkında fazla bilgiye sahip olmadığından, hastalar riskleri azaltmak ve hasta hatalarının sayısını en aza indirmek için özellikle tüm doktorlara güvenmek zorundadır. Öte yandan, sağlık hizmeti sunucuları için uyulması gereken etik ve sosyal standartlar vardır. Tıbbi hizmetleri önceden almak ve tıbbi hizmetleri kontrol etmek mümkün olmadığından, servis sağlayıcılar ve yararlanıcılar arasındaki ilişki türleri tamamen etik kurallara ve karşılıklı güveye bağlıdır.⁴³

g) Sağlık hizmetlerinin çıktısı doğrudan paraya çevrilemez

Sağlık hizmetinin beklentilere cevap verecek şekilde sunumunun yapılabilmesi kişilerin ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmektedir. Bunun anlamı, kişilerin çalışma verimleri yükselir, yaşam süreleri uzar ve kişilerin daha fazla üretim

⁴¹ Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 29.

⁴² Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 30.

⁴³ Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 30.

yapabilme şartlarının oluşması demektir; ancak, bunların maddi bakımdan hangi değerde olduğunun bilinmesi çeşitli zorluklar teşkil etmektedir. Örneğin, bebeklerin ölüm hızlarını binde 30'lardan binde 20'lere kadar indirmek için yapılan ekonomik harcamaların karşılığı, diğer ürün veya hizmetlerdeki gibi muhasebenin kayıtlarında doğrudan olarak bir kar yapılmış gibi hesaplanmamaktadır. Öte yandan, sağlık hizmetleri alanına yapılan her türlü harcamalar ile korunan sağlık hali, geri kazanılmış olan sağlıklılık durumu veya düzeyi yükseltilmiş ve geliştirilmiş bireysel sağlık olgusu ve toplumsal sağlık durumu, doğru olarak ve başlı başına büyük bir yatırımdır. Bu ulaşılan kazanımı ekonomik duruma aktarma faaliyeti için ayrıca başka faaliyetlere gerek bulunmamaktadır. Buna karşın herhangi farklı bir diğer alanda elde edilmiş olan karın farklı sektörlerde kullanılması mümkün olabilmektedir. Sağlık sektörünün dışındaki alanların yarattıkları artı değerlerin ancak özel çabalar ile bireylere ve toplumlara faydalı ve verimli yatırıma dönüştürülmesi imkân dahilindeyken, sağlık sektörüne dönük olan harcamaların çıktısı, fazladan bir çabaya ihtiyaç duyulmadan ekonomiye geri iade olmaktadır.⁴⁴

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Mevcut anlayışa göre, tıbbi hizmetler dört ana tipte ele alınmaktadır: önleyici hizmetler, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığı geliştirme hizmetleridir.⁴⁵ Başka bir deyişle, sağlık hizmeti sağlayıcıları her zaman sağlıklı insanların sağlıklı bir yaşam tarzı yaşamasını ve bunu yapmak için ellerinden gelen her şeyi yapmasını ister. İnsan sağlığını etkileyebilecek hasarı tahmin etmek ve önlemek için iki tür yaklaşım gereklidir. Önleyici tıbbi hizmetler, bireyleri yani yalnızca insan sağlığını tehdit eden tehlikeleri önleme veya çevreyi olumsuz yönde etkileyebilecek hastalıkları, yani belirli bir toplumu veya bir toplulukta yaşayan tüm toplumu önlemeyi amaçlamaktadır. Koruyucu sağlık söz konusu olduğunda, sağlık koşulları bir şekilde kötüleşen insanların tekrar sağlıklı insanlar olması için tüm araştırmalar yapılmıştır.⁴⁶

2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleri olarak bilinmektedir ve toplumun sağlık durumunun korunması ve geliştirilmesi için

⁴⁴ Hasan Tutar, *Örgütsel Psikoloji*. (Ankara: Detay Yayıncılık, 2014) 45.

⁴⁵ Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 31.

⁴⁶ Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 31.

yapılan sağlık hizmetleridir. Günümüzdeki sağlık anlayışının en önemli niteliklerinden biri olan hastalık durumunun önlenmesi, hastalığın erken olarak teşhis edilmesi ve hastalığın tedavi edilmesinden daha fazla önem arz etmektedir. Bu belirtilen durumun gerçekleşmesi de ancak koruyucu sağlık hizmetleri ile yapılabilmektedir. Sağlık hizmetinin ilk verildiği yer olan birinci basamak sağlık hizmetlerindeki aksamalar, yeteri kadar önem verilmediğinde ülkelerin sağlık sistemleri bu durum karşısında çok olumsuz etkilenmektedirler. Maliyet durumu hastalıkların tedavi edilmeleri hizmetine göre çok daha ekonomik olan birinci basamak sağlık hizmeti beklentilerini karşılayacak düzeyde verilmediğinde toplumun genel sağlık durumu bozulmaktadır ve toplumun hastalıklara yakalanma oranları artış göstermektedir. Bütün hastalıkların tedavi edilme maliyetleri ve iş gücü kaybı, ülkelerin ekonomisine ağır yük oluşturmaya sebep vermektedir. Bu kısır döngünün kırılması için öncelik olarak koruyucu sağlık hizmetinin daha çok güçlendirilmesi gerekmektedir. Gelişmiş ülkelere bakıldığında sağlık hizmetleri politikasının koruyucu sağlık hizmetlerinin üzerine inşa edildiği görülmektedir. Nitekim; aynı durumun tespiti Alma-Ata Bildirgesinde de yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi başarısı yalnızca koruyucu sağlık hizmetleri ve temel sağlık hizmetinin iyi bir biçimde örgütlenmesine bağlıdır.⁴⁷

Koruyucu sağlık hizmetlerinde temel amaç, toplumu hastalığa neden olabilecek etkenlerden uzak tutmak veya hastalık etkenlerini yok etmeye yönelik hizmetlerde bulunmaktır. Bireylere yönelik yapılan bağışıklama durumu, ilaçla koruma ve serum ile koruma, hastalıklara erken tanı koyma, aile planlaması yapmak, bireylerin beslenme durumunun iyileştirilmesi için gıdaların güvenliği, sağlıklı beslenme, sağlık eğitimi ve sağlığı önleme hizmetleri gibi fiziksel, biyolojik ve sosyal olumsuz etkilerden kaynaklanan sağlık sorunlarının önlenmesi için fiziksel ortamda alınacak tüm önlemlerdir.⁴⁸

Ülkelerdeki sağlık sistemi dikkate alındığında, koruyucu bakımın bakım sağlamaya odaklanması gerektiği unutulmamalıdır. Sağlık hizmetlerinin her zaman daha etkili ve uygun maliyetli olması, bu görüşün temel nedenidir. Bu hizmetler bireysel ve çevresel koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılmıştır ve bir sağlık politikasının ilk adımıdır. Bireyler için koruyucu tıbbi hizmetler şöyle ifade edilmiştir:⁴⁹

⁴⁷ Metin Ateş, *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. (İstanbul: Beta Yayınevi, 2013) 22.

⁴⁸ Şahin Kavuncubaşı, Selami Yıldırım, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. (Ankara: Siyasal Kitabevi, 2010). 36.

⁴⁹ Sinem Somunoğlu, *Sağlık Kurumları Yönetimi*. (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2012) 25.

- Bireylerin hastalıklarının erken teşhisi ve tedavisi,
- Bireylere sağlık eğitimi verilmesi,
- İnsanlara anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin sağlanması,
- İnsanlara aile planlaması hizmeti sunmak,
- İnsanların aşılama durumunu yükseltmek,
- Sağlık profesyonellerinin, bireylerin ve benzeri hizmetlilerin beslenme koşullarının iyileştirilmesi.

Çevre için koruyucu tıbbi hizmetler, bu alanda özel eğitim almış uzmanlar (mühendisler, çevre sağlık teknisyenleri, vb.) tarafından sağlanan ve fiziksel çevre, kimyasal çevre ve biyolojik çevre unsurlarını ortadan kaldırmayı amaçlayan tıbbi hizmetlerdir. İnsan sağlığını olumsuz etkilemektedir. Çevre için koruyucu sağlık hizmetleri şöyle ifade edilmiştir:⁵⁰

- Çevreyi etkileyen suyun temiz kaynaklardan sağlanması,
- Havanın kirlilik durumunun kontrol edilmesi,
- Kişilerin iş sağlığının ve güvenliklerinin oluşturulması,
- Çevreye bırakılan atıkların kontrol edilmesi,
- Çevreyi etkileyebilecek gürültülerin kontrol edilmesi,
- Konutların hijyen durumu ve benzeri.

2.4.2. Tedavi Hizmetleri

Hastaların sağlığını iyileştirmek için sağlanan tüm hizmetler bu kategoriye girmektedir. Birinci aşama tedavi hizmetleri (ilk kullanım ve ayakta tedavi sırasında), ikinci aşama tedavi hizmetleri (yatarak tedavi hizmetleri) ve üçüncü aşama tedavi hizmetleri (yüksek düzeyde uzmanlaşmış ve diğer tıp merkezlerine göre ileri teknolojileri kullanan merkezler) olarak üç bölüme ayrılmıştır. Tedavi edici hizmetler yalnızca sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık sektörü tarafından sunulan hizmetleri ifade etmektedir.⁵¹

⁵⁰ Somunoğlu, *Sağlık kurumları yönetimi*, 25.

⁵¹ Akdur, *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, 41.

2.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Bireylerin hastalığa yakalanmasından sonra sakatlanmaları veya güçsüz düşmeleri gibi sebeplerle işgüçlerini kaybedenler için yapılan hizmetler bu sağlık hizmeti türü altında toplanmaktadır. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılır:⁵²

a) Tıbbi Rehabilitasyon: Kişilerin kaybettikleri organlarının yerine protezlerin takılması işlemi veya kişilerin güçsüz hale gelmiş organlarının, fizik tedavi rehabilitasyon ve benzeri metotlarla yeniden güçlendirilmesi, kişilerin günlük aktivitelerini devam ettirmeleri olanaklarına kavuşturulması gibi çalışmalardır.

b) Sosyal Rehabilitasyon: Fiziksel ve psikolojik hasarlı olan bireylerin, mevcut olan durumlarına göre ve buna uygun olarak işe yerleştirilmeleri veya bu belirtilen insan grubunun bakımlarının yapılması türünden hizmetlerdir.

Hizmetlerin tanımı ve türlerinden anlaşılabacağı üzere tıbbi rehabilitasyon hizmeti, sağlık sektörü tarafından sunulan hizmetlerden biridir. Sosyal rehabilitasyon hizmeti, sosyal hizmet kurumu ve çalışanları tarafından verilmektedir.⁵³

2.4.4. Sağlığı Geliştirici Hizmetler

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlıklı insanların sağlık durumunu daha üst seviyeye çıkarmak için sağlanan tıbbi hizmetlerdir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hizmetlerinin birincil sorumluluğu bireye aittir. İnsanların sağlığını iyileştirmeyi, fiziksel ve zihinsel sağlığını, yaşam kalitesini ve yaşam beklentisini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Günümüzde meydana gelen hastalıkların çoğu, insanların yaşam tarzı ve alışkanlıkları gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır.⁵⁴

Bireylerin sağlığını geliştirme, bireylerin sağlık durumunu etkileyen bireysel potansiyel ve çevresel potansiyel durumlarının en etkili biçiminde kullanılma halidir. İnsanların yaşantısında sağlıklı olma, sağlamlık kazandırma, mutlu olmalarını sağlama, canlılık katma ve insanların ömürlerini daha uzun yaşamalarını sağlama

⁵² Akdur, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, 42.

⁵³ Akdur, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, 42.

⁵⁴ Kavuncubaşı, Yıldırım, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 36.

çabasıdır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri stratejik yönden şu yaklaşım açılarını kapsamalıdır:⁵⁵

- Bireylerin potansiyel durumunun güçlendirilmesinin teşvik edilmesi.
- Sosyal yapıya destek vermek; sağlıklı ortamlar ve güvenilir ortamları geliştirmek.
- Bireylerin yaşam şartlarını geliştirmek.
- Hastalığa yakalanma ihtimali olan risk grupları için ve risk gruplarıyla beraber hareket etmek.
- Organ yetmezliği sebebiyle yaşam tehlikesi yaşayanlar için toplumun geneline organ bağışlama konusunda bilinçlendirme faaliyetinde bulunmak.
- Sağlık durumunu ve iyilik halini daha iyi duruma getirmek için kamu politikasını ve kamu politikasının yaptığı etkinlikleri koordine etmek.
- Sağlık hizmetleri sistemini ve sosyal hizmetler sistemlerini en etkin ve en ekonomik çözümlere yönlendirmek.

2.5. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Sağlık hizmetlerinin Türkiye’deki tarihsel gelişimi incelendiğinde altı başlık halinde bahsedildiği tespit edilmiştir. Bunlar; cumhuriyet öncesi dönem, kuruluş dönemi, kurumsallaşma dönemi, milli sağlık dönemi, sosyalizasyon dönemi ve yeni dönem sağlık hizmetleridir.

2.5.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem Sağlık Hizmetleri

Selçuklu ve Osmanlı Devletleri döneminde sağlık konusu önem verilen bir hizmet alanı olarak belirtilmiştir. Tıp bilgisinin ve uygulamalarının gelişimi için bu konuda eğitim veren kurumların oluşturulması teşvik edilmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetleri, genel olarak “darüşşifa” ismi verilen kurumlar ve benzerleri tarafından sunulmuştur. Bu tip kurumların genelde zenginler tarafından yaptırılıp, bu kurumlara vakfedilen gelir getirici işletmeler sayesinde ayakta durduğu anlaşılmaktadır. Bu kurumlarda din, dil, ırk ayrımı yapılmadan ücretsiz sağlık hizmeti verilmiştir. Aynı kurumlarda ülke dışından gelen hekimler de çalıştırılmıştır. Bu dönemde özel

⁵⁵ Kavuncubaşı, Yıldırım, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 37.

hekimlik çok yaygın olarak sağlık hizmeti sunmaktadır ve maddi olarak güçlü olan insanların 1900'lü yıllara dek evlerinde sağlık hizmeti aldıkları bilinmektedir.⁵⁶

Hem Selçuklu hem de Osmanlı döneminde hekimler, usta çırak anlayışı ile yetiştirilmiştir. Bu anlayış 1827 yılında "Cerrahhane-i Amire"nin kurulması ile modern tıp eğitimi anlayışına dönüşmüştür. Aynı dönemlerde sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasında başkent dışındaki yerlerde darüşşifalar, başkentte ise hekimbaşılık idari ve uygulama alanları olarak öne çıktığı görülmektedir.⁵⁷

II. Mehmet'in kurduğu hekimbaşılık, bugünkü Sağlık Bakanlığı'na denk bir yetkiye sahip olmuştur. Hekimbaşı; vakıf, özel, resmi tüm sağlık hizmeti veren kuruluşları denetmekle görevlendirilmiştir. Gerekli durumlarda hastane açmak, kapatmak, hekim atamak hekimbaşının görevleri arasındadır. Tanzimat Fermanı'nın ilanından sonra sağlık hizmetlerinde de yeni bir döneme geçilmiştir.

II. Abdülhamit döneminde açılan Hamidiye hastaneleri, fakir ve kimsesizler için sağlık hizmeti sunmuştur. Aynı kişilerin yaşadıkları mahallerde hastane olmaması durumunda askeri hastanelerden sağlık hizmeti almalarına müsaade edilmiştir. Başkentte ihtiyaç sahibi olanların sağlık ve bakım hizmeti alabilmeleri için 1896 yılında "Darülaceze" kurulmuştur. Osmanlı İmparatorluğu döneminde herkese ulaşabilen yaygın bir sağlık teşkilatı kurulamadığı anlaşılmaktadır.⁵⁸

2.5.2. Sağlık Hizmetleri Kuruluş Dönemi (1920-1923)

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışından sonra 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 numaralı Kanun ile "Sıhhiye ve Muavenet-i İltimaiye Vekâleti" (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) adı ile kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Dönemin şartları dolayısıyla daha çok savaş süreci ve sonrasında oluşan durumların organizasyonu ile ilgilenilmiştir. Kurtuluş Savaşı'nın verildiği günlerde bile Sağlık Bakanlığı'nın kurulmuş olması, bu konuya verilen önemin bir göstergesidir.⁵⁹ Bu dönemde en büyük problemlerden biri olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için büyük gayret gösterilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri önemslenmiştir. Tedavi edici

⁵⁶ Şeyda Çavmak, Doğançan Çavmak, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, *Sağlık Yönetim Dergisi*, 1/1 (2017): 48-57.

⁵⁷ Rahmi Dirican, Nazlı Bilgel, *Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)*, (Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993) 24.

⁵⁸ Dirican ve Bilgel, *Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)*, 25.

⁵⁹ Recep Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003- 2011). (Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2012) 35.

sağlık hizmetlerinin yükü yerel yöneticilere bırakılmıştır. Meclis Hükümetinin savaşı öncelemiş olması, sağlık hizmetine yeterli önem verilememesine neden olmuştur. Fakir hastalar için ücretsiz muayene yapan hükümet tabiplikleri kurulmuştur.⁶⁰

Ayrıca sağlık hizmetlerinin finansmanı için sandıklar oluşturulmuş, işçi ve işverenden belli bir katkı payı alınarak bu sandıkların işletildikleri görülmüştür. Böylelikle sağlık hizmetinin herkese ulaşılabilir hale gelmesi planlanmıştır.

2.5.3. Sağlık Hizmetleri Kurumsallaşma Dönemi (1923-1946)

Bu dönemde sağlık hizmetlerinin geniş kitlelere sunulmasında ve geliştirilmesinde en büyük engel yeterli sayıda yetişmiş sağlık personelinin bulunmamasıdır. Bu nedenle devlet sağlık personelinin yetiştirilmesi ile alakalı yeni uygulamalara geçmiştir. Doktor yetiştirmek amacıyla tıp fakülteleri önemsenmiş ve tıp talebe lojmanları açılmıştır. Çalışma saatleri düzenlenmesi amacıyla 1924 yılında hekimler için mecburi hizmet şartı getirilmiştir. Çalıştıkları yerde de lojman imkânı tanınmıştır. Böylelikle hekim sayısında hissedilir derecede artış meydana geldiği anlaşılmaktadır.⁶¹

Safiye Ali, Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk kadın tıp doktoru olup, aynı zamanda tıp eğitimi veren ilk kadın unvanına da sahiptir. Safiye Ali, anne ve çocuk sağlığı üstüne çeşitli çalışmalar yapmış ve ismi "Süt Damlası Bakımevleri" ile anılmıştır. Gelişen sağlık hizmetleri bu tür çalışmalarla daha fazla ilgi görmeye başlamış ve kurumsal çalışmalara ilham olduğu düşünülmüştür.

Koruyucu hekimliğin daha sağlıklı yürütülmesi adına, 1928 yılında "Refik Saydam Merkez Hıfızısıhha Enstitüsü" kurulmuştur. Enstitü, bakteriyolojik tahlil ve kontrol, kimya, aşı, serum, BCG viroloji ve virüs aşıları gibi çeşitli bölümler içermektedir. Bu dönemde aşı üretiminin yapılabilmesi çok önemli bir gelişme olarak kayda geçirilmiştir. 1923-1937 yılına kadar Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesinde katkı sağlamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın elindeki verilerden, 1923 yılında, hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurluklarının içinde olduğu 86 adet yataklı

⁶⁰ A. Gürhan Fişek, Özsuca, Şerife Türkan, Mehmet Ali Şuğle, "Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi, 1946-1996", Sosyal Sigortalar Kurumu (Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, Ankara, 1997) 12.

⁶¹ Fişek, Özsuca, Şuğle, Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi, 1946-1996, 12.

tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 56 sağlık memuru ve 136 ebe ile hizmet verildiği anlaşılmaktadır.⁶²

Dr. Refik Saydam'ın yürüttüğü sağlık politikası dört temel üzerine inşa edilmiştir: Bunlardan ilki, sağlık yönetimi ve planlamasının tek elden yönetilmesidir. İkincisi, merkezi yönetiminin koruyucu hekimlik hizmetlerini, yerel yönetimlerin ise tedavi edici hekimlik hizmetlerini yürütmesidir. Üçüncü temel ilke ise tıp fakültelerinin ve sağlık personeli eğitiminin cazibesinin artırılması ile bu konudaki eksikliğin tamamlanma çabasıdır. Son temel ilke ise ülkede yaygın olarak görülen sıtma, frengi, verem, cüzzam gibi hastalıklarla etkin mücadeledir.⁶³ Bu temeller kullanılarak verilen hizmetler geniş bölgede tek amaçlı hizmet ve dikey örgütlenme modeli olarak adlandırılmaktadır. Yapılan yasal düzenlemelerle koruyucu hekimlik kavramı getirilmiş, ilçe tabiplikleri kurulmuş, muayene ve tedavi evleri açılmış, hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmıştır. İlk yıllarda yerel yönetimlere verilen tedavi edici sağlık hizmetlerinin sorumluluğu yavaş yavaş Sağlık Bakanlığı'nca üstlenmeye başlanmıştır. Bu uygulamanın bir yansıması olarak 1924-1946 yılları arasında Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas, İstanbul (Haydarpaşa), Trabzon illerinde "numune hastaneleri" adıyla merkezi yönetime bağlı hastaneler açılmıştır.⁶⁴ Günümüzde de etkileri halen güçlü şekilde hissedilen halk sağlığı uygulamalarının temelleri bu dönemde atılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın görev, yetki ve sorumluluklarını tam olarak ortaya koyan yasal düzenlemeler de bu dönemin ürünleridir. Salgın hastalıklarla mücadeleye önem veren dikey örgütlenme modeli benimsendiği görülmektedir.⁶⁵

2.5.4. Milli Sağlık Dönemi Sağlık Hizmetleri (1946-1960)

Sağlık hizmetleri yıllar geçtikçe yeni planlar ve gelişmeler içerisinde büyümeye devam ederken, yapılan çalışmaların da hükümetler tarafından kabul gördüğü bir dönem olmaya başlamıştır.

Geliştirilen Milli Sağlık Planı, 1946 yılında hükümet tarafından onaylanmıştır. Bu plan ile ülkemizdeki sağlık hizmetinde yeni bir döneme girilmesi hedeflenmiştir. Dr. Behçet Uz'un Sağlık Bakanlığı'ndan ayrılmasıyla hükümet tarafından kabul

⁶² Akdağ, *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003- 2011)*, 36.

⁶³ Akdağ, *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003- 2011)*, 37.

⁶⁴ Akdağ, *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003- 2011)*, 37.

⁶⁵ OECD, World Bank. *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri*, Türkiye, OECD ve Dünya Bankası, 2008.

görülmesine rağmen ilgili plan kanunlaşamamıştır. İkinci Dünya Savaşı'nın bitmesiyle dünya ekonomisindeki hızlı kalkınma dönemi, ülkemizi de etkilemiştir. Artan ekonomik refaha bağlı olarak halkın sağlık hizmetlerindeki beklentisi yükselmiştir. Bunun bir neticesi olarak yerel yönetimlerin sunduğu tedavi edici sağlık hizmetleri yetersiz kalmaya ve ihtiyacı karşılamamaya başlamıştır. Bu olayların tetiklemesi ve 1950'li yıllarda Demokrat Parti'nin iktidar olması ile sağlık politikalarının değişmeye başladığı görülmektedir.⁶⁶

Milli Sağlık Planı, yeni dönemin Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Kerim Gökay tarafından geri çekilmiş ve yasalaşamamıştır. Ancak Milli Sağlık Planı, yasal metin haline getirilmese de içerdiği değişimlerden büyük bir kısmı sağlık yapılanması içerisinde hayat bulmuştur. İhtiyacı karşılamayan yerel yönetimlere bağlı yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır. Her kırk köyü kapsayan on yataklı sağlık hizmet birimleri kurularak bu alandaki ihtiyaçlar karşılanmaya çalışılmıştır. Dönemdeki nüfusun artırılması politikalarının bir gereği olarak çocuk ölümlerinin önlenmesi için “ana çocuk sağlığı merkezleri” kurulmuştur. Bu çalışmaların neticesinde 1950 yılında 43,6 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi ortalaması, 1975 yılına gelindiğinde 59,7 yıla çıkmıştır. Bu dönemin başka bir uygulaması da ülkenin 16 sağlık bölgesine ayrılması ve bu merkezlerin nitelikli tedavi-sağlık hizmeti vermesinin sağlanmasıdır. Yine aynı dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanması için sağlık bankasının kurulması, halkın bir ücret karşılığında sigortalanması esas kabul edilmiştir. Ödeme gücü olmayanların sağlık harcamalarının ise il özel idaresi tarafından karşılanması karara bağlanmıştır. Bu dönemin sonuna doğru hizmete ihtiyacı olan vatandaşlar sağlık hizmetlerinin yoğunlaştığı merkezlerden yeterli hizmet alamadıklarından şikâyetçi olmuşlardır. Bu durum sağlıkta yeni bir politikanın kapısını açmıştır. Bu politika, hastanın sağlık hizmetlerinin verildiği yere gelmesi yerine sağlık hizmetlerinin hastanın olduğu yere götürülmesi şeklinde özetlenmektedir. Bu dönemde Türkiye'deki bireylerin entegre sağlık hizmeti alabilmesi için “sağlık ocakları” kurulmuş ve yaygınlaştırılmıştır. Sağlık hizmetindeki kalitenin artırılması için Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundaki rolü artırılmıştır. Sağlık finansmanının sürdürülebilir olması adına SSK ve diğer sandıkların kurulması karara bağlanmıştır.⁶⁷

⁶⁶ Fişek, Özsuca, Şuğle, Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi: 1946-1996, 13.

⁶⁷ OECD, A.g.y.

2.5.5. Sosyalleştirme Dönemi Sağlık Hizmetleri (1960-1980)

27 Mayıs 1960 Darbesi'nden sonra sağlık hizmetlerinde planlı döneme geçildiği dönem yetkilileri tarafından savunulmaktadır. Planlı dönem, ihtiyaçların geleneksel ve gelişigüzel önlemlerle çözülemeyeceğini temel almıştır. 1961 Anayasası'nda sağlıkla ilgili hükümlere yer verilmiştir. Ayrıca 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" Resmî Gazete'de yayınlanmıştır. 1961 Anayasası'nda "sosyal devlet" ilkesinin yürürlüğe girmesinden bu yana, sosyal güvenlik sistemi, katkı payı ve primsiz olarak adlandırılabilir iki farklı yöntemi içeren karma bir yapı görmüştür. 1961 Anayasası'nın 48. Maddesi tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu hakkı sağlamakla görevli olduğunu belirtmektedir. Primli sistem açısından ilk reform, 1964 tarihinde düzenlenen 506 sayılı "Sosyal Sigortalar Kanunu"⁶⁸ ile SSK'nın kurulmasıyla gerçekleştirilmiştir. Ardından 1971 tarihinde "Bağ-Kur" adı ile anılan ve daha çok esnaflara hizmet veren sandık kurulmuştur. T.C. Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur kurumlarından başka, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun geçici 20. Maddesine göre ticaret ve sanayi odaları üyelerine, ek olarak yardım sağlayan özel sandıkların kurulmasına izin verilmiştir.⁶⁹ 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun"⁷⁰ sayesinde özellikle kırsal alana daha çok ve daha kaliteli hizmet götürülmesi hedeflenmiştir. Bu kanunun uygulanması, modern sağlık yönetimi ve tıbbi tıbbın ilavesi ilkelerine uygun olarak koruyucu hekimlik önceliğini sağlamaktadır. Bu şekilde amaç, ülkenin her alanında sağlık hizmeti sağlamaktır. Sağlık hakkının sosyal devlet anlayışının gereği olarak anayasal güvence altına alınması ve hazırlanan beşer yıllık dönemleri kapsayan planlarda yer alması, bu dönemin önemli gelişmelerindendir. Sağlık evleri ile 2500 kişilik bir nüfusa hitap eden birimler kurularak sağlık hizmeti vatandaşın ayağına götürülmüştür. Sağlık evleri bir köy ebesi tarafından yönetilmiştir. Doğum, anne ve bebek sağlığı ve koruyucu bakım alanlarında aktif görev almıştır. Sağlık binası üzerinde yer alan sağlık ocakları, daha yüksek personel ve ekipmanla donatılmış birimlere dönüştürülmüştür. Bu aşamalı yapının amacı, temel sağlık hizmetlerini uzak yerleşim yerlerine ulaştırmaktır. Bu, hastaların büyük apartman bloklarına transferini önlemek içindir. Amaç ise sağlık hizmetlerini halka ulaştırmak için koruyucu sağlık ve tedavi sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmaktır. Bu amaçla, istisnai

⁶⁸ Resmi Gazete, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Kanun Karar No:557, Sayı: 11976, Tarih: 10.04.1965.

⁶⁹ Fişek, Özsuca, Şuğle, *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi, 1946-1996*, 46.

⁷⁰ Resmi Gazete, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, Kanun Karar No:224, Sayı: 10705, Tarih: 12.01.1961.

durumlar dışında, bu merkezler de dahil olmak üzere referans zincirlerinin uygulaması başlatılmıştır. Sevk zinciri ile yerinde tedavi olabilen hastaların, büyük merkezlerdeki sağlık kurumlarına yığılmasının önlenmesi amaçlanmıştır. Ancak sağlık hizmetlerinin en büyük bölümünü elinde tutan ilgili bakanlık bütçesine genel bütçeden ayrılan pay, bu işlemler için yeterli olmamıştır. İlgili bütçenin artırılması gerekirken azaltılmıştır. Bu nedenlerden ve istihdam edilemeyen personellerden kaynaklı sorunlardan dolayı programın başarılı olarak uygulanamadığı anlaşılmaktadır.⁷¹

Sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırıldığı yerlerde hizmetin çekim gücünü kaybetmesiyle artan çalışan eksikliği, "tam gün çalışma" yasası (Resmî Gazete, 1978: 16341) ile giderilmeye çalışılmıştır. 1978 yılının son aylarında çıkarılan yasa, halk sağlığı çalışanlarının serbest meslek sahibi olmalarını yasaklayarak ve tüm sağlık çalışanlarına tazminat vererek halk sağlığı hizmetlerinin çekiciliğini artırmayı amaçlamıştır. 1978 yılında Türkiye, tıp klinikleri açmak, doktorların maaşlarını artırmak ve staj sorumluluklarını bir kenara bırakan elleri düzeltmek için "tam zamanlı bir uygulama" başlatmıştır. Ancak, başarılı olanlar yerine tüm sağlık çalışanlarını ödüllendirmenin, doktorların maaşlarını yeterince yükseltmemelerinin bir nedeni olduğu ve hastaneyi terk edip uygulamayı seçmelerine neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca boş kadrosu bulunmayan sağlık çalışanları (eczacılar, diş hekimleri, hemşireler) ve idari personelin maaşlarındaki artış, bu çalışanların hastanede fazla mesai yapmalarına sebep olarak değerlendirilmektedir.⁷²

Tüm bu süreçte coğrafyada yaygın hâle getirilmiş, sürekliliğine odaklanılan ve birbiriyle bütünleşik, aşamalı, söz konusu vilayet içinde koordineli bir anlayışa geçilmesi hedeflenmiştir. Küçükten büyüğe doğru sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir teşkilatlanma yolu tercih edilmiştir. Önceki dönemin dikey örgütlenme ilkesi zayıflatılmıştır. 1965'te 554 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" (Resmî Gazete, 1965: 11976) ile önceki dönemlerde yürütülen nüfus artırıcı (Pro-natalist) politikadan vazgeçilerek nüfus azaltıcı (anti-natalist) politikaya geçilmiştir.⁷³ Yeni birimler açılarak geniş bölgede tek yönlü hizmet ilkesi yerine dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışı benimsendiği ifade edilmektedir.⁷⁴ Bir

⁷¹ Hasan Tutar, Mehmet Altınöz, *Büro Yönetimi ve İletişim Teknikleri*. (Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2006) 28.

⁷² Yeşil Işıl Ülman, *Türkiye'de 19. ve 20 yüzyıllarda Tıp Tarihinin Ana Hatları (1827-1923)*, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 40. Yılda 40 Kitap Serisi, Üniversite Yayın no: 4711, Fakülte Yayın no:00249, 2007:175-186, İstanbul, 2011.

⁷³ Akdağ, *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003- 2011)*, 38.

⁷⁴ Akdağ, *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003- 2011)*, 38.

diğer ifadeyle nüfusun miktarından ziyade sağlık hizmetinin kapsamına odaklanılmıştır.

2.5.6. Yeni Dönem Sağlık Hizmetleri (1980-2020)

Türkiye’de 1982 Anayasası ile sosyal devlet ilkelerine uygun olarak vatandaşların sağlık hizmeti alması güvence altına alınmıştır. İlgili Anayasanın 56. Maddesi şu şekildedir: “*Devlet herkese fiziksel ve zihinsel olarak sağlıklı bir yaşam garantisi eder; İnsan ve malzeme kaynaklarının tasarrufunu ve verimliliğini artırarak iş birliği yapmak için sağlık tesislerinin planlanmasını ve bakımını tek elden koordine eder. Hükümet, bu hedefi kamu ve özel sağlık ve sosyal kuruluşlar aracılığıyla kullanacak, izleyecek ve uygulayacaktır.*” Anayasa’nın 60. Maddesinde ise “*Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve devlet bu güvenliğin sağlanması için gerekli tedbirleri alır ve bir teşkilat kurar*” ifadesi yer almaktadır.⁷⁵ 24 Ocak 1982’de dönemin hükümeti tarafından ekonomi alanında alınan kararlar, sağlık hizmetlerinin sunumunu da etkilemiştir. Bu dönemde uygulanan liberal politikalar, gelen devletçi politikaların alternatifi olarak ortaya çıkmıştır. 1982 Anayasası’nda zikredilen devletin özel kesimdeki sağlık kurumlarından da yararlanacağı beyanı, bunun ilk işareti olarak algılanmaktadır. Liberalleşmenin sonucu olarak 1980’li ve 1990’lı yıllar süresince sağlık hizmeti alanında sosyal devlet uygulamalarının önemi azalmıştır. Ekonomideki kamu payının azaltılması, özel sektörün teşvik edilmesi, sosyal devlet uygulamalarının içeriğinin zayıflatılması, devletin sağlık alanında üstlendiği hükümlülüklerden kısmen vazgeçmesi sonuçlarını doğurmuştur. Kamu kaynaklarının yetersizliği ve kamu işletmeciliğinin sorunları nedeniyle özel sektör işletmeciliğinin daha verimli ve başarılı olacağı inancı gelişmiştir. Dikkatli incelendiğinde 1961 Anayasası’nda vatandaş için vazgeçilmez bir hak olarak tanımlanan sağlık hakkı, 1982 Anayasası’nda sadece bir hizmet olarak tanımlanmıştır. Bu fark, sağlık hizmeti politikalarındaki temel bir ayrımı işaret etmektedir. Böylelikle sağlık hizmetinin devlet tarafından karşılanan bir gereksinim olmaktan çıkarıldığı belirtilmektedir. Devlet bu hizmeti vermeye devam etse bile daha ziyade sağlık kuruluşlarını planlayıp, denetleyen bakış açısına büründüğü görülmektedir. Günümüzde yürürlüğe konulan Genel Sağlık Sigortası (GSS)’nin temellerinin 1982 Anayasası ile atıldığı ifade edilmektedir.⁷⁶

⁷⁵ Akdağ, *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003- 2011)*, 39.

⁷⁶ Fişek, Özsuca, Şuğle, “*Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi, 1946-1996*”, 47.

3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” 1987 yılında Resmî Gazete’de yayınlanmıştır. Bu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemelerin zamanında yapılamadığı ve bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesi tarafından yürürlüğünün iptalinden dolayı, tam anlamıyla uygulanabilme olanağı olmamıştır. Bu dönemde GSS tekrar gündeme gelse de yasal düzenleme yapılamamıştır. 1986 yılında Bağ-Kur mensuplarına farklı sağlık yardımları yapılmaya başlanmış, kamu sağlık sigortacılığında 3 başlı bir yapı oluşmuştur. Farklı sağlık sandıklarının farklı uygulamaları sağlık hizmetlerinin sunumunu ve bundan duyulan memnuniyeti azaltmıştır. Bu dönemde Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı iş birliği ile çeşitli toplantılar yapılarak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması için çaba sarf edilse de bu çabalar istenilen sonuca ulaşılamamıştır. 1992 yılında, 3816 sayılı “Ücretsiz tıbbi tedavi masraflarının yeşil kart verilerek karşılanması Kanunu” uyarınca sosyal sigorta kapsamında olmayan düşük gelirli kişilere yeşil kart getirilmiştir. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerine erişim ekonomiden dışlananlarla sınırlıdır.

Aynı dönemde farklı tarihlerde ve farklı isimlerde sağlık hizmetlerinin iyileşmesi için çeşitli kanun tasarıları hazırlanmış ancak hiçbirisi yasalaşamamıştır. Bu dönemdeki tasarılarda GSS’nin kurulması ve bu sürecin tek elden yürütülmesi ortak hedef olarak öne çıkmaktadır. 1980 yılında başlayan sağlık hizmetindeki liberalleşme etkisi, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi, Sağlık Bakanlığı’nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik sunan sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir teşkilat yapısına ulaştırılması şeklinde etkilerini göstermektedir.⁷⁷ Bu dönemde daha önce oluşturulan entegre sağlık hizmetlerinin eksiklikleri giderilmeye çalışılmıştır. Bu anlamda sistemin ayakta kalabilmesi için kaynak aktarımları kısıtlı olsa da gerçekleştirilmiştir. Kısıtlı kaynak aktarımları nedeniyle 1987 yılında çıkartılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu istenilen neticeleri sağlamamıştır. Bunların sonucu olarak sistemsal reformları destekleyen yasalar çıkartılamamıştır. Etkin, herkese ulaşan bir sağlık politikası benimsenmemiştir. Sağlık sektörünün canlandırılması ile ilgili çabaların sonuçlanamadığı vurgulanmaktadır.⁷⁸

5 Nisan 1994 kararları ile birlikte hastanelerin finansmanına devlet katkısı, personel giderleri ile sınırlandırılmış, devlet hastaneleri giderlerini finanse edebilmek için kaynak sıkıntısı çekmeye başlamış, sağlık ocakları üretilen hizmet karşılığında

⁷⁷ Akdağ, *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003- 2011)*, 40.

⁷⁸ OECD, A.g.y.

hastalardan ücret talep etmek zorunda kalmıştır. Adım adım sağlık sistemi; hizmet, sunum ve finansman krizine sürüklenmiştir.⁷⁹ Bütçe imkanlarının daraltılması ve sağlık yatırımlarının kesintiye uğraması hastanelerde verilen kamusal sağlık hizmetlerinin niteliğinin aşınmasına neden olmuştur.⁸⁰

Türk sağlık sistemi adım adım finansal kriz ortamına sürüklenmiştir. Sağlık Bakanlığı ve SSK'nın mali kaynakları kısıtlanmış, yatırım imkânları ortadan kaldırılmış, yeterli ve nitelikli personel istihdam edemez duruma düşmüştür. Bunun toplumdaki karşılığı ise kamu sağlık hizmetlerine karşı artan memnuniyetsizlik şeklinde olmuştur. Sağlık kuruluşları kurumsal olarak çökertilme eşiğine getirilmiştir. Kamu sağlık sistemi bu şekilde kendi haline bırakılırken, özel sağlık hizmetlerini bir alternatif haline getiren teşvik ve desteklemeler politika olarak benimsenmiştir. Kamu sağlık fonlarından finansmanıyla özel sağlık kuruluşlarından hizmet alma uygulamasıyla birlikte özel sağlık sektöründe büyüme yaşanmaya başlanmış, tıbbi görüntüleme, hastane ve tıp merkezleri sayısal olarak artmaya başlamış ve kamusal fonlar özel sektöre aktarılmıştır. Bireylerin kamudaki sağlık hizmetlerine erişim sağlayamaması veya erişim durumunda da istedikleri seviyede hizmet alamaması, özel kişisel sağlık harcamasını teşvik etmiştir.⁸¹

Sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında koordinasyon eksikliği ve denetimsizliğin yanında yeterli nitelikteki personel sayısı açısından ülke içi bölgesel dağılım bozuklukları oluşmuştur. Birinci basamak sağlık sistemi yetersiz olup koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlayıcısı olan söz konusu yapılar çoğunlukla yalnız bırakılmış, sağlık hizmetini sunmaya imkân vermeyen koşullar içerisinde hizmet sunmaya itilmiştir. Birinci basamak sağlık kurumlarıyla hastaneler arasında olması gereken sevk sistemi verimli düzeyde işletilememiş, bireylerin tedavi hizmetlerine olan meylini artıran politikalar ile hastanelerde yığılmalar ortaya çıkmış ve kamu kaynakları son derece etkisiz kullanılmıştır. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin yürürlüğe girmesine kadarki dönemde sağlık sistemi devlet hastaneleri, SGK hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve sağlık ocaklarından oluşan bir yapı üzerine kurulmuştur. Sağlık sistemine devlet katkıları ile birlikte üç sosyal güvenlik kuruluşu (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur) ve Yeşil Kart'tan oluşan bir sosyal güvenlik ve sosyal yardımlaşma sisteminin işletilmesi ile finanse edilmiştir.⁸²

⁷⁹ Ata Soyer, "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları", *Praksis*, 9, (2011): 313.

⁸⁰ Soyer, 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları, 315.

⁸¹ Soyer, 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları, 317.

⁸² Faruk Ataay, Health Reform and Citizenship Right. TODAİE's Review of Public Administration, 2/3 (2008): 199.

Herkesin rahatlıkla erişim sağlayabildiği, genel bütçeden (kamu) tahsis edilen bir sağlık sistemi tam anlamıyla Türkiye’de hiçbir zaman hayata geçirilememiştir. Sağlık hakkı büyük ölçüde sosyal sigorta kapsamındaki kişilere sunulmuştur. Bu Bismarck tipi sosyal güvenlik sistemi, refahı toplumdaki mevcut sınıf ve statü farkını devam ettirmek hatta güçlendirmek için dağıtmayı amaçlamaktadır. Sosyal haklar, istihdamdaki konuma ve kişinin prim katkısına göre sunulmaktadır ve devlet refahı topluma dağıtırken eşitleme amacıyla değildir. Bu modelin kurucusu olan Almanya’da sistem zamanla herkesi kapsar hale gelmiştir. Oysa Türkiye’de nüfusun büyük bir kısmını oluşturmalarına rağmen kayıt dışı istihdam ve tarımda çalışanlar her zaman sistem dışı kalmıştır. Bu sağlık sistemi eşitsiz ve korporatist bir sağlık sistemi olarak ifade edilmiştir.⁸³

Türkiye’deki sağlık sistemi, nüfusun ciddi bir kısmını kapsam dışında bırakmıştır. Kapsam içine aldığı gruplara sunulan sağlık hizmetlerinin bir kısmı da özellikleriyle eşitlikçi olmamıştır. Emekli Sandığı ile kamu kesiminde çalışan memur ve askeri personele, SSK ile işçiden kesilen primlerle işçilere, Bağ-Kur ile belirli bir prim karşılığı esnaf, sanatkâr ve bağımsız çalışan vatandaşlara sosyal güvenlik sağlanmaya çalışılmıştır. Sağlık reformları öncesindeki bu durum sistem içerisinde ciddi eşitsizlikler içerecek şekilde sürüp gitmiştir. En iyi hizmet ve en çok sağlık harcaması Emekli Sandığı mensuplarına ve ardından sırayla Bağ-Kur ve SSK’lılara yapılmıştır. Zaman içerisinde Emekli Sandığı mensuplarına yapılan sağlık harcaması, SSK’lıların 4-5 katına ulaşmıştır. Emekli Sandığı mensuplarının üniversite hastanelerine doğrudan başvurabilme ayrıcalığı tanınmış ve Emekli Sandığı mensupları ilaçlarını her eczaneden alabilirken SSK’lıların böyle bir imkânı olmamıştır. SSK sigortalıları için ise sadece SSK hastanelerinin kullanılmasına izin verilirken, Bağ-Kur sigortalıları muayene, laboratuvar testleri, ayakta ve yatarak tıbbi bakım için kamu ve özel sağlayıcılardan 90 gün prim yatırma koşuluyla sağlık hizmetinden faydalanabilmişlerdir. Emekli Sandığı bu gruplar arasında en kapsamlı hizmet paketine sahip olan grup olmuş, kamu ve özel sektör olmak üzere birçok hizmet sağlayıcıya rahatlıkla ulaşabilmişlerdir.⁸⁴

Yoksulların sağlık hizmetleri alamadıkları, hastanelerden geri çevrildikleri ya da rehin kaldıkları bir dönemde Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. 1992 yılında kurulan bu program, resmi sağlık sigortası kapsamında olmayan ve sağlık hizmetleri

⁸³ Cem Terzi, “Türkiye’de Sağlıkta Neoliberal Saldırı: Sağlıkta Dönüşüm Programı”. Ulusların Sağlığı: Yeni Bir Ekonomi Politikası Doğru. (İstanbul: Yordam Kitap, 2014) 279.

⁸⁴ Terzi, “Türkiye’de Sağlıkta Neoliberal Saldırı: Sağlıkta Dönüşüm Programı”, 279-280.

için ödeme yapamayan yoksullara sağlık yardımı sağlamayı amaçlamıştır. Uygulamaya göre Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayan Türk vatandaşı olmayanlar ile herhangi bir sosyal güvenlik programına dahil olmayan ve hane halkı geliri kişi başına düşen asgari ücret sınırının üçte birinden az olanlar, Yeşil Kart programı kapsamına alınmıştır. Yeşil Kart programı ulusal bütçeden finanse edilen yapıya sahiptir. 2004 yılına kadar Yeşil Kart programı sadece acil sağlık hizmetlerini ve yataklı tedavi hizmetlerini içerecek şekilde ücretsiz olarak sağlık hizmeti sunmuştur. Yeşil Kart; yetersiz ve bütüncül olmayan bir sosyal yardım sistemi özelliğine sahiptir. GSS kurulana kadar geçici bir önlem olarak tasarlanmıştır. Yeşil Kart sağlığa erişimi ihtiyaç temeline dayandırdığı için aslen neoliberal bir uygulamadır; fakat bundan evvelki eşitsiz bir şartla mukayese edildiğinde yoksullar için çözüm olmuştur.⁸⁵

Devlet Planlama Teşkilatı'na göre 2000'li yılların başında nüfusun %85'inin sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerine ulaşım hakkı vardır. SSK en büyük sigorta fonu olarak nüfusun %46,3'ünü kapsarken, Bağ-Kur %22,3'ünü, Emekli Sandığı ve devlet bütçesinden finanse edilen Yeşil Kart ise %15,4'ünü kapsam altına almaktadır; fakat sağlık sigortası kapsamına ilişkin veriler çelişkilidir. Resmi rakamların farklılaşma nedenleri; birden fazla sigorta fonuna kayıtlı kişi sayısının varlığı, sigorta fonlarına aktif ve düzenli katılımın esas alınmaması ve sigortalılara bağımlı olan nüfusun tahminen hesaplanması sigorta kapsamında olan nüfusun hesaplanandan daha düşük olacağına işaret etmektedir. 2003 yılında TÜİK'in hane halkı anketine göre herhangi sağlık sigortasına dahil olan ve sağlık hizmetleri kapsamı altında olan nüfusun oranı %64'tür. Diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sosyal politika bağlamında en önde gündeme gelen konu, "sağlık sektörü reformu" olmuştur. Türkiye'dekine benzer sağlık reform tasarıları Asya, Latin Amerika ve Doğu Avrupa'da pek çok ülkede gündeme gelmiştir. Bu tasarılar küresel iş bölümü çerçevesinde şekillendirilmiştir. Akademisyenler ve uzmanlar ülkelere danışman olarak çağrılmış, hazırladıkları raporlar Dünya Bankası tarafından incelenip onaylandıktan sonra hükümetlerce benimsenip kanunlaştırılmıştır. Buradaki amaç büyüyen sağlık hizmeti talebi karşısında, bir yandan yoksulluğu azaltıp ve neoliberal rejimi daha katlanabilir kılarak sağlık hizmetlerini yaymak, bir yandan da sağlık sektörünün özellikle ilaç ve teknoloji nedeniyle sürekli yükselttiği ve devlete yük olan maliyetleri sınırlamaktır. Türkiye'de 2000'li yıllardaki sağlık reformu çalışmaları, öncelikle 2001 ve 2004 yıllarında Dünya Bankası ile yapılan anlaşmalara dayanılarak yürütülmeye başlanmıştır. Bu sürece yön veren "Türkiye:

⁸⁵ Terzi, "Türkiye'de Sağlıkta Neoliberal Saldırı: Sağlıkta Dönüşüm Programı", 283.

İyileştirilmiş Erişim ve Verimlilik İçin Sağlık Sektörünün Yeniden Geliştirilmesi” başlıklı rapordur. 2003 yılında Dünya Bankası ve Türk uzmanlarından oluşan bir komisyon tarafından tamamlanan rapor, reform çalışmalarının kurumsal temelini oluşturmaktadır. Bu rapora dayanarak “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) olarak da bilinen reform modelinin çerçevesi çizilmiştir. Bu çerçevede reform projesi sadece kurumsal yapılanmayı ve kurumlar arası görev paylaşımını dönüştürmekle kalmamış, aynı zamanda kurumların işlevlerini kökten değiştirmiştir.⁸⁶

58. Hükümet Acil Eylem Planı, 16 Kasım 2002 tarihinde kamuoyu ile paylaşılmıştır. “Sağlıklı Toplum” başlığı altında acil eylem planı sağlık hizmeti sunumunun, finansmanın, organizasyonun dönüştürülmesi ve özel sektörün sağlık alanına katılmasını somutlaştırması gibi iki temel amacı vardır. Acil Eylem Planı’nın duyurulmasından hemen sonra 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) hazırlanmış ve kamuoyuna duyurulmuştur. SDP; Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunan işlevlerinden arındırılarak düzenleyici ve kontrol edici görevlerle yeniden yapılandırılması, GSS sisteminin kurularak tek bir hizmet satın alıcının teminat paketleri aracılığıyla sağlık hizmeti satın alması, sağlık ocağı modelinden aile hekimliğine geçilmesi, kamu hastanelerinin özertleştirilmesi ve işletmeleştirilmesi, personel ücretlendirilmesi ve istihdamında yeni yöntemlerin benimsenmesi, sağlık hizmetlerinin özel sektör eliyle sunulmasının özendirilmesi ve kamu özel ortaklıkları başlıklarına sahiptir. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu, organizasyonu ve yönetimiyle ilgili kapsamlı reform hedefleri belirlemiştir. Sağlık hizmetlerinin kapsamını tüm nüfusa yaymak, ülke genelindeki sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımdaki eşitsizlikleri azaltmak amacıyla SDP’nin temel hedeflerinden biri tüm sağlık sigortası planlarını (Yeşil Kart programı dahil) yeni oluşturulan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yönetilecek GSS programında birleştirerek hizmetlere erişimi arttırmak ve finansmandaki bölünmeyi ortadan kaldırmaktır. Dünya Bankası’na göre SDP’nin önemli amaçlarından biri, satın alma ve hizmet sunumu görevlerinin önceki parçalı ve karışık yapıdan kurtarılması; satın alıcılar ve hizmet sunucular arasında ilişkilerin sözleşmeler aracılığıyla kurulmasıdır. İlk olarak, 2005 yılında SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı hastane sistemine aktarılmış böylece kamu sisteminde büyük bir parçalanma kaynağı olarak görülen model ortadan kaldırılmıştır. İkinci olarak, 2006 yılında üç sağlık sigortası planı (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) tek bir alıcı olan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile birleştirilmiştir. Üçüncü olarak ise 2008 yılında “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Yasası” kabul edilmiş ve SGK sistemi

⁸⁶ Ataay, Health Reform and Citizenship Right, 200.

altında Türkiye'nin en büyük sosyal güvenlik sistemi oluşturulmuştur. Dördüncü olarak da Ocak 2010'da aktif devlet memurları SGK'ya devredilmiş ve bunu iki yıl sonra Yeşil Kart programı takip etmiştir. Farklı sigorta fonlarının SGK bünyesi altında birleştirilmesiyle birlikte çeşitli kurallara ve düzenlemelere sahip olan hizmet paketleri tek bir teminat paketi altında toplanmış, farklı sigorta fonlarının değişik şekilde hizmet sunması ve finanse etmesi ortadan kaldırılmıştır. 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren sosyal güvenlik sisteminin kapsamında olmayan kişiler için zorunlu GSS uygulamasına geçilmiştir. Buna göre GSS kapsamına alınan herkes zorunlu olarak prim ödemeye başlamıştır. Bu kapsamda kayıtlı olarak çalışanlar ve SGK'dan gelir ve aylık alanlar ile onların bağımlıları dışında kalan herkes primini kendi ödemek zorundadır. Primleri kendileri tarafından ödenmek suretiyle tüm nüfusa sağlık güvencesi sunmayı amaçlayan bu düzenlemelerle sigortaya erişim, formel istihdam ile bağlantılı olmaktan çıkarılmıştır.⁸⁷

GSS uygulamasının temel belirleyeni, ödeme gücüne göre sağlık hizmetlerine ve finansmanına katılımdır. Sistem gelir gruplarına göre kişileri sınıflar ve bu gelir gruplarına denk düşen ödemeleri sağlık hizmetlerinden faydalanılması için zorunlu kılar. Sistemde ödeme gücü olmayanların primsiz ödemeleri devlet tarafından karşılanır.⁸⁸

GSS, sağlıklı bir hak olarak kabul eden yaklaşım üzerinden değil, sigortacılık mantığı üzerinden inşa edilmiştir. Sağlık bir kamu hizmeti değil, ticarileşmiş devlet hastaneleri ile özel sağlık kurumlarından satın alınan bir meta olarak görülmektedir. GSS sisteminin temel mantığı, sağlık hizmetleri ile finansmanının birbirinden ayrılmasına, teminat paketi çerçevesinde sağlık hizmetlerini kapsamasına, sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için bütün vatandaşlara prim ödeme koşulu getirmesine, sağlık hizmetlerinin özel sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularından ve kamuya ait sağlık hizmetleri sunucularından satın alınmasına, sağlık hizmeti kullanımı ve ilaç giderleri için katkı payı ödenmesine ve sağlık hizmetlerinden yararlanma sırasında sevk sistemine uyulmasına dayanmaktadır.⁸⁹

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda emeklilik sistemi ve sağlık sigortası birbirinden ayrı yapılara sahiptir. GSS ile birlikte devletin

⁸⁷ Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, "Türkiye'de Sağlık Güvencesinin Neresindeyiz?" (Ankara: NotaBene, 2015) 96-98.

⁸⁸ Hatice Erol, Abdullah Özdemir, "Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi". *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4/1 (2014): 13.

⁸⁹ Ayhan Görmüş, "Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri". (Ankara: Siyasal Kitabevi, 2013) 187-188.

finansmana belirli oranda katkısından ziyade sağlık hizmetlerinin finansmanında ana kaynak olarak GSS primlerinin kullanıldığı bir anlayış esastır. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'nun 37. maddesinde; "*Sosyal sigorta fonu, genel sağlık sigortası fonu ile hiçbir şekilde birleştirilemez ve fonlar arasında kaynak aktarılamaz.*" ibaresi bulunmaktadır. SGK finansal ve idari otonomiye sahip yarı özerk bir kuruluştur. Kendi yönetim kurulu, başkanı ve organları vardır. Politika yapımında ise Sosyal Güvenlik ve Çalışma Bakanlığı ile koordineli şekilde çalışmaktadır.⁹⁰

GSS bünyesinde kapsam alanı oldukça geniş tutulan GSS'li ve bakmakla yükümlü olduklarına sunulan ve finansmanı sağlanan hizmetler şu şekildedir:⁹¹

- Koruyucu sağlık hizmetleri
- Hastalık durumunda teşhis ve tedavi hizmetleri
- Annelik durumunda sağlanan sağlık hizmetleri
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri
- Sağlık hizmetlerinin sağlanması için temin edilecek ilaç ve tıbbi malzeme
- Acil durum sağlık hizmetleri ve trafik kazaları sağlık hizmetleri

GSS sisteminin en temel finansman ayağı primlerdir. GSS primi, kısa ve uzun vadeli sigorta fonlarına tabi olanlar için prime temel teşkil edecek kazancın %5'i sigortalı, %7,5 işveren katkısı olmak üzere %12,5'tir. Yalnızca GSS'ye tabi olacaklar ile primi devlet tarafından ödeneceklerin GSS primi, gelire temel teşkil edecek kazancın %12'sidir.⁹² Ayrıca Devlet SGK'nın topladığı GSS primlerinin toplamının 1/4'ü kadar katkı yapmaktadır. Primleri kendileri tarafından ödenecek kişilerin 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren gelir testi uygulanmaya başlanmıştır. Bu tarihten başlayarak Yeşil Kart süresi tamamlananlar da dahil olmak üzere gelir testine tabi tutulmaktadır. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından yapılan uygulama kapsamında asgari ücretin 1/3'ünden az gelir elde eden kesimlerin primleri devlet tarafından ödenecektir. GSS kapsamında prim ödemesini kendisi yapacak olanların prim oranları aylık geliri asgari ücretin 1/3'ünden az olanlar primleri devlet tarafından, aylık geliri asgari ücretin 1/3'ü ile asgari ücretin arasında olanlar asgari ücretin üçte birinin %12'si oranında prim öderken, aylık geliri asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında olanlar asgari ücretin %12'si oranında prim

⁹⁰ Yaşar, "Türkiye'de Sağlık Güvencesinin Neresindeyiz?", 90.

⁹¹ Yaşar, "Türkiye'de Sağlık Güvencesinin Neresindeyiz?", 91.

⁹² Yaşar, "Türkiye'de Sağlık Güvencesinin Neresindeyiz?", 98.

ödemektedir. Aylık geliri asgari ücretin iki katından fazla olanlar, asgari ücretin iki katının %12'si oranında prim ödemektedir.⁹³

Bunun dışında GSS uygulaması bakmakla yükümlü olunan kişileri genel sağlık sigortalısı olarak belirlemiştir. Genel sağlık sigortalısının eşi, üniversite okuması halinde öğrenimi bittiği döneme kadar, lise ve benzeri okulları bitirmiş olması durumunda 18 yaşını geçmemiş evli olmayan çocuğu GSS'lidir. GSS kapsamında gelir testi uygulanacaklar ise GSS sigortalısı ya da bakmakta sorumlu olmadığı kişiler; SGK'dan gelir ve aylık almayanlar, bakmakla sorumlu olunan kişilerin bu statüleri sona erenler; GSS statüsü sona erenler ve Yeşil Kartlı olmayan kesimlerdir. Gelir testine başvurmamayanların ise GSS primi kurum tarafından re'sen belirlenmekte ve asgari ücretin 2 katı üzerinden prim borcu çıkarılmaktadır.⁹⁴

⁹³ Yaşar, "Türkiye'de Sağlık Güvencesinin Neresindeyiz?", 95-99.

⁹⁴ Yaşar, "Türkiye'de Sağlık Güvencesinin Neresindeyiz?", 100.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE PANDEMİ YÖNETİMİ POLİTİKALARI VE SAĞLIK EKONOMİSİNE ETKİLERİ

3.1. PANDEMİ SÜRECİNDE KRİZ YÖNETİMİ VE FİNANSAL YÖNETİM

Pandemi sürecinde kriz yönetim ve finansal yönetim ile ilgili detaylar aşağıda dört başlık altında incelenmiştir.

3.1.1. Pandemi Sürecinin Tahlil Edilmesi

Pandeminin etkilerini en aza indirmek için önceden plan ve hazırlık yapmak önemlidir. İnfluenza virüsüne neden olan mikroorganizmaların karşılaştığı zorlukların üstesinden gelmenin bir yolu, zamanında ve etkili bir küresel iş birliği içinde olabilmektedir. Bu iş birliğinin 65 yıl önce DSÖ Grip Kontrol Ağı'nın (GISN) kurulmasıyla başladığı söylenebilir.

Bugün, dünyayı gripten korumak için 100'den fazla ülkeden oluşan bir ağ şarttır. Söz konusu ağ; müdahale mekanizmaları, influenza pandemik sistemleri, influenza virüsleri, aşılar ve diğer faydalarla genişlemiştir. GISRS, dünyada etkili sağlık güvenliğinin tesis edilmesinde, özellikle diğer hastalık faktörlerinin kontrol altına alınması ve bunlara yanıt verilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Veba hazırlığı ve planlaması, Türkiye'de 2004 yılında başlamıştır. Karaciğer karşıtı bir plan geliştirilmiş ve 2006 yılında Sağlık Bakanlığı, araştırmacılar ve ilgili bakanlık temsilcileri ile iş birliği içerisinde Başbakanlığa sunulmuştur. Salgının tüm aşamalarındaki aksiyonlar belirlenmiş ve harekete geçilmiştir. Bu plana göre, aimag'ın veba karşıtı planı geliştirilmiş ve aynı yıl veba plan egzersizleri tüm hedef grupların katılımıyla gerçekleştirilmiştir. 2009'da Meksika'da başlayan H1N1 virüsü, Kuzey Amerika, Batı Avrupa ve daha sonra dünyanın geneline yayılarak beş ayda ilk dalga haline gelmiş ve 200.000 vaka ile 1.800 kişiyi öldürmüştür. 2009-2010 döneminde, Türkiye'de 656 grip ve viral enfeksiyon vakası olmak üzere toplam 13.591 kişi ölmüştür.⁹⁵

⁹⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı. Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19), <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/> (Erişim tarihi 24.06.2020).

3.1.2. Pandemi Sürecinde Kriz Yönetimi Ve Önemi

Coronavirüs salgınıyla mücadele eden tüm ülkeler için geçerli olan tek ve mükemmel bir çözüm seçeneği bulunmamaktadır. Bu durumun üç temel nedeni vardır: Her şeyden önce, ülkelerin siyasi, idari, ekonomik ve coğrafi koşulları, çözümlerin uygulanacağı çok önemli kısıtlamalara neden olmaktadır. Analiz edilen ülke örnekleri arasında ülke coğrafyası, toplam nüfus, yaşlı ve kronik hasta sayısı, nüfusun coğrafi dağılımı, yaşlılar ve genç nesil arasındaki bağlantılar, ülkenin ekonomik gelişimi ve hizmet sektörünün payı yer almaktadır.⁹⁶ Toplam ekonomik faaliyetin, ulusal ve bölgesel kültürün payı Birçok faktör hükümetlerin neyi, nasıl, ne kadar yapıp yapamayacağını belirleyebilir. Her devletin veya hükümetin tek ve uygulanabilir bir çözüme sahip olmamasının ikinci nedeni ise coronavirüsün yayılmasına karşı mücadelede kriz yönetiminin farklı aşamalarında farklı çözümler kullanmanın mümkün ve gerekli olmasıdır. Deneme, yanılma ve büyüyen bir karar alma aşamaları olarak görülebilecek bu süreçte, hükümetlerin hızlı ve bazen acilen kararlar alması gerekebilmektedir. Yalnızca hükümetlerin eylemleri değil, aynı zamanda başarılı olduğunu düşündükleri diğer ülkelerden transfer edilerek kendi koşullarına göre uyarlanan politikaların da zaman içinde etkili olma olasılığı düşüktür. Örneğin, bir karantina kararı ancak bir veya iki hafta sonra olumlu bir etkiye sahip olabilmektedir. Üçüncüsü, küresel dağıtım tamamlandıktan ve tüm veriler analiz edildikten sonra hangi ülkelerin hangi çözüm seçeneklerini bulduğunu ve hangi sonuçlara ulaştığını bilimsel olarak analiz etmek mümkün olacaktır. Bu detaylı analiz yapılarına kadar kısa vadeli sonuçlara bakılarak tüm hükümet kararlarının doğru, yanlış, başarılı ve başarısız olduğu sonucuna varmak mümkün görünmemektedir. Orta ve uzun vadeli bilimsel ve genelleştirilmiş sonuçlara ulaşılması ancak epidemiyolojik sonrası veri setinin dikkatli bir şekilde analiz edilmesinden sonra mümkün olacaktır.⁹⁷

3.1.3. Pandemi Sürecinde Finansal Yönetim Ve Önemi

Covid-19'un getirmiş olduğu olumsuzluklarla birlikte global iş dünyası ve tüketici faaliyetleri doğrudan etkilenmiştir. Bu tablo, mal/hizmet sunucuları ile paydaşları açısından hususiyetle bakılması icap eden muhasebe, raporlama,

⁹⁶ Mustafa Zeyada, "Organizational culture and its impact on organizational citizenship behavior". *International Journal of Academic Research in Business & Social Sciences*, 8/3 (2018): 418-429.

⁹⁷ Tuba Yiyit, "Örgüt kültürü modelleri". *International Journal of Academic Value Studies*, 3/9 (2017): 153-163.

denetim ve iç kontrol gibi konulara tesir etmektedir. Bu tesirin değerlendirilmesi ise hem geçmiş hem de geleceği kapsayacak şekilde gerçekleştirilmelidir. Pandemi, gerçekleştiği an itibarıyla mal/hizmet sunumu yapan kuruluşların yıllık rutin genel kurul toplantısı ile bununla birlikte raporlama faaliyetlerinin gerçekleştirildiği tarihe rast gelmiştir. Yaşanan bu durum karmaşık bir faaliyet alanının oluşmasına neden olmuştur. Bu süre zarfında kurumların paydaşları, ilişki içerisinde bulunduğu işletmelerden faaliyete geçirilen önlemler ile alakalı şeffaflık ilkesine bağlı olarak bilgi talep etmektedirler. Bu nedenle de kurumların kilit rol oynayan paydaşları ile finansal raporlar aracılığıyla oluşturduğu iletişimini proaktif bir şekilde yerine getirmesi gerekmektedir. İşletme finansörleri, küresel salgının kurumda gerçekleştireceği muhtemel durumları her açıdan ele alarak talep etmektedirler. Bu sayede işletme paydaşları, kurumun mevcut belirsizlikler karşısında dayanıklılığını ve finansal planlamasını belirlemeye başlarken oluşturduğu temel olasılıkları anlamak istemektedirler. İşletme paydaşları bu kesin olmayan dönemde kurum ile alakalı bilgilenmek istedikleri ilk mali tecrübelerinden biri, kurumun likiditesi/likit varlığı/nakit varlığı, ödeyebilme ve potansiyel finansman durumu ile ilgilidir. Bu yüzden kurumun paydaşları Covid-19'un yalnızca kurumun geçmişteki etkinliklerinden oluşturduğu etkiye dair değil, aynı zamanda gelecek durumda muhtemel tesirlerine dair de bilgi isteğinde bulunmaktadırlar.⁹⁸ Bunun sonucunda, Covid-19'un meydana getirdiği durum, kurumların finansal bilgiler öncelikli olmak üzere farklı iletişim kanalları aracılığıyla paydaşlarına bulunacağı açıklamaların fazlalaşmasına neden olmuştur. Açıklık, kurumlar için elzem bir durum haline gelmiştir. Covid-19 gibi belirli olmayan zamanlarda kurumların inancını ve güvenini tekrardan oluşturabilmesi için net, açık ve inanılır bilgiler sunulması gerekmektedir. Bu gereksinimin bir kısmı finansal raporlama ile oluşturulabilir. Martin Gruell tarafından anlatılan "*Finansal raporlama, sürdürülebilir ekonomik kalkınma için önemli bir yapı taşıdır.*" ifadesi, Covid-19 kriz anlarında kurumlar adına açıklığı ifade eden finansal raporlama için fazlasıyla önem arz etmektedir. Finansal raporların en önemli yapı taşları finansal tablolarıdır. Tablolar, temel kullanış nedenlerinin yanında kurumların olumsuz etki altında kalabilecekleri şekli belirlemek ve tabloların oluşturulmasında faydalanılan muhasebe olasılıklarının oluşturulmasına ilişkin bilgi edinmek maksadı ile de kurumun paydaşları tarafından kullanılmaktadır.⁹⁹ Küresel salgının iktisadi etkilerine yön vermek ve paydaşlar ile iletişimi faydalı oluşturabilmek adına finansal tablo ifadelerine Covid-19'un olumlu ya da olumsuz durumlarına dönük detaylı

⁹⁸ Türmob Korona Salgının Türkiye Ekonomisine Etkisi Değerlendirmeler ve Öneriler Raporu Türmob Yayınları – 503 Nisan 2020

⁹⁹ Ünal, Günbayı, Koca, "Kurum Kültürü Analizi: MEB Bağımsız Anaokuluna Yönelik Bir Araştırma, 357-368.

incelemeler dahil edilmelidir. Ancak Covid-19'dan dolayı muhasebe ve finansal raporlama hususunda ortaya çıkabilecek olumsuz durumların düzeyi sektörden sektöre ve kurumdan kuruma göre değişkenlik gösterebilmektedir. Buna ek olarak Covid-19'un oluşturduğu belirsizlik ortamında kurumların finansal raporlamalarında aşağıdakiler ile ölçülebilir olmamak üzere öne çıkan noktalar şu şekildedir: İşletme devamlılığı ve nakit durumu, değer düşüklüğü testleri, karşılıklar ve muhtemel kredi zararları, kiralamalar, sözleşme farklılıkları, hasılat ile buna bağlı olarak likidite akışları, gerçeğe uygun değer ölçümü, kamu yardımları ve gelir vergisi, vd. ifade edilen unsurlar belirgin sınırlarla birbirlerinden ayrılmamakta tersine neredeyse tümü ikame ya da destekleyici öge olarak birbiri ile ilişki içinde değerlendirilmektedir. Bu ilişkinin kurumlar açısından ne kadar iyi yapıldığı ve sürekliliğin nasıl uygulandığı netice itibarıyla kurumun finansal raporlamasındaki kazanımını belirleyecektir.¹⁰⁰ Diğer bir bakış açısıyla; pandemi, ülkelerin ekonomilerindeki birçok sektöre olumsuz etkide bulunmuştur ve bunun devamında her ne kadar olumlu gelişmeler yaşanmaya başlasa da uzun vadeli olarak kendini tam anlamıyla gösterecektir.¹⁰¹ Covid-19'un birçok etkisi arasında kurumlar tarafından finansal raporlama neticeleri ve güçlükleri üzerinde oluşturduğu negatif durum da yer almaktadır. Covid-19 sürecinde kurumların finansal raporlarını ve tablolarını olumsuz etkilemesi muhtemel durumlar ile bunların UMS/UFRS seti içerisinde hangi normallerle alakalı olduğu aşağıda maddeler şeklinde ifade edilmiştir. Belirlenen standartlar, bilhassa küresel salgın sürecinin kurumlar çerçevesinde oluşturduğu ya da oluşturabileceği etkileşim farkında olunarak belirtilmiştir.¹⁰²

- İşletme sürekliliği (Finansal Raporlamaya İlişkin Kavramsal Çerçeve ve UMS 1),
- Müşteri sözleşmeleri ve hasılatların muhasebeleştirilmesi (UFRS 15),
- Finansal araçlar ve beklenen kredi zararları (UFRS 7 ve 9, UMS 32 ve 39)
- Kiralamalar ve kira kontratları, imtiyazlar (UFRS 16),
- Varlıklardaki değer düşüklüğü (UMS 36), Gerçeğe uygun değer (UFRS 13),
- Net gerçekleştirilebilir değer ve stoklar (UMS 2),
- Devlet yardımları / teşvikleri (UMS 20), Çalışanlara sağlanan faydalar (UMS 19),
- Ertelenmiş vergi (UMS 12), Muhtelif karşılıklar (UMS 37),

¹⁰⁰ Azize Ergeneli, *Örgüt ve insan*. (Ankara: Hacette Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2006) 80.

¹⁰¹ Sevinç Köse, Semra Tetik, Cuma Ercan, Örgüt kültürünü oluşturan faktörler. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 7/1 (2001): 219-242.

¹⁰² Ergeneli, *Örgüt ve insan*, 80.

- Finansal tablolar ve nakit akışı (UMS 1, UMS 7),
- Ara dönem raporlama (UMS 34), Raporlama dönemi sonrası olaylar (UMS 10),
- Muhasebe tahminlerindeki değişiklikler (UMS 8).

Birçok konusunda uzman kişi ve danışmanlık şirketinin hassasiyetle üzerinde durduğu Covid-19 ile birlikte dikkatle ele alınması gereken UMS/UFRS içerisindeki standartlar yukarıda görüldüğü gibidir. Bu çerçevede standartların yayımlayıcısı konumundaki “Uluslararası Muhasebe Standartları Kurulu” (IASB) da Covid-19 salgınının etkisini tartışmak üzere çeşitli tarihlerde toplanarak bazı kararlar almıştır. UFRS 16 Kiralamalar standardında değişiklik, UMS 1'deki değişikliklerin yürürlüğe girme tarihinin ertelenmesi, UFRS 9 ve UFRS 17 ile ilgili muhtelif değişiklikler bu kararlardan bazılarıdır. Bu kararların hem işletmelerin ilgili değişikliklere uyumu kolaylaştırması hem de bu süreçte işletmelere bir hareket alanı sağlaması beklenmektedir.¹⁰³

3.1.4. Pandemi Sürecinde Olası Krizler Ve Finansal Sorunlara Alınan Önlemler ve Getirileri

Covid-19'un sosyal, ekonomik ve siyasal yaşama dahil olmasına paralel şekilde pandeminin uluslararası sonuçları yoğun bir tartışma da başlatmıştır. Bir yandan, hiçbir şeyin değişmeyeceğini, sistemde fazla değişiklik olmayacağını söyleyenler, bu tartışmanın iki ucu oluşturmaktadır. Bilinmemektedir ve uluslararası sistemdeki küresel yansımaların hızla değişen dağılımının son bir analizini yapmak için henüz çok erken olduğu düşünülmektedir. Ancak, kesin bir tanım yapmak zaten mümkündür. Otoriter rejimler vebaya daha hızlı ve daha spesifik tedbirlerle cevap vermesine rağmen bu görüş rejimin etkililiğinin ve yeteneğinin rejimin türü değil, en önemli unsur olduğunu anlamıştır.¹⁰⁴ Hem liberal hem de otoriter olan tüm ülkeler için ortak kalkınma bağlamında güvenlik ve hayatta kalma durumları göz önüne alındığında, vatandaşlar devlet yararına özgürlüklerinden taviz vermeye istekli görünmektedirler. Salgın sonrası özgürlük için bu rızayı kullanan bireylerin bu anlaşmaya ne kadar iyi uyulacağını veya “devlet” ile ne kadar çabuk çatışacağını tahmin etmek zordur. Kriz sonrası değişiklikler düşünüldüğünde ise hükümetin

¹⁰³ Ergeneli, *Örgüt ve insan*, 81.

¹⁰⁴ İsmail Bakan, Tuba Büyükebe, Çetin Bedestenci, “*Örgüt sırlarının çözümünde örgüt kültürü*”. (İstanbul: Aktüel Kitabevi, 2004) 33.

sosyal maliyetler ve tekrarlayan krizler nedeniyle genel olarak azalan ekonomik modeli kabul etmeyi bıraktığı da unutulmamalıdır. Son yıllarda gelişmekte olan bazı uluslararası eğilimlerin (örneğin siyasetteki popülizm, ekonomik-milliyetçilik, yabancı düşmanlığı) bu salgın nedeniyle önemli ölçüde değişmeyeceği varsayılabilir. Öte yandan, kriz devam ederse ve ekonomik sorunlar artarsa, birçok ülkede hükümet değişiklikleri gibi sorunlar gündemde olabilir.¹⁰⁵ Bu sürecin nerede değiştiğini belirleyen unsur, kriz sonrası aşama değil, kriz sonrası dönemin ihtiyaçlarına en uygun ekonomik ve politik önlemlerdir. Uluslararası ilişkilerde, krizi hızlandırma eğilimini ortaya koymaktan ziyade belirli eğilimler hakkında konuşmak daha iyidir. Kuşkusuz, uluslararası politik süreçle ilgili küreselleşme bağlamında "yeni dünya düzeni" tartışması bu krizin ardından yoğunlaşmıştır. Bununla birlikte, bu tartışmaların dünyanın siyasi ve ekonomik sistemini krizden önce gördüklerimizden tamamen farklı bir yöne taşımak yerine, daha önce başlayan evrime katkıda bulunacağını varsaymak daha iyi olacaktır. Bu bağlamda, kriz öncesinde açıkça başlayan Çin-ABD rekabetinin yoğunlaşmaya devam edeceği ve ekonominin gittikçe gergin olacağı varsayılabilir. Küresel üretim zincirinin Çin'e, özellikle salgın sırasında belirginleşen ara mallara olan bağımlılığı, ABD'nin bazı kriz öncesi ürünlerin Çinli olmayan varyantlarını geliştirme arzusunu derinleştirmiş ve bu durum Batı ülkelerinin ortak çabası haline gelmiştir. Bu "ortak tehdit/vizyon" eksikliğinden dolayı ABD ve Avrupa arasındaki boşluğu uzun süre kapatabilir ve Atlantik'in iki yakasındaki ülkeleri yeni bir ortak ülke ve istek altında bir araya getirebilir. Bu bağlamda, küresel diktatörlüğün Çin'e yayılmasından sonra ilk şoku aşan ABD ve bazı Batı ülkelerinin, veba ve kriz sonrası dönemden sonra bir proje inşa etmeye çalıştıkları unutulmamalıdır. Bir yandan bu tarz çabaların etkinliği, salgınlara karşı eski küresel iş birliğinin otoriter yapısına, gerekli anti-salgın önlemlerde gecikmelere, dünya çapında salgın hakkında bilgi edinmeye ve Dünya Sağlık Örgütü gibi yapılara katkıda bulunmaktadır.¹⁰⁶ Salgın kontrol altına alındığında, bu tartışmalar şüphesiz artacaktır. Öte yandan, herkesin fark ettiği gibi, yayılmanın ilk şokunu aştıktan sonra, ülkeler ulusal çabalarla küresel zorluklara ilk cevap verenler olmuştur. Salgının bazı unsurları benzersiz olsa da Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşlar yıllardır bu salgınlara hazırlanmaktadır. Bununla birlikte, kriz ilerledikçe, ülkeler kendilerini soyutlayamayacak, ulusal sağlık sistemi üzerindeki baskı uygunsuz bir şekilde hafifletilmeyecek ve uluslararası iş birliği ancak yayılmayı önlemek için en karmaşık müdahaleyi istiyorsa etkili olacaktır. Bu

¹⁰⁵ Tuncer Asunakutlu, Barış Safran, Elif Tosun, "Kriz Yönetimi Üzerine Bir Araştırma". *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5/1 (2003): 141-163.

¹⁰⁶ Asunakutlu, Safran, Tosun, *Kriz Yönetimi Üzerine Bir Araştırma*, 141-163.

nedenle, krizden sonra mevcut uluslararası iş birliği modellerinin başarısız olmasının nedenlerinin tartışılacağı varsayabilmektedir. Bu bağlamda, bir ulusal dönüşüm modeli olan AB, krizle başa çıkmak için uygun bir mekanizmadan yoksun olarak krize doğru yanıtı verememiştir. Ayrıca üyeler ulusal güvenliği zorlamakta, ulusal sınırlar sınırlandırılmakta ve dolayısıyla “Avrupa” yaklaşımı çökme izlenimi vermektedir. Bununla birlikte, AB'deki kriz sonrası durumu, şu anda eylemin odak noktası olan üye ekonomilerdeki değişikliklerin bir parçası olarak belirlemek ve ekonomik krizin etkilerini en aza indirmeye yapılan katkıyı not etmek önemlidir. Bu alandaki başarı Avrupa Birliği'nin evrimine katkıda bulunmaya devam edecektir. Aksi takdirde, daha fazla zayıflamaya yol açacaktır. Güvenlik politikası perspektifinden bakıldığında, güvenlik ajansları ve devletler tarafından halihazırda ulusal güvenlik belgelerinde yer alan ancak yeterince hazır olmayan kimyasal ve biyolojik tehlikelerin aşağıdaki planın en üstüne yerleştirileceği varsayılabilir. Buna ek olarak, birçok ülkede vebaya karşı mücadelede silahlı kuvvetlerin aktif rolü, sivil-asker ilişkileri ve orduların kriz sonrası askeri olmayan meseleler üzerindeki hareketleri hakkında yeni bir tartışma açacaktır. Ordunun toplumsal boşluğu dolduran ortak yaşamı, eğitimi ve çalışma yöntemleri bu tartışmalarda mutlaka ele alınacaktır.¹⁰⁷

Son olarak, küreselleşmenin yayılmasıyla mücadele etmenin en etkili yolu, insanları son 20 yılda hızla gelişen bir eğilim olan insanları evlerinden uzak tutmak olmuştur. Daha önce hiç olmadığı gibi epidemiyolojik ortamda yaygın olarak kullanılan bu koşullarda ortaya çıkan çeşitli çalışma yöntemlerinin deneyimlerini unutmayı bekleyemeyiz. Bunların hepsi salgından kaynaklanan gelişmeler değildir ancak neredeyse hepsinin yayılma nedeniyle kısa sürede yaygın ve etkili ölçümler aldığından şüphe yoktur. Böylece, vebanın patlak vermesinden bu yana gerçekleşen büyük ölçekli sosyal değişimlerin hızlanacağı tahmin edilebilmektedir. Bu durum bizleri uzun vadede dünyada farklı bir politik ve ekonomik sisteme götürebilir ve o durumda da işler eskisi gibi olmayabilir.¹⁰⁸

Covid-19, 21. yüzyılın en önemli olaylarından biri haline getirmiştir. Bu süreç öncesinde, küresel ilişkilerdeki ve uluslararası ilişkilerdeki çatışmanın doğasını tanımlamak için egemenlik odaklı yaklaşımlar yoğunlukta yer almıştır. Covid-19 sonrası dönemde bile sadece psikolojik felaketten kazanılan deneyim, dünya

¹⁰⁷ Asunakutlu, Safran, Tosun, Kriz Yönetimi Üzerine Bir Araştırma, 141-163.

¹⁰⁸ Mustafa Aydın, “Covid-19 Sonrası Küresel Sistem: Eski Sorunlar Yeni Trendler”. (Ankara: Sam Yayınları, 2020) 15.

toplumunun çatışma eğiliminde sessiz kalamayacağını kanıtlayabilir. Covid-19 öncesinde tanık olunan çatışma ortamının yerini, biyolojik canlılığı azaltan ve dünya toplumunun birbirlerine ihtiyaç duyduğunu gösteren bir süreç almıştır. Bu süreçte neyin yanlış gittiğini belirlemek gerekmektedir. İlk gözlemlere ve deneyimlere ek olarak ayrıntılı araştırmalar neticesinde sorunun küresel bir güven eksikliği olduğunu göstermektedir. Günümüz olaylarının kapsamı, farklı ülkelerin ve bölgelerin aldıkları önlemlerin ve uyguladıkları politikaların bu gelişmeleri nasıl etkilediğine dayanmaktadır. Bu çalışmalardan elde edilen veriler teorilerin ve uygulamalarının geliştirilmesine temel oluşturacaktır. Çalışmanın yönüne bakılmaksızın, sosyolojik bir gerçeklik olarak Covid-19'dan sonraki yeni çağın sosyal bir yeniden yapılanma zamanı olacağı söylenebilmektedir.¹⁰⁹

Covid-19 kontrol sürecini başarıyla yönetebilen ülkeler, ülkelerin yenilenen kapasiteleri açısından bölgesel ve uluslararası yapılarda öncü rol oynama avantajına sahip olacaklardır. Bu ülkelerde, siyasi liderler sadece bölgesel değil, aynı zamanda küresel olarak da doğru temelleri inşa ederek veya süreci yeniden yapılandırarak politika önerilerinde destek isteyeceklerdir. Ayrıca, halkın faaliyet gösterdiği alanın ve rolün aktif veya pasif tanımı sivil toplumun yeniden yapılandırılmasına yol açmaktadır. Sivil toplumun çeşitli kategorileri, kamu yararını ulusa karşı değil, unsurlarıyla değiştirmeyi tercih etmektedir. Bu noktada sivil toplumun kazanımları, büyük ulusal siyasi yapıları harekete geçirmeyi başaran büyük sosyal grupların gücünü ortaya çıkaracaktır.¹¹⁰

Covid-19 deneyimi, “risk toplumu” olgusunun bugünün dünyasında meydana geldiğini ve neredeyse tüm sosyal kurumları içerdiğini göstermektedir. Şüphesiz ki, risk alanının büyüklüğüne, önemine ve derecesine göre ilerlemek için yeniden yapılanmada yerel, ulusal ve küresel iş birliğinin önemi büyük olacaktır. Küresel ulaşım, eğitim, ticaret, finans ve benzerleri şimdiye kadar olumlu olan yerler ifade vermiştir¹¹¹. Bugün, küreselleşmenin kritik noktasında, bu düzenlemelerin en önemlisi, Covid-19 gibi, ulaşım ile yayılan yeni düzenlemelerin getirilmesidir. Örneğin, iklim değişikliği programı, küresel bir program olan Covid-19 ile ancak olumlu kararlar ve açık politikalar uygulanarak yeniden canlandırılabilir. Halk sağlığına

¹⁰⁹ Mazlum Çelik, Örgüt kültürü ve örgütsel vatandaşlık davranışı ve bir uygulama. (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum, 2007.) 21.

¹¹⁰ Fatih Çetin, Harun Şeşen, H. ve H. Nejat Basım, “Örgüt kültürünün rol ötesi olumlu davranışlara olan etkisi”. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 13/2 (2012): 197-211.

¹¹¹ Mashal Ahmed, Saima Shafiq, “The impact of organizational culture and organizational performance: a case study of telecom sector”. *Global Journal of Management and Business Research*, 14/3 (2014): 20-30.

verdiği önem nedeniyle, dünyadaki su ve gıda kaynaklarını yönetmek için yeni adımlar atılacaktır. Bu yaklaşım, yakın gelecekte ülkeler arasındaki ilişkilerde belirleyici bir faktör olacaktır. Bu noktada, sadece özel sektör değil, ülkeler de sağlık, su ve gıda kaynaklarına erişimin sağlanması ve sürdürülmesi için gerekli lojistik tedarikini yeniden yapılandırmak için hayati bir yapıya sahip olacaklardır. Covid-19'dan sonra, daha önce başlamış olan dünya örgütünün yönü, dünyanın nasıl yaratılacağı hakkında konuşmak mümkündür. Bugün olanları bir tür "doğal afet" bağlamında değerlendirmenin, sadece yakın gelecekte ülkelerin gücünü ve egemenliğini değil, aynı zamanda küresel karar alma sürecinin gücünü ve egemenliğini de etkilemesi beklenmektedir. Covid-19 sonrası dönem, sadece bölgeleri değil, neredeyse tüm bölgeleri kapsayacak yeni bir kurumsal yapıya konu olacaktır. Devletler arası ve ikili bölgesel iş birliği mekanizmaları olmasına rağmen bu süreçte fazla etkili olmamıştır. Gerekli adımlar atıldığından beri güvenilirliği sorgulanan DSÖ gibi yapılar, bazı ülkelerin vatandaşlarının ve bölgesel kuruluşlarının üye ülkelerine yaklaştığı çevreye temel bir insan yaklaşımı benimsemelerini gerektirmektedir. İlk olarak, Covid-19'a ve ulusların gücüne ait olan küresel felaket karşısında bireylere ve toplumlara yardım etmemek önemlidir. Bu noktada, Covid-19'a göre, bazı bölgesel örgütlerin, örneğin, son üç ay içinde AB üyelerinin güvenini kırması ve ekonomik iş birliğinin insani boyutunu ve varlığının nedenlerini tartışması zorunludur. Bu noktada, Covid-19 ile mücadele, uluslararası toplumun ciddi bir sınavı olarak tanımlanmaktadır.¹¹²

Çeşitli kategorilerde; ülkelerin vatandaşlarının yaşamlarını koruma tutumları; çatışma bölgelerindeki ülkelerin politikaları ve bu azınlıkları hedef alan mülteci hareketleri; Dünyanın kamuoyuna karşı çıkmış müttefikler arasında, Amerika Birleşik Devletleri ve Çin'e, kırık dünya güçlerine karşı olanların politikalarını sınıflandırılabilir. Covid-19 ile mücadelede dünya güçleri olan ABD, Çin ve Avrupa Birliği'nin zayıf yönleri toplumumuz ve dünya topluluğu tarafından dikkatle değerlendirilecektir. Bu durum siyasi örgütlerin, cumhurbaşkanının, başbakanın, konseylerinin ve ilgili konseylerin eleştirel tavrı ile sınırlı değildir, ancak toplumun büyük bir kısmının ülkelerin kalkınmasını yakından izleyebilecek bir karar verebileceği küresel bir siyasi tepkiye dönüşebilir. Bu makro perspektife ek olarak, Türkiye'nin konumuna mikro bir perspektiften bakacağız. Yenilenmiş binanın Türkiye'de uygulanacak diğer olası seçeneklerle güçlü bir pozitif imajı oluşturmak

¹¹² Selma Akgül, İlköğretim okulu öğretmenlerinin örgütsel kimlik algıları ile örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişki. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, 2012) 33.

için son yirmi yılda küresel bir görüş. Ŗu anda Türkiye, birçok yönden verimli olarak bölgesel ve küresel meselelerde önemli bir rol oynamaktadır. Bu erevede AB ile müzakereler ve AB bağlantılı küresel etkileşimler; ASEAN (Güneydoğu Asya lkeleri Birliği) platformunda ortaklık; İslam İşbirliği rgt'nün (İİT) yeniden yapılandırılması; Sivil toplum ve hükümet aktörleri arasındaki ilişkilerde böyle bir srekliplik oluşturmayı amaçlayan Kuala Lumpur Zirvesi'nde Türkiye, 19 yıl sonra Covid-19 sürecine liderlik edebileceğini gösterecektir. Bu durum, Türk kamu ve özel sektörünü uluslararası kuruluşlarda özel pozisyonlara atamalarının bölgesel ve küresel yapısındaki büyük bir felaket eğiliminden sonra yakın gelecekte takip edilecek borsaların zamanlamasını düzenleyebilir. ¹¹³

3.2. COVID-19'UN EKONOMİYE ETKİSİ

Covid-19 salgınının Türkiye ve dünya ekonomileri üzerindeki olası etkileri ele alınmaktadır. Dünya eşi görülmemiş bir Covid-19 salgını ile mücadele etmiştir. 13 Nisan 2020 tarihi itibariyle 185 ülkede yaklaşık 1.87 milyon teşhis edilmiş vaka, yaklaşık 116.000 ölüm, 440.000 tedavi, milyarlarca evsiz, belirsizlik ve trilyonlarca dolarlık zarar söz konusudur. Covid-19'dan sonra bambaşka bir dünya bizi beklemektedir. Virüslerin ve çaresiz hastalıkların yayılmasıyla dünyanın ekonomik ve sosyal hayatının normale döneceği şüphelidir. Sağlık ve ekonomi, en yüksek sosyal refah seviyelerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Salgın tehdidi sadece küresel ekonomiyi değil, tıp alanını da etkilemekte ve bu da günümüz gündemindeki konulardan biri halini almaktadır. Veba, küresel üretimi yavaşlatmış ve birçok yerde ciddi hasara neden olmuştur.¹¹⁴ Türkiye ekonomisi, dünya ekonomisinin yayılma düzeyini kapsamaktadır. Türkiye'nin, dünyanın geri kalanının ve mağdurların refahını olumsuz etkileyen ekonomik kriz ile tüm zamanların en yüksek seviyesinde milyarlar. Bu nedenle, bu önlemlerin ekonomik etkisine ek olarak, salgınları kontrol altına almak için tıbbi ve halk sağlığı önlemleri de dşnlmelidir.

3.2.1. Covid-19 Salgını Ve Türkiye Ekonomisine Etkileri

Türkiye'nin ekonomisi ve dünya ekonomisi, geçmiş ve çok taraflı krizlerin üstesinden gelmesine rağmen ilk kez ölümden korkmaya karar verdi ve ekonomi kendi iç dinamikleri nedeniyle büyük ekonomik zorluklarla karşı karşıya kalmışlardır.

¹¹³ Pelin Demir, Aile şirketlerinde örgütsel vatandaşlık: Gaziantep uygulaması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep, 2007) 10.

¹¹⁴ Demir, Aile şirketlerinde örgütsel vatandaşlık: Gaziantep uygulaması, 11.

Bu salgının ilk işaretlerinin öncesinde, küresel ekonomik tahminler (daha sonra büyüme olacak olsa da), 2020'de ekonomik büyümenin, özellikle gelişmiş ülkelerdeki birçok ekonomide bir kriz de dahil olmak üzere zor olacağını göstermiştir. Kısaca ekonomik süreçler bağlamında krizin durumu tartışılmış ve başta merkez bankaları olmak üzere birçok ülke, bu krizlere karşı harekete geçerek genişleme tedbirlerini açıklamıştır. Bu önlemler coronavirüs salgınının başlamasıyla genişletilmiştir; çünkü bu kriz, diğer ekonomik krizlerden çok farklıdır. Ekonomik ve mali sonuçlara ek olarak, ölüm (ve ölüm korkusu) söz konusudur ve bununla mücadele etmenin tek yolu insan temasını azaltmak ve mümkünse bir süre (karantina altında) temas olmadan hayatta kalmaktır. Diğer salgın hastalıkların aksine coronavirüs daha hızlı yayılmakta ve dünyanın hemen hemen her ülkesinde görülmektedir. Üstelik bilim insanları bu salgının ne zaman ve nasıl duracağını tahmin edememektedirler. Ayrıca bu salgının ekonomik aktiviteler üzerinde de olumsuz ve güçlü bir etkisi bulunmaktadır.¹¹⁵

3.2.1.1. Büyüme Üzerine Etkileri

Corona virüsün patlak vermesinden önce gündemde olan kriz şimdi daha açık bir şekilde tartışılmaktadır. Türkiye, dünya ekonomisinde kaçınılmaz bir daralma yaşıyor gibi görünmektedir. Bunun nedeni, salgın sırasında gündemde olan sosyal mesafe programını daha etkin kılmak için evde kalma ve üretim faaliyetlerinin kısıtlanması çağrısıdır. Bu dönemde üretim gerilemiş, yatırım gündemden çıkarılmış ve bu ihtiyaçlar neticesinde toplam talep zayıflamıştır. Üretimin durması, tek seferlik geliri otomatik olarak azaltan, yani talebi ortadan kaldıran işsizliği göstermektedir. Bir sonraki adımı etkileyen parametre ise tasarruf olmalıdır. Ayrıntılı bir analiz yapılmamasına rağmen salgının ekonomik etkisi muhtemelen derin olacaktır. Enfekte insanlar ekonomiye katkılarını kaybetmektedirler. Sonuç olarak, nüfusun yüzde 50'den fazlası tüm üretim ve tüketim faaliyetlerinden uzaklaşmaktadır.¹¹⁶

Bu sadece arzı kesintiye uğratmakla kalmamakta, aynı zamanda talepte de keskin bir düşüşe yol açmaktadır. Zayıf şirketlerin bir kriz sırasında iflas etmesi normaldir ve bu muhtemelen gerçekleşecektir. Ancak Corona salgını, sorunları daha da kötüleştirmiştir. Kriz sırasında sadece ekonomik açıdan savunmasız şirketler değil, aynı zamanda zayıf tedarik zincirine sahip diğer işletmeler de batma riski altındadır. 2019 ve 2020 sonunda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için büyüme

¹¹⁵ A. Şeref Gözübüyük, "Yönetim Hukuku". (Ankara: Turhan Kitabevi, 1997) 22.

¹¹⁶ Birgül Ayman Güler, "Türkiye'nin Yönetimi: Yapı". (Ankara: İmge Kitabevi, 2009) 18.

tahminleri oldukça düşüktür. Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi kurumlar da Ocak ayında bazı bölgeler için büyüme tahminlerini güncellenmişler ancak tüm bu varsayımlar çarpıtılmış ve Mart ayından bu yana yeni varsayımlar yayınlanmıştır. Uluslararası Para Fonu'nun (IMF) 14 Nisan Küresel Ekonomik Görünümü, tüm tahminlerin önemli ölçüde değişeceğini ve keskin bir şekilde düşeceğini öngörmektedir. Mart 2020 itibarıyla Dünya Bankası tarafından gelişmekte olan ülkelerin yaklaşık %4.1, gelişmiş ülkelerin %1.4 ve küresel ekonominin %2.5 büyümesi beklenirken tüm tahminler yeniden gözden geçirilmiştir. Bu varsayımların en keskin yönlerinden biri Çin ekonomisinde ortaya çıkmıştır. Çin ekonomisinin geçen yıl yaklaşık %6 büyüyeceği tahmin edilmiş ancak koroner kalp hastalığının yayılması bu tahminleri durgunluktan bu yana (-)% 3 - (+)% 3'e düşürmüştür. IMF raporunun yayınlanmasından önce, Asya'daki bir Dünya Bankası araştırması, Çin ekonomisinin 2020'de %2.1 oranında büyüyeceğini tahmin etmiştir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün (OECD) Mart tahminine göre beklentiler düşmüş ancak genel olarak iyimser seviyede kalmıştır. OECD'nin ilk tahmini dünya ekonomisinin %2.9'dan %2.4'e gerilemesinin beklendiği şeklindedir. Benzer şekilde, Avro bölgesinin %0.8, Çin'in %4.9 ve ABD'nin %1.9 büyümesi beklenmektedir. AB bölgesi için tahminler keskin bir düşüş göstermektedir. HSBC için en kötü durum senaryosu %6.4'lük bir düşüştür. Avrupa bölgesinde böyle bir daralmanın olmayacağına dair genel bir inanç negatif büyümenin muhtemel olduğu yönündedir.¹¹⁷

Dünya Bankası'nın kriz öncesi AB bölgesi için 2020 tahmini %1'lik bir artış öngörmüştür. Corona salgını hastalığı prevalansı nedeniyle, bu tahminler negatif olabilmektedir. AB'ye göre, Türkiye ekonomisi büyümenin en önemli alanlarından birisi olmuştur. McKinsey & Company Mart ayında ABD ekonomisinin %2.4, Çin ekonomisinin %0.4, AB ekonomisinin %4.4 ve küresel ekonominin ise %1.5 düştüğünü tahmin etmiştir. IMF, coronavirüsün ekonomik etkisini tahmin etmektedir. IMF, Türkiye'nin 2020'de GSYİH'nin %5 küçülmesini beklemektedir. Öte yandan, cari açığın azaltılması için daralmanın yeniden düzelmesi ve işsizlik oranının %17.2'ye ulaşması beklenmektedir. Bu coronavirüs salgınından sonra tüm LEP erilerinin güncellenmesi gerekir.¹¹⁸

¹¹⁷ Umut Can Öztürk, "Örgüt kültürü algısında cinsiyet faktörünün etkisi ve bir uygulama". *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 6/12 (2015): 62-86.

¹¹⁸ Politika Notu Covid-19 Salgınının Türkiye'de Üretim Sektörüne Etkileri Ve Alınması Gereken Tedbirler 2020

Reformun nasıl gerçekleşeceği öncelikle sağlık haberlerine bağlı olacaktır. Çözüm ve bulunan zamana bağlı olarak farklı hesaplamalar mümkündür. En iyi seçenek hakkında konuşursak, Corona salgını Haziran ayında yayılması kontrol altına alınarak ekonomik toparlanma başlayabilir. Bu durumda 2020 yılına kadar milli gelirden küçük bir pozitif büyümeden söz etmek mümkündür. Daha sonra 2020'de Türkiye, dünya ekonomisindeki diğer ülkelerle birlikte, gelecekte negatif büyüme olabileceğinden diğer seçenekleri değerlendirecektir. 2020'nin ikinci çeyreğinde kaybedilirse, 2009'da %4.7 düşmesi olası olarak görülmemektedir.

3.2.1.2. Dolarizasyon Ve Fiyat Artışları

Fiyat artışları açısından Türkiye'nin karşı karşıya olduğu bir diğer konu dolarlaşmanın sonuçlarıdır. Pasaport depozitalarının yarısından fazlası şu anda Türkiye'de tutulmaktadır. Merkez bankasına göre, 2020 Mart sonu itibarıyla yerli bankalardaki döviz mevduatları 197 milyar doları aşmıştır. Türkiye'nin yıllık net döviz kuru geçen yılın ilk üç ayında 6,9 milyar doların üzerine çıkmıştır. Bu dönemde gelişmekte olan ülkelere döviz girişleri hız kesmeden devam etmiştir. Uluslararası Finans Enstitüsü'ne (IIF) göre Mart 2020'de, gelişmekte olan ülkelere döviz girişi 83,3 milyar doları bulmuştur. İthalata dayalı üretimin devam etmesi, döviz kurlarındaki değişimlerin, özellikle de büyümenin üretim maliyetlerini etkilediğini göstermektedir. Para birimine dayalı fiyatlandırma diğer hizmet sektörlerinde yaygındır. Para birimi enflasyondan etkilenmekte ve kurun yükselmesi gerekmektedir ancak bu özellik, Türkiye'deki enflasyonun en önemli kaynağı olarak görülmektedir. Bu dönemde dış ticareti artırma fırsatları sınırlıdır. Özellikle Türk ihracatını artırmak kolay olmayacaktır. Yılın ikinci yarısında kullanılabilir turizm gelirinin geçen yıla göre iki katına çıkması beklenmektedir.¹¹⁹ Tüm bu gelişmeler TL üzerindeki baskıyı artırmakta ve döviz kurunun yükselmesine izin vermektedir. Uluslararası piyasada, özellikle corona salgınının patlak vermesinden sonra piyasa borcunun gelişimi, Türk parası için diğer opsiyonların finansmanında düşüşe neden olmuştur. Hükümet, IMF ve Dünya Bankası gibi diğer seçenekleri siyasi seçenekler olarak kullanmak istemiyor gibi görünmektedir. Fed'in Türkiye'de kullanabileceği bir diğer seçenek de bu dönemde SWAP piyasasını açmaktır. Repo ile ilgili menkul kıymet bulunmadığından repo piyasasından nakit para kazanma tercihi mümkün değildir. Türkiye'nin tüm gözlemleri, dış borcun mevcut yapısı ve risk primlerinin

¹¹⁹ Ghazi Ben Saad, Muzaffar Abbas, "The impact of organizational culture on job performance: a study of Saudi Arabian public sector work culture". *Problems and Perspectives in Management*, 16/3 (2018): 207-218.

artması, döviz kurunun değer kazanmasına bağlı riskleri artırmaktadır. Aslında, 2020'nin başlarında 5.95 lira olan ABD doları, 15 Nisan'da 6.90 liraya yükselmiştir. Türk lirasındaki değer kaybı yaklaşık ise %16 olmuştur.

3.2.1.3. Covid-19 Salgınına Karşı Maliye Politikası Uygulamaları

Krizin ilk belirtilerinde ülkeler, öncelikle para politikasına dayalı önlemler almayı tercih etmişlerdir. Bu nakit akışı önleme tedbirleri üretime katkıda bulunmamakta ancak piyasa operasyonları için gerekli kabul edilmektedir. İşçilerin evde kalmaya zorlandığı günümüz dünyasında parasal genişletici politikalar, üretimi ve istihdamı artırmada daha az etkilidir. Merkez bankaları, bilançolarını artırmak ve piyasada (bankalar) likidite sağlamak için tedbirler açıklamışlardır. Bu önlemler, piyasa aksaklıklarını önlemek için önemli ve gerekli önlemler olarak kabul edilmektedir. Ancak, likiditeyi artırmak tek başına piyasayı istikrarlı tutmak için yeterli değildir. Öte yandan genişletici politikaların enflasyon üzerinde etkisi olacaktır. Gelişmiş ülkelerde 2008 krizinden bu yana parasal genişleme enflasyona yol açmamıştır. Bunun nedeni kaynakların mevcudiyeti, büyüme sorunları, dünya ticaretinin payı ve likiditeyi kolayca kontrol edebilen borsaların iyi performansından kaynaklanmaktadır. Bu kez gelişmiş ekonomiler para politikası ile ekonomik enflasyon beklentilerini canlandırarak enerji üretmeye çalışmaktadırlar. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde, kısa vadeli parasal genişlemenin olumlu bir etkisi olması beklenebilir. Ancak bu politikalar gelişmiş ekonomilere göre daha fazla enflasyon yaratmaktadır; çünkü gelişmekte olan ülkelerin karşılaştığı görece yüksek enflasyon ve belirsizlik gibi zorluklar cari açıklar nedeniyle düşük baskılar, bütçe veya kur baskılarından kaynaklanmaktadır. Dış borcu yüksek olan Türkiye, uluslararası risklere yönelik değişikliklere meyillidir. Küresel risk dönemlerinde döviz ve dış borcu artırmak zordur.¹²⁰

Bu durum, ekonomiyi canlandırmak için alınabilecek para politikası önlemlerini sınırlamaktadır.¹²¹ Türkiye'de Merkez Bankası, kriz nedeniyle şu önlemleri almıştır:

- Standart kredi faiz oranı 100 baz birim azaldı.
- Haftalık repo oranı %10.75'ten %9.75'e düşürüldü.
- Bankaların tüm likidite şartlarının yerine getirileceği açıklandı.
- Mevcut duruma ek olarak, üç aylık bir repo ihalesi açılacak.

¹²⁰ Nuri Tortop, Eyüp G. İsbir, Burhan Aykaç, "Yönetim Bilimi". (Ankara: Yargı Yayınevi, 1999) 55.

¹²¹ Resmi Gazete, Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Kanun Karar No:2162, Sayı: 16341, Tarih: 09.07.1978.

- Yabancı para için zorunlu karşılık oranı %5 oranında düşürülecektir.
- Banka, yeniden hesaplama kanalından 60 milyar lira kullanacak.
- İşsizlik fonu tarafından tutulan tahviller karşılığında likidite yaratıldı.

31 Mart'ta açıklanan yeni adımların bir parçası olarak tahvil alımlarını genişletmek ve daha yaygın ve daha ucuz likidite sağlamak için adımlar atılmıştır.¹²²

Merkez Bankası bu önlemleri bankalar aracılığıyla desteklemeye çalışmış ve devlete ait bankalar, iş finansmanı paketlerini açıklamıştır. Pakette özellikle, yükümlülüklerin küçük ve orta ölçekli işletmelere ertelenmesi, uzun vadeli kredilerin belli bir ölçüde uzatılması, geri ödemeye destek olacak kredilerin sağlanması ve bazı sektörlerde yeniden yapılanma imkanları yer almıştır. Ayrıca, kurumsal teminatları ele almak için Kredi Garanti Fonunun boyutunu ikiye katlamaya çalışmıştır. İhracatı kolaylaştırmak için stok finansmanı desteği sağlanmıştır. Corona salgını krizinden sonra çözülen sorunlardan biri ekonomiyi değil insanları kurtarmaktır. İnsanların evde tutulması gerekiyorsa, bunu sağlamak için her türlü kaynağı kullanmak, bütçe olanakları hakkında bilgi almak ve yeterli değilse baskı yöntemini seçmek (yukarıda belirtilen enflasyon üzerindeki etkisi dikkate alınarak) mümkündür.¹²³

3.2.1.4. Maliye Politikası Uygulamaları

Genel olarak krizle mücadele etmenin en etkili yolunun maliye politikası olduğu kabul edilmektedir. Dünyanın tüm ekonomileri, özellikle en gelişmişleri, potansiyel bütçe harcamalarını karşılayacak politikalara sahiptir. Bu bağlamda, Türkiye'deki bütçe krizinin şiddeti diğer ülkelerin uygulamalarına paralel olarak büyümektedir. Bireyler ve özel sektör krizle baş edemiyor gibi görünmektedir. Yatırım önlemlerinin mali yükü vergilerle dengelenemeyeceğinden, daha fazla iç borçlanma kullanılacak ve bu da daha yüksek faiz oranlarına neden olacaktır.¹²⁴

3.2.2. Covid-19 Virüsünün Sektörlere Etkileri

Coronavirüsün ortaya çıkmasının neden olduğu ekonomik krizin tüm sektörler üzerinde olumsuz bir etkisi olacaktır. Ancak krizin yayılmasını önlemede en etkili

¹²² Ülman, Türkiye'de 19. ve 20 yüzyıllarda Tıp Tarihinin Ana Hatları (1827-1923), Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı, 175-186.

¹²³ Tortop, İsbir, Aykaç, *Yönetim Bilimi*, 54.

¹²⁴ Osman Avşar Kurgun, "*Örgütsel davranış*". Detay Yayıncılık, Ankara. Bock, Laszlo (2018). (Google Sırları. Koridor Yayıncılık, İstanbul, 2018) 32.

önlem olarak krizin ilan edilmesinden sonra nüfusun büyük çoğunluğunun üretim ve tüketimden uzaklaşması, krizin başında bazı sektörleri doğrudan iflasa sürüklemiştir.

Türkiye'nin sağlık sistemi, son 20 yılda kalite ve hizmet standartlarını iyileştirmiştir. Ancak son yıllarda özel sağlık sektörünün gelir büyümesini ve gelir dağılımını etkilemesi nedeniyle bir karlılık sorunu yaşanmaktadır. Öte yandan ilaç sektörü, sosyal sigorta sisteminin yapısı gereği bir kamu sektörüdür. Yılın ikinci yarısında kriz çözülürse sağlık sektörü mevcut yapısını koruyacaktır. Ancak kriz sırasında, hükümetin sağlık sektöründeki konumunun önemi yeniden teyit edilmiştir. Bu nedenle, halk sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artmaya devam edeceği umulmaktadır. Hükümetin bu krizin masraflarını üstlenmesi, sosyal bir ihtiyaç haline gelmiştir.¹²⁵

3.2.3. Türkiye’de Ve Diğer Ülkelerde Alınan Önlemler

Krizin etkileri başladığında ülkeler farklı tedbirleri yorumlamaya başlamıştır. Bu bağlamda, IMF ve Dünya Bankası üye ülkelere krizle mücadele etmek için yeni tesisler sunduklarını ifade etmişlerdir. Uluslararası Para Fonu (IMF) yaptığı açıklamada, Türkiye'nin krizle mücadele için 1 trilyon dolar harcamaya hazırlandığını söylemiştir. ABD Merkez Bankası 700 milyar dolarlık bir paket açıklamıştır. Bu paket likidite sağlamak için kullanılmış ancak SWAP ve repo piyasaları aracılığıyla üçüncü taraf finansman olanakları sunmuştur. Ancak Türkiye, SWAP'ın faaliyet gösterebileceği ülkelerden biri değildir. Merkez bankası, repo piyasası tarafından ihraç edilen tahvillere karşılık döviz alma fırsatından yararlanmaya yetecek kadar dolar tahviline sahip olmadığı için kâr etme gücünün sınırlı olduğunu fark etmiştir.

Türkiye'nin beyan ettiği portföy, milli gelirin %2'sinden azdır. Üstelik bu paketlerin özü doğrudan gelir transferi değil, mevcut durumun yükünün bir kısmını ertelemektir. Ancak bunun bütçeyi her durumda etkileyeceği açıktır.¹²⁶

Türkiye’de açıklanan ekonomik istikrar paketlerinin içeriği aşağıdaki gibidir:

- Krizden en fazla etkilenen bazı sektörlerde mücbir sebeplerin kaçınılmaz olduğunu kabul eden Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), altı ay boyunca Katma

¹²⁵ Gözübüyük, *Yönetim Hukuku*, 25.

¹²⁶ Ahmed, Shafiq, The impact of organizational culture and organizational performance: a case study of telecom sector, 20-30.

değer vergisi (KDV) ve vergi yükümlülüklerini ödemeyi ertelemiştir. (Perakende, alışveriş merkezleri, metalurji ve metalurji endüstrileri, otomobiller, lojistik-ulaşım, sinemalar, konut, yiyecek, içecek hizmetleri, tekstil, dikiş, etkinlikler, organizasyon vb.).

- Borçlu şirketler, özellikle de kamu bankaları için borç ödeme paketleri açıklanmıştır.
- Çalışanların maaşları düşürülmezse, teminat sorunları nedeniyle kredi alamayan şirketlerin banka kredilerine başvurmalarını sağlamak için Kredi Garanti Fonu (KGF) sınırları artırılabacaktır.
- İhtiyaç sahibi ailelere 2 milyar lira aktarılacaktır. (Daha sonra 4 milyar liraya çıkarılmıştır.)
- Yurtiçi hava taşımacılığında KDV 3 ay azaltılacaktır.
- İhracatçılara stok finansmanı desteği verilecektir.
- Bir daire satın alırken kredi koşulları basitleştirecektir.
- Tüm sektörlerde düşük ücret desteği devam edecektir.
- Asgari emekli maaşı 1.500 liraya çıkarılacak.
- 2 aylık tazminat süresi 4 aya uzatılacaktır. Düşük faizli anapara, kamu bankaları aracılığıyla aylık geliri 5.000 liradan az olan kişilere dağıtılacaktır.
- Gereksiz sınavlar, ücretsiz sınavlar ve kayıt afları durdurulacak
- Halkbank aracılığıyla yatırımcılara düşük faiz oranlarıyla 25.000 lira sınırlı işletme finansal desteği sağlanacaktır.
- Tüm şirketler, özellikle küçük ve orta ölçekli işletmeler ve özel bankalar, Hazine garantili KGF garantili doğrulama ödeme yardım kredisi ve kredi destek programından faydalanacaktır.
- Düşük gelirli gruplara büyük çapta nakit yardımlar verilecek ve emeklilik yardımlarının zamanlaması netleştirilecektir.
- Devlet tarafından finanse edilen ticari alacaklar sigortasının kullanımı, 125 milyon avroya kadar olan KOBİ'leri kapsayacak şekilde genişletilecektir.
- Tüm sosyal sigorta primleri, başkent şehir idaresi, şehir idaresi ve bağlı kuruluşları tarafından gelir vergisinin kesilmesi ve ödenmesinden itibaren 3 ay ertelenecektir.
- Su tüketimi nedeniyle başkent yönetimi, şehir yönetimi ve bağlı kuruluşlarının çalışmaları ertelenecektir.
- Belediye vergi paylarından 3 ay süreyle herhangi bir kesinti yapılmayacaktır.
- Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi, krizden etkilenen dar gelirli için "Türkiye'ye yeteriz" kampanyası.

- Üniversite hastanelerindeki sağlık personelinin performansı için ödeme en fazla 3 ay içinde alınacaktır.
- Ertelenmiş konut vergisi beyannamesi.2021.01.01. 23. ecrimisil ödemesini ve kullanım ücretlerini erteleyin.
- Belediye veya belediye idaresinin izin, ruhsat veya hattını kiralayan tüzel kişi veya sözleşmenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 3 ay içinde toplu taşıma hizmetlerinin sürekli olarak yürütülmesini kısıtlar; gelir desteği ödemeleri yapmak.
- Faaliyetlerini durduran veya aktif olmayan şirketlerden yıllık reklam, promosyon vergisi veya yıllık temizlik vergisi alınmayacaktır.
- Türkiye Elektrik Dağıtım Şirketi (TEDAŞ), ilgili mevzuata uyulmamasına neden olan devlet sertifikasının yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 02.01.2010 tarihinden itibaren (bu tarih dahil) elektrik başvuruları için bir son tarih belirlemiştir.
- Ar-Ge ve tasarım merkezlerinin yanı sıra 4 ay süreyle araştırma ve tasarım merkezi açılacaktır.
- Faaliyetlerini azaltan veya durduran şirketlere, şartların yerine getirilmesi halinde 60/450 günlük ücret / kısa vadeli menfaat sağlanacaktır.
- Toplu sözleşmelerin yapılması ve toplu iş uyuşmazlıklarının, grevlerin ve tikanıklıkların çözülmesi süreci üç ay içinde durdurulacaktır.
- 3 aylık bir süre için işsizlik maaşı günlük 39,24 TL veya kısa vadeli maaşlar için uygun değildir ve 15/3/2020 tarihinden sonra iş sözleşmesinin feshinden sonra çalışana ödenecektir.
- Coronavirüsün işveren tarafından verildiği gerekçesiyle kısa süreli çalışmalar için kısa süreli ödeme, uygunluk beyanının tam olarak tamamlanmasını beklemeden, işverenin başvurusuna göre yapılacaktır.
- 4857 sayılı İş Kanununun Geçici 10 uncu maddesine göre, işveren, etik, şerefiye ve benzeri sebepler hariç olmak üzere, yasa yürürlüğe girdikten sonraki üç ay içinde bir çalışanı işten çıkaramaz.
- Savcılık sürecinde mahkemeden, insan ticareti ile mücadele Yasası uyarınca, bulaşıcı tıbbi cihaz ve malzemelerin doğrudan bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak dağıtılması talep edilebilir.

Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası tarafından açıklanan önlemler ise, Raporun “Para Politikası Uygulamaları” bölümünde açıklanmıştır. Krizin yarattığı genel durum ve diğer ülkeler örneği göz önüne alındığında, bu desteğin artırılması

gerektiği anlaşılmaktadır. Bankalar tarafından verilen kredi koşulları nedeniyle banka kredisi bulunmamaktadır. Bu durumun ele alınması gerekmektedir. Hükümet, 1929 krizinden bu yana Amerika Birleşik Devletleri'ndeki en kötü ekonomik gerilemeyi durdurmak için 2,2 trilyon dolarlık bir fon paketi açıklamıştır. Bu, ABD milli gelirinin %10'udur. Mart ayı ortasında açıklanan 2 trilyon dolarlık paketin 500 milyar doları büyük şirketlere, 377 milyar doları ise düşük faizli kredilere, garantili kredilere ve küçük ve orta ölçekli işletmelere hibelere dağıtılacaktır. Almanya'da açıklanan portföydeki 600 milyar euro, garantili krediler veya Alman şirketlerinin fonlarındaki halka açık paylar şeklinde tutulacaktır. Kısa vadeli istihdam yardımları, düşük gelirli çocukları olan aileler için nakit yardımlar ve küçük işletmeler ve tüccarlar için hibeler paketini tanımlamaktadır. İngiltere'de açıklanan paketle bağlantılı olarak işçi istihdam etmeyen firmalar üç ayda bir maaş, işsizlik fonunun büyüklüğü, ödeme miktarı, 25.000 liraya kadar alacak. Bağış yardımı. Genel bütçe, işsizlik ve küçük ve orta ölçekli işletmelere sağlanan toplam yardım tutarı 90 milyar TL'dir. Avrupa Birliği bölgesinde, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Birleşik Krallık'ta, "endüstriyel helikopter" olarak açıklanan yöntem, operasyonel ve ekonomik zorluklar yaşayan tüm kurum ve bireylere nakit transferini desteklemek için kullanılmaktadır. Kriz sonrası harcama gecikmelerine göre asgari artışlar (muhtaç ailelere transferler gibi) tercih edilmektedir.¹²⁷

3.2.4. Türkiye'nin Yapması Gerekenler

Ekonomik kriz, kriz öncesi ekonomi politikası başarısızlıkları ve imalat sektörü, salgının etkilerine karşı Türkiye'yi daha savunmasız hale getirmiştir. Dolayısıyla açıklanan yardım paketi bu bağlamda yeterli görünmemiştir. İşte küresel durum ışığında Türkiye'nin aldığı bazı özel önlemler bulunmaktadır.

İstihdama dayalı Covid-19 salgını ve artan işsizlik, Türkiye'deki büyük KOBİ'lerin büyük krizden kaçınmasını hedeflemektedir.¹²⁸

- KOBİ iflası nedeniyle tedarik krizlerini önlemek için alt yüklenicilere mali destek sağlamak.
- İstihdamı koruma taahhüdü karşılığında devlet sosyal güvenlik katkı paylarını öder.

¹²⁷ Kurgun, *Örgütsel davranış*, 18.

¹²⁸ Kurgun, *Örgütsel davranış*, 19.

- İmalat sektörü için ithal makine, hibe ve yedek parça makine ve ekipman desteği sağlar.
- Gıda endüstrisine hammadde sağlamak, ithal hammaddeleri kolaylaştırmak ve gıda üretim sürekliliğini sağlamak.
- Düşük vergiler nedeniyle, otomobil üreticileri iç pazarlarını genişletmeye çalışmaktadır.
- Tıbbi cihaz ve elektronik şirketleri tarafından başlatılan araştırmalar için devlet desteğini artırmak.
- Özellikle küçük ve orta ölçekli işletmeler için tedarik zincirini korumak için Ticaret Bakanlığı bünyesinde bir komite oluşturulması.
- Çin'den muaf tutulması gereken alanlarda Türk üreticilerin Avrupa pazarındaki payını artırmak için AB ile yakın çalışmak.
- Temel tüketim malları üzerindeki KDV ve sosyal güvenlik yükünün azaltılması, piyasadaki daralmayı yavaşlatmaktadır.
- KDV gibi dolaylı vergilerin azaltılması ve üreticilerin düzenli olarak enerji kaynaklarından muaf tutulması.
- Evden çalışma fırsatlarını güçlendirmek için geliştirme maliyetlerini artıracak Türkiye'nin İnternet altyapısı.
- Salgın üreticileri; Su, elektrik, gaz ve internet gibi temel altyapı ücretleri.
- Dağıtım sırasında üreticilerin vergi yükümlülüklerinin bir yıl ertelenmesi.

SONUÇ

Salgın hastalıklar insanlık tarihi boyunca toplumları etkilemiş olup yıkıcı sonuçlara neden olmuşlardır. Son olarak Covid-19 Pandemisi tüm dünyada 10 Haziran 2020 itibariyle 7.446.229 kişiyi enfekte etmiş, 3.730.056 kişi iyileşmiş ve 418.137 kişinin ölümüne neden olmuştur. Türkiye’de ise aynı tarih itibariyle 173.036 kişi enfekte olmuş, 146.839 kişi iyileşmiş ve 4.746 kişi hayatını kaybetmiştir (Worldometers 2020). Etkenin corona virüs ailesinden gelen yeni bir virüs olması sebebiyle kesin tedavi ve aşı henüz geliştirilememiştir. Bu durum salgının boyutunu ve sonuçlarını daha da ciddi düzeylere ulaştırmıştır.

Türkiye, Covid-19 ile mücadelede başta sağlık sektörü olmak üzere genel olarak başarılı bir performans sergilemiştir, sergilemeye de devam etmektedir. Türkiye’de gerek sağlık sektöründe ve gerekse diğer sektörler aracılığı ile atılan adımlar sayesinde hem vaka bulaşma ve artış hızı kontrol altına alınmış, hem de tanı ve tedavi süreçleri etkin bir şekilde yürütülmüştür. Bu sayede ölüm oranları da oldukça düşük bir düzeyde kalmıştır. Covid-19 pandemi yönetim sürecinde sağlık sektöründe liderlik ve yönetim, sağlık bilgi sistemleri, sağlık finansmanı, sağlıkta insan kaynakları, ilaç ve tıbbi cihazlar, hizmet sunum, filyasyon, temaslı takibi ve sürveyans sistemleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık turizmi gibi alanlarda yoğunlaşmıştır.

Çalışma içerisinde 1900’lü yıllardan süregelen pandemi vaka süreçlerinin nasıl devam ettiği gözlemlendiğinde her pandeminin yayılım korunma ve tedavi yöntemi değişiklik göstermektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, pandemi politikalarının geliştirilmesinde kolaylık sağlayacak olup, hangi yöntemin geliştirilerek pandemiye kısa sürede müdahale imkânı sağlayacağı belirlenebilecektir.

Cumhuriyet öncesi dönemden itibaren geliştirilmekte olan sağlık hizmetleri, SDP ile nüfusun büyük çoğunluğunu GSS kapsamına dahil etmiş olması, pandemi yönetiminde bir karmaşaya ve hizmet aksaklığına müsaade etmemiş olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin SDP ile yürütülmesi ve pandemi öncesi geliştirilen politikalar doğrultusunda sağlık ekonomisi elitlerini azaltacağı anlaşılmaktadır.

KAYNAKÇA

- Ahmed, Mashal ve Shafiq, Saima. "The Impact of Organizational Culture and Organizational Performance: a Case Study Of Telecom Sector". *Global Journal of Management and Business Research*, 14/3 (2014): 20-30.
- Akdağ, Recep. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003- 2011). Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2012.
- Akdur, Recep. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2000.
- Akgül, Selma. "İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Örgütsel Kimlik Algıları ile Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişki". Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, 2012.
- Arda, Berna ve Acıduman, Ahmet. "Türk'ün H1N1'le İlk İmtihani: 1918-19 İnfluenza Pandemisinin Ülkemizdeki Görünümü". *Klinik Gelişim*. 23/3, (2010): 28-35.
- Asunakutlu, Tuncer, Safran, Barış ve Tosun, Elif. "Kriz Yönetimi Üzerine Bir Araştırma". *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5/1 (2003): 141-163.
- Ataay, Faruk. "Health Reform and Citizenship Rights". *TODAİE's Review of Public Administration*, 2/3 (2008): 199-217.
- Ateş, Metin. Sağlık Hizmetleri Yönetimi. İstanbul: Beta Yayınevi, 2013.
- Aydın, Mustafa. Covid-19 Sonrası Küresel Sistem: Eski Sorunlar Yeni Trendler. Ankara: Sam Yayınları, 2020.
- Aydınlı, İbrahim. "Covid-19 (Koronavirüs) Salgınının Ekonomik Etkileri". *ULİSA* 12/1, (2020): 1-30.
- Bakan, İsmail, Büyükbeşe, Tuba ve Bedestenci, Çetin. Örgüt Sırlarının Çözümünde Örgüt Kültürü. İstanbul: Aktüel Kitabevi, 2004.
- Çavmak, Şeyda ve Çavmak, Doğançan. "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı". *Sağlık Yönetim Dergisi*, 1/1 (2017): 48-57.
- Çelik, Mazlum. "Örgüt Kültürü ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Bir Uygulama". Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum 2007.
- Çetin, Fatih, Şeşen, Harun ve Basım, H. Nejat. "Örgüt Kültürünün Rol Ötesi Olumlu Davranışlara Olan Etkisi". *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 13/2 (2012): 197-211.
- Demir, Pelin. "Aile Şirketlerinde Örgütsel Vatandaşlık: Gaziantep Uygulaması". Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep, 2007.
- Dirican, Rahmi ve Bilgel, Nazlı. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993.
- Erdem, Şeniz. "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama". Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne, 2007.
- Ergeneli, Azize. Örgüt ve İnsan. Ankara: Hacette Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2006.
- Erol, Hatice ve Özdemir, Abdullah. "Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi". *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4/1, (2014): 9-34.
- Fişek, A. Gürhan, Özsuca, Şerife Türcan ve Şuğle, Mehmet Ali. *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi: 1946-1996*, Sosyal Sigortalar Kurumu-Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, Ankara, 1997.
- Görmüş, Ayhan. Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2013.
- Gözübüyük, A. Şeref. Yönetim Hukuku. Ankara: Turhan Kitabevi, 1997.
- Güler, Birgül Ayman. Türkiye'nin Yönetimi: Yapı. Ankara: İmge Kitabevi, 2009.

- Kavuncubaşı, Şahin ve Yıldırım, Selami. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2010.
- Köse, Sevinç, Tetik, Semra ve Ercan, Cuma. "Örgüt Kültürünü Oluşturan Faktörler". *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 7/1 (2001): 219-242.
- Kurgun, Osman Avşar. Örgütsel Davranış. Detay Yayıncılık, Ankara. Bock, Laszlo (2018). Google Sırları. İstanbul: Koridor Yayıncılık, 2018.
- OECD, World Bank. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye, OECD ve Dünya Bankası, 2008.
- Öztürk, Umut Can. "Örgüt Kültürü Algısında Cinsiyet Faktörünün Etkisi ve Bir Uygulama". *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 6/12 (2015): 62-86.
- Politika Notu. Covid-19 Salgınının Türkiye'de Üretim Sektörüne Etkileri ve Alınması Gereken Tedbirler, 2020.
- Resmi Gazete, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, Kanun Karar No:224, Sayı: 10705, Tarih: 12.01.1961.
- Resmi Gazete, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Kanun Karar No:557, Sayı: 11976, Tarih: 10.04.1965.
- Resmi Gazete, Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Kanun Karar No:2162, Sayı: 16341, Tarih: 09.07.1978.
- Saad, Ghazi Ben ve Abbas, Muzaffar. The Impact of Organizational Culture On Job Performance: A Study Of Saudi Arabian Public Sector Work Culture. *Problems and Perspectives in Management*, 16/3 (2018): 207-218.
- Sezgin, Murat ve Bulut, Beyza. "Örgüt Kültürü Ve Halkla İlişkiler", *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3/2 (2013): 182-194
- Somunoğlu, Sinem. Sağlık Kurumları Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2012.
- Soyer, Ata. "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları". *Praksis*, 9, (2011): 301-319.
- Şahin, Ali. "Örgüt Kültürü-Yönetim İlişkisi ve Yönetimsel Etkinlik". *Maliye Dergisi*, 159, (2010): 21-35.
- Terzi, Cem. Türkiye'de Sağlıkta Neoliberal Saldırı: Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ulusların Sağlığı: Yeni Bir Ekonomi Politikası Doğru. İstanbul: Yordam Kitap, 2014.
- TBMM. "20/06/2012 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu". <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf> (Erişim tarihi 25.06.2020).
- T.C. Aile Çalışma Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. "Yeni Koronavirüs (COVID-19) Salgınına Karşı İşyerlerinde Etkin Mücadele İçin Alınması Gerekli Tedbirler" Yayınlandı. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/isggm/haberler/koronavirus/> (Erişim tarihi 25.06.2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. "Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19)". <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/> (Erişim tarihi 24.06.2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanı Basın Bildirileri. <https://www.saglik.gov.tr/TR,3187/basin-merkezi.html> (Erişim tarihi 24.06.2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Mevsimsel Grip [İnternet]. <https://www.grip.gov.tr/tr/> (Erişim tarihi 24.06.2020).
- Tengilimoğlu, Dilaver, Akbolat, Mahmut, Işık, Oğuz. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayınevi, 2015.
- Tengilimoğlu, Dilaver ve Köksal, Aysel. Tıp sekreterliği. Ankara: Seçkin Yayınları, 2013.
- Tortop, Nuri, İsbir, Eyüp G. ve Aykaç, Burhan. Yönetim Bilimi. Ankara: Yargı Yayınevi, 1999.
- Tutar, Hasan. Örgütsel Psikoloji. Ankara: Detay Yayıncılık, 2014.
- Tutar, Hasan ve Altınöz, Mehmet. Büro Yönetimi ve İletişim Teknikleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2006.
- Türkiye Bilimler Akademisi. Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu. Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları No: 34, 17 Nisan 2020, Ankara, 2020.

TÜRMOB. Korona Salgınının Türkiye Ekonomisine Etkisi Değerlendirmeler ve Öneriler Raporu Türmob Yayınları – 03 Nisan 2020.

Ünal, Fatma, Günbayı, İlhan ve Koca, Ceren. “Kurum Kültürü Analizi: MEB Bağımsız Anaokuluna Yönelik Bir Araştırma”, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4/1, (2015): 357-368.

WHO. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/> (Erişim tarihi 25.06.2020).

WHO. Making preparation count: lessons from the avian influenza outbreak in Turkey. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/making-preparation-count-lessons-from-the-avian-influenza-outbreak-in-turkey> (Erişim tarihi 24.06.2020).

WHO. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125) (Erişim tarihi 25.06.2020).

WHO. Pandemic Influenza Risk Management; A WHO guide to inform & harmonize national & international pandemic preparedness and response. https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management/en/ (Erişim tarihi 23.06.2020).

Ülman, Yeşil Işıl. Türkiye’de 19. ve 20 Yüzyıllarda Tıp Tarihinin Ana Hatları (1827-1923), Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 40. Yılda 40 Kitap Serisi, Üniversite Yayın no: 4711, Fakülte Yayın no:00249, 2007:175-186, İstanbul, 2011.

Yaşar, Gülbiye Yenimahalleli. “Türkiye’de Sağlık Güvencesinin Neresindeyiz?”. G. Yaşar ve A. Göksel (Ed.), Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa, NotaBene, Ankara, 2015.

Yiyit, Tuba. “Örgüt Kültürü Modelleri”. *International Journal of Academic Value Studies*, 3/9 (2017): 153-163.

Zeyada, Mustafa. “Organizational Culture and its Impact On Organizational Citizenship Behavior”. *International Journal of Academic Research in Business & Social Sciences*, 8/3 (2018): 418-429.