

# Ekonomi

journal homepage: <https://dergipark.org.tr/ekonomi>



## 112 Acil sağlık hizmetlerinin sunumunda faydalanılan taşeron sisteminin verimliliğe etkisinin değerlendirilmesi (Evaluation of the effect of the subcontractor system used in the delivery of 112 emergency health services on the efficiency)

<sup>a</sup>\*Mustafa Arık, <sup>b</sup>Dilek Öztaş

<sup>a</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara - Türkiye, <sup>b</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.B.D., Ankara - Türkiye

### MAKALE BİLGİSİ

#### Anahtar Kelimeler:

Taşeron  
112  
Acil Sağlık Hizmetleri  
Sürücü

### ÖZET

1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 25. maddesi olan "Yaşam Hakkı" içerisinde sağlık hakkına da yer verilmiştir. Her bireyin sağlıklı bir şekilde yaşaması için devletler, gerekli tedbirleri almakla yükümlüdür. Bu sebeple oluşturulan sağlık sistemi içerisinde, aniden ortaya çıkan kaza ve yaralanmalara müdahale edebilmek amacıyla acil sağlık hizmetlerine her zaman ihtiyaç olmuştur. Acil sağlık hizmetleri ile olay yerinde ve nakil sırasında eğitilmiş sağlık profesyonellerin, etkili ve verimli acil müdahaleleri ile ölüm ve sakat kalma riskini asgari seviyelere indirmek mümkündür. Sağlık ekibinin nitelikli profesyonellerden oluşması ve acil tedavi ile müdahale konularında yetenekli ve yetişmiş olması gerekmektedir. Özellikle acil sağlık hizmetlerinin önemli bir ayağını oluşturan ambulans hizmetlerinde çalışan sağlık ekibinin nicel olarak az kişiden oluşması, çalışma hayatlarında hem zamana hem de zorluklara karşı mücadele etmeleri konusunda işlerini daha da zorlaştırmaktadır. Hizmet sektörünün her aşamasında faydalanılan taşeron sistemine, zaman içerisinde acil sağlık hizmetleri konusunda da başvurulmuş olup halen faydalanılmaya devam edilmektedir. Özellikle acil müdahale aşamasında, taşeron sisteminde faydalanılan sürücü çalışanların tamamının nitelikli sağlık profesyoneli olmaması sebebiyle, sunulan acil sağlık hizmetinin etkili ve verimliliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmada sağlık sistemimizde yer alan 112 acil sağlık hizmetleri bünyesinde, taşeron sürücü hizmeti uygulamasından yola çıkarak, sağlık hizmetlerindeki taşeron uygulamasının olumlu ve olumsuz yönleri irdelenmeye çalışılacaktır.

### ARTICLE INFO

#### Keywords:

Subcontractor  
112  
Emergency Health Services  
Driver

### ABSTRACT

The right to health is included in the "Right to Life" article 25 of the Universal Declaration of Human Rights, adopted in 1948. States are obliged to take necessary precautions for every individual to live healthy. For this reason, emergency health services have always been needed in order to be able to respond to sudden accidents and injuries within the health system created. With emergency health services, it is possible to minimize the risk of death and disability with effective and efficient emergency interventions of trained health professionals at the scene and during the transfer. The healthcare team should consist of qualified professionals and be skilled and trained in emergency treatment and intervention. The fact that the healthcare team working in ambulance services, which constitute an important part of emergency health services, consists of few people, makes their job more difficult for them to fight against time and difficulties in their working lives. The subcontractor system, which is utilized at every stage of the service sector, has also been applied on emergency health services over time and still continues to be used. Especially in the emergency response phase, the driver employed in the subcontractor system negatively affects the efficiency and effectiveness of the emergency health service provided, since not all of the employees are qualified health professionals. In this study, we will try to examine the positive and negative aspects of subcontractor application in healthcare services, based on the application of subcontractor driver service within 112 emergency health services in our health system.

### 1.Giriş

1970'lerde ortaya çıkan teknolojik, kültürel ve politik değişimler ulusların ekonomik yapılarında, çalışma hayatlarında değişikliklere neden olmuştur. Esnek üretim olarak nitelenen yeni üretim şekli istihdamda azalmalara, taşeronlaşmaya, yarı zamanlı ve düzensiz işlerin önem kazanmasına sebebiyet vermiştir. Üretim süreçlerinde görülen değişim ile alt işverenlik yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. İşletmeler sendikası ve ucuz işgücü istihdam ederek maliyetlerini azaltma yoluna gitmişlerdir. Öte yandan kamuda da taşeron kullanımı önemli miktarda artış göstermiştir (Özsuca, 2011).

İş dünyasında üretim miktarının çoğalması, çeşidinin artması, birtakım işlerin özel uzmanlık istemesi, kalitenin artırılmak istenmesi ve maliyetleri minimum seviyeye indirerek üretim gerçekleştirmek ya da hizmet sağlama gayreti gibi pek çok sebebin yanı sıra işverenlerin yeni sektörlerle girerken veya mevcut işlerini büyütürken diğer işverenlerden hizmet satın almaları "taşeron" ya da 4857 sayılı İş Kanunu'ndaki deyişle "alt işveren" kavramının ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Kunt, 2013).

Navarro, neoliberal dönemde devletin hem kendisinin hem de kamu yatırımları anlamında geri çekildiği ve küçüldüğü bir döneme girildiğini belirtmektedir. Bunun en önemli göstergelerinden birinin neoliberal "devrimin" görünür ve egemen hale geldiği 1980'li yıllardan itibaren kamu sektöründe personel giderleri anlamında dramatik azalmaların ortaya çıktığı, askeri ve savunma harcamalarının arttığı ve özel sektörün desteklendiği ve kamuda daha da görünür hale gelmesi olduğunu belirtmektedir. Bu genel değişimlerin en iyi izlenebileceği alanlardan biri olan sağlık sektöründe özelleştirme uygulamalarının yaygınlaştığı, sigorta şirketlerinin büyüdüğü, ilaç endüstrisinin bu alandaki gücünün arttığı ve özel sektörün kamuyla birlikte sağlık politikalarının temel belirleyicilerinden biri olduğu bir döneme girilmiştir (Navarro, 2009).

Türkiye'de sağlık sektörünün piyasaya açılması ve özelleştirme uygulamaları Dünya Bankası ile ortak projeler kapsamında 80'li yıllardan itibaren gündemde olan bir konu olmuştur. 80'li ve 90'lı yıllarda neo-liberal sağlık reformları her ne kadar tam olarak uygulama alanı bulmamışsa da bu alanda önemli aşamalar kaydedilmiştir. 2000'li yılların başında uygulamaya geçirilen sağlık reformlarının

\*Sorumlu Yazar. E-mail adres: [mustafa\\_arik@hotmail.com](mailto:mustafa_arik@hotmail.com) (M. Arık).

Received:14 Nisan 2020; Received in revised from 16 Mayıs 2020; Accepted 17 Mayıs 2020

genel çerçevesi esas olarak Dünya Bankası ile 2001-2004 yıllarında imzalanan anlaşmalarla çizilmiştir.

Bu kapsamda Dünya Bankası ve Türk uzmanlardan oluşan bir heyet tarafından oluşturulan "Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu" (Dünya Bankası, 2003) raporu sağlıkta dönüşüm uygulamalarının kuramsal alt yapısını oluşturmuştur. 2003 yılından önce Türkiye'de sağlık sistemi, sağlık hizmetlerini finanse eden ve sunan çeşitli kamu kurumları vardı. Bunların bazıları arasında hiyerarşik; bazıları arasında ise sözleşmeye dayalı ilişkiler söz konusuydu. Bunlar toplumun farklı kesimlerine hizmet vermekteydi, bu da kapsamda boşluklar doğurmaktaydı. Sosyal güvenlik kurumları; kayıtlı sektörde maaşlı çalışanları, serbest çalışanları, çalışan veya emekli devlet memurlarını kapsıyordu. Hükümet tarafından finanse edilen bir program (Yeşil Kart programı) da düşük gelirli sigortasızları kapsıyordu. Kayıt dışı ekonomide çalışanlar, nüfusun %25'ini oluşturmaktaydı. Bunlardan sadece bir kısmı başka bir sigortalının bakımına yükümlü olduğu kişi olarak kapsam dâhiline girmekteydi. Nüfusun büyük çoğunluğunun, Yeşil Kart dahil, herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olmasına ve tüm vatandaşların ücretsiz birinci basamak ve acil hastane hizmeti alabilmesine karşın, hizmet sunumu tarafında ciddi sorunlar vardı. Bu da sigortalı kişilerin bile sağlık hizmetine uygun erişiminin bulunmadığı anlamına geliyordu. Sağlık Bakanlığı (SB), koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetleri veren merkezlerden oluşan çok büyük bir ağ üzerinden çalışırken, sosyal güvenlik kurumlarından bir tanesinin de kendisinin işlettiği kendi kuruluş/hastane ağı vardı. Ayrıca, pek çoğu düzenlemeye tabi tutulmayan özel kuruluşlar da bulunmaktaydı (OECD & WB, 2008).

2003 yılından itibaren SDP ile sağlığın finansmanı tek elde toplanarak, özel sektör de dâhil olmak üzere sağlık hizmet sunucularının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'ndan hizmet almaları modeli oluşturulmuştur. Birinci basamakta topluma yönelik sağlık hizmeti sunumu yerine başvurulara hizmet verme anlayışının egemen olduğu aile hekimliği uygulaması başlamıştır. Kamu hastanelerinin yarı otonom hale getirilerek piyasa benzeri bir yapıya dönüşmesi süreci başlatılmış, kamu hastane birlikleri oluşturulmuştur. Döner sermaye ve performans dayalı ödeme sistemi ile sağlık çalışanları kamu kurumları içinde rekabete dayalı bir ücretlendirme mekanizması içine çekilmişlerdir (Çiçeklioğlu, 2011). SDP ile sağlık sistemini oluşturan üç temel alana (örgütlenme, finansman ve sağlık hizmeti sunumu) birden müdahale edilmiştir. SDP ile sağlık insan gücü istihdamında köklü değişiklikler yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı (SB) verilerine göre 2002 yılında 11 bin olan taşeron işçi sayısı, 2011 yılında 120 bin kişiye çıkarılmıştır.

Kayıt dışı ekonomide çalışanların nüfusun %25'ini oluşturduğu bu yapıda toplumun büyük bir kesimi (primlerini ödeyemeyen serbest çalışanlarda eklendiğinde) sosyal sigorta sisteminin dışında bulunmakta ve sağlık hizmetlerine erişimde maddi manevi büyük eşitsizlikler ve zorluklar yaşamaktaydı. Kamuda çalışan doktorların özel sektörde de çalışmalarına izin verildiği bu sistemde, doktorların hastaları çoğunlukla kendi özel muayenehanelerinde gördükten sonra kamu kurumlarında sağlık hizmetleri sunmaları, ameliyat ve başka işlemler için bıçak parası adı altında kayıt dışı ödeme biçimleri alma gibi uygulamalar yaygın olarak görülmekteydi. Bunun yanında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kırsal kesimlerde örgütlenme düzeyinin (kentlere göre) düşük ve yetersiz olması kırsal kesimin sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırmakta, eşitsizlikleri arttırmakta ve büyük maddi kayıplara yol açmaktaydı.

2002 yıllardan itibaren sistemdeki bu tıkanıklığı aşma noktasında aynı dönemlerde Dünya Bankası'nın reform önerilerine paralel bir projeye bu sürece yaklaşmıştır. Bu dönemde, Harvard ve Johns Hopkins Halk Sağlığı okullarından çeşitli akademisyenlere raporlar hazırlanmış ve Dünya Bankası uzmanlarıyla iş birliğine giderek Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlıkta dönüşümün koordinesi yürütülmesi amacıyla bir birim açılmıştır (Işık, 2019; Ataay, 2008; Keyder, 2007; Roemer, 1991).

Bu çerçevede 58. Hükümet Acil Eylem Planında (2003), sağlık alanının da gerçekleştirilmesi hedeflenen değişiklikler şu şekilde belirtilmiştir:

*"Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak, devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı ortadan kaldırılarak tüm hastaneler tek bir çatı altında toplanacak, hastaneler idari ve mali bir yapıya kavuşturulacak, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ayrılacak, Genel Sağlık Sigortası ve Kurumu kurulacak, Aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacak, anne ve çocuk sağlığına özel önem verilecek, koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir."*

Türk kamu personel rejiminde 1980'lerde yardımcı hizmetlerde görülmeye başlanan taşeronlaşma süreci 1990'larda KİT ve yerel yönetimlerde asli ve sürekli hizmetlerde, 2000'li yıllarda ise merkezi yönetimde asli ve sürekli işlerin taşeronlaşması şeklinde ilerlemiştir. 2003 yılında Sağlık ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfına ilişkin bütün görevlerin piyasadan doğrudan satın

alınmasının yolu açılarak bu alanlarda memurluk statüsü getirilmeye başlanmıştır (Aslan, 2005). 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 36 maddesine göre Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Hizmetler sınıfı şu şekilde tanımlanmıştır:

*"Bu sınıf, sağlık hizmetlerinde (hayvan sağlığı dahil) mesleki eğitim göerek yetişmiş olan tabip, diş tabibi, eczacı, veteriner hekim gibi memurlar ile bu hizmet sahasında çalışan yüksek öğrenim görmüş fizyoterapist, tıp teknolojü, ebe, hemşire, sağlık memuru, sosyal hizmetler mütehasısı, biyolog, psikolog, diyetçi, sağlık mühendisi, sağlık fizikçisi, sağlık idarecisi ile ebe ve hemşire, hemşire yardımcısı (fizik tedavi, laboratuvar, eczacı, diş, anestezi, röntgen teknisyenleri ve yardımcıları, çevre sağlığı ve toplum sağlığı teknisyeni dahil) sağlık savaş memuru, hayvan sağlık memuru ve benzeri sağlık personelini kapsar"* maddesine eklenen *"bu sınıfa dâhil personel tarafından yerine getirilen hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir"* ibaresi ile post-fordist dönemde bu hizmet alanlarının taşeronlaşma ve özelleştirme süreçlerine yasal olarak zemin hazırladığı göstermektedir. Bu dönemlerden itibaren sağlık hizmetlerinde örgütlenme sistemi kökten değişmeye başlamış, aile hekimliği ve kamu hastane birlikleri modelinde sözleşmeliğe dayalı bir istihdam politikası ortaya çıkmıştır. Kamu kurumlarında özellikle bu dönemlerden sonra aynı işi yapan farklı istihdam biçimlerine dayalı istihdam edilen gruplar ortaya çıkmıştır (Işık vd., 2019; Topak, 2012).

Dünyada yeni açılan birçok acil tıp sistemi Anglo-Amerikan modelini uygulamaktadır. Bu modelde hastalar daha yüksek kalitede bakım alabilmeleri için hastanelere en hızlı bir şekilde taşınırlar. Bu modele uyum sağlayan ülkeler arasında A.B.D, İngiltere, İrlanda, Hollanda, Avustralya, Kanada ve Türkiye gelmektedir. Franko-German modelinde ise hastane imkânlarını hastaya ulaştırmak için acil uzman hekimleri ve ileri teknoloji hastanını bulunduğu sahaya taşınırlar. Bu model halen Avusturya, Fransa, Almanya, Norveç, Rusya, İsviçre ve Finlandiya gibi ülkeler uygulamaktadır (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2011).

Acil Sağlık Hizmetleri; acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Resmî Gazete 11.05.2000 sayı no: 24046).

Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığına bağlı "Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" tarafından yürütülmektedir. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün misyonu *"Ulusal düzeyde acil sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, etkinliği, verimliliği, hizmet sunan ve sunulanların memnuniyet ve eğitim düzeylerinin sürekli artırılması, teknolojik yeniliklerden faydalanarak hizmetin toplumun her kesimine aynı standartta ulaştırılmasını sağlamak"* oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020, Işık, 2016). Bu çerçevede, taşeron sisteminde faydalanılan personellerin özellikleri dikkate alındığında, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün mevcut misyonu ile uygun davranış sergilememektedir.

Bir ekip hizmeti olan ve sürekliliğin-bütünlüğün-istikrarının esas olduğu sağlık hizmetinin bölünüp parçalanarak taşeron eliyle gördürülmesi; sağlık hizmetinin niteliğini olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla sağlıkta taşeronlaştırma; sadece sağlık çalışanlarının bir sorunu veya bir istihdam meselesi olarak değil; her şeyden önce bir toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilmelidir. 4857 Sayılı İş Kanunu'nda asıl işin taşeron firmalara devredilemeyeceği belirtilmesine rağmen, şimdilik hekimlik hizmeti hariç diğer tüm hizmetlerin neredeyse tamamı (hemşirelik, laboratuvar, radyoloji, röntgen, temizlik, hasta bakım, bilgi işlem, hasta kayıt) artık taşeron şirketler tarafından gördürülmektedir. Bugün, Sağlık Bakanlığı 'na bağlı hastanelerde çalışan toplam taşeron sağlık işçisi sayısı 120 bin civarındadır. Bu sayı, üniversite hastaneleri ve diğer sağlık birimlerindeki çalışanlarla birlikte 150 bini bulmaktadır (Çerkezoğlu, 2011).

## 2.Gelişme

Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 112 Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, hali hazırda 160 acil sağlık hizmetleri istasyonu ile hizmet vermektedir. Aynı zamanda gelen çağrıların karşılanması ve ambulans ekiplerin koordinasyonu ve haberleşmenin sağlandığı 112 Komuta Kontrol Merkezi ile ambulans araçlarının bakım, onarım ve servis işlemlerinin koordinasyonunu yürütüldüğü, tıbbi cihazların bakım, onarım ve tedarik işlemleri ile tıbbi sarf malzemelerinin lojistik hizmetlerinin yapıldığı Teknik Destek birimi de 112 Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığına bağlı İl Ambulans Servisi Başhekimliği bünyesinde hizmet vermektedir. 112 Acil Sağlık Hizmetleri istasyonlarının personel hareketleri ile özlük işlemlerinin yürütüldüğü İnsan Kaynakları birimi, İl Ambulans Servisi Başhekimliği bünyesinde teşkilatlanmıştır. 112 komuta kontrol merkezinde 250, Teknik Destek Biriminde 120, Başhekimlik biriminde 80 ve Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları da ise 1800 personel çalışmaktadır. Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı bulunduğu ilin acil sağlık hizmetini karşılamakla beraber

ülkenin olası ani meydana gelen afet ve olaylar ile büyük toplumsal olaylarda, acil sağlık hizmetinin yetersiz kaldığı diğer illerin sağlık hizmeti destekleme görevlerini de icra etmektedir. Kara ambulanslarının yanında acil transferi gerekli görülen, lakin ulaşımı güç olan ikamet alanlarında mevcut hasta ve yaralıların sağlık kuruluşlarına transferini sağlamak amacıyla 2 adet helikopter ambulans görev yapmaktadır.

Hasta ve yaralıların acil sağlık hizmeti sunumunda, acil yardım istasyonlarında görev yapan personel yapılanması Doktor, Hemşire, Ebe, Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri, Acil Tıp Teknisyenleri ile Toplum Sağlığı Teknisyeni unvanlarına sahip kişilerden oluşmaktadır. Bu kişiler görevlerini "Ekip Sorumlusu", "Yardımcı Sağlık Personeli" ve "Sürücü" olarak yerine getirmektedir.

Ankara ilinde faaliyet gösteren 112 Acil Sağlık Hizmetleri bünyesinde bulunan 160 istasyon içerisinde 20 istasyonun ambulans araç ve sürücü çalışma şekli ise taşeron hizmet alımı dahilinde gerçekleştirilmektedir. Mevcut faal olarak hizmet sunan 20 istasyonda 84 sürücü personel çalışmaktadır. 84 personelden 80 kişi aktif sürücü personel olarak, 4 personel ise yedek sürücü olarak çalışmaktadır. Çalışanlar arasında 82 erkek 2 kadın personel bulunmaktadır. Eğitim durumlarına göre dağılımları ise Tablo 1'de gösterildiği gibidir. 80 personel Ankara ilinde 20 adet 112 Acil Sağlık Hizmetleri istasyonunda sürücü olarak çalışmaktadır.

**Tablo 1:** Eğitim Durumlarına Göre Personel Dağılımı

UNVAN	SAYI
Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri	3
Acil Tıp Teknisyeni	3
Anestezi Teknisyeni	1
Sağlık Memuru	2
Ön Lisans Mezunu	12
Lise Mezunu	63
<b>TOPLAM</b>	<b>84</b>

Hizmet alım sözleşmesi niteliğinde çalışan sürücüler, özlük hakları yönünden bağlı oldukları şirket kurallarına göre çalışmakta olup, 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışma prensipleri yönünden ise sözleşmede yer alan şartname hükümleri dahilinde çalışmaktadır.

Asıl amacın hasta ve yaralıların hayatını tehlikeye sokan nedenlerin ortadan kaldırılması ile ölüm ve sakat kalmalara neden olacak durumları engellemek, acil tedavi tekniklerini kullanarak ileri yaşam desteği sunmak ve iyileşmeyi kolaylaştırmak olan 112 acil sağlık hizmetleri, faaliyetlerini profesyonel nitelikli sağlık çalışanları ile yürütmektedir. Çalışanların teşkilatlanmasında özellikle sürücülerin sağlık personeli olmaması hasta ve yaralıların sunulan acil sağlık hizmeti esnasında, sürücü dışında kalan diğer sağlık personellerin sorumluluk yükünü daha da artırmaktadır. Zamanın çok değerli olduğu acil olgularda, sağlık personelinin niteliği ön plana çıkmakta ve bu durumun eksikliği oldukça fazla hissedilmektedir. Özellikle kardiyo-pulmoner resüsitasyon uygulamaları, triyaj işlemlerin uygulandığı çoklu trafik kazaları, doğal afet ve toplumsal olaylar ile birden fazla hasta ve yaralıların bulunduğu ve tıbbi müdahalelerin gerekli olduğu her türlü durumda, acil sağlık hizmeti sunucuların profesyonel sağlık personellerinden oluşmasını gerekli kılmaktadır. Bu nedenle ambulans hizmeti personel teşkilatlanmasının ekip sorumlusu, yardımcı sağlık personeli ve sürücü görevlerinde hizmet veren personellerin acil sağlık hizmeti verebilecek nitelikte personellerden oluşması gerekmektedir.

112 Acil Sağlık Hizmetleri bünyesinde sürücü olarak çalışan personel dağılımına baktığımızda unvan çeşitliliği göze çarpmaktadır. Sürücü yelpazesi, Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri, Acil Tıp Teknisyenleri, Toplum Sağlığı Elemanları, VHKİ unvanlı memurlar, işçiler, işçi Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ve taşeron sürücülerden oluşmaktadır. Sürücülük yapan personelin çeşitliliği, farklı özlük haklarına sahip olmalarından, çalışma saatlerine kadar farklılık göstermektedir. Hal böyle iken sistemin işleyişinde de aksaklıklara sebebiyet vermektedir. Taşeron hizmet alımı zaman içerisinde acil sağlık hizmetleri sistemi içerisinde yer almış olup, halen faydalanılmaya devam edilmektedir. Taşeron sürücüler ile birlikte çalışan kadrolu sağlık personelleri ise her ne kadar tüm özlük hakları yönünden kamu personeli olsa da kadrolarının bulunduğu acil sağlık hizmetleri istasyonunun taşeron hizmet alımı şeklinde faaliyet göstermesi sebebiyle arada kalmaktadırlar. Bu nedenle çalışmalarında sürekli sorunlar yaşamakta, ikircikli çalışma kurallarına göre hareket etmekte idirler.

Öte yandan her ne kadar acil sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık personeli olmayan sürücülerin çalışması dezavantajlı bir sorun oluştursa da işveren olarak kamunun, ambulans araçlarının bakım onarım faaliyetleri, medikal cihazların temin ve bakım onarım işlemleri, araçların sigorta ile kasko işlemleri ve sürücü personelinin devamlılığı yönünden ise görev yükünü hafifletmektedir. İşveren olarak kamu kurumu, bu faaliyetleri yönünden denetleyici rolüne üstlenmekte ve özellikle maliyet açısından, sözleşme süresince hem ekonomik dalgalanmalardan etkilenmemekte olup hem de oluşabilecek araç arıza ve kazaları nedeniyle acil sağlık hizmeti sunumundan yoksun kalmamaktadır. Bu durum acil sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden olan devamlı ve kesintisiz acil sağlık hizmeti sunumunun tam da karşılığına hitap etmektedir. Araçların ambulans niteliğinin dışında, otomotiv olarak değerlendirildiğinde ise araçların maliyeti ve oluşabilecek kaza ve olaylarda yedek parça, bakım onarım, servis hizmetleri ile sigorta kasko işlemlerinin maliyeti ise özümsemeyecek kadar yüksek rakamlar oluşturmaktadır. Sağlık sektörü dışında kalan bu tür faaliyetlerin yürütülmesi ek birimlere ve nitelikli personel ihtiyacını doğurmakta olup, sağlık sisteminin asıl işinin sağlık hizmeti sunmak olması yanında ek çalışma alanlarının da eklenmesine neden olmakta, sağlık kurumlarının yükünü daha da artırmaktadır. Taşeron hizmet alımı tam da bu kapsamda kamunun iş yükünü hafifletmekte ve hizmetin sunumu kolaylaştırmaktadır.

### 3.Sonuç ve öneriler

Taşeron sisteminin acil sağlık hizmetleri sunumuna tam anlamda entegre olması için, bahsedilen olumlu ve olumsuz özelliklerin, sözleşme şartlarında daha ayrıntılı bir şekilde ele alınarak, kaliteli ve nitelikli bir şekilde devamlılığı sağlanmalıdır. Temeli insan hayatının sağlıklı bir şekilde devamlılığını sağlamak olan sağlık sisteminin özellikle hizmet sunumunda tıbbi hataya sebep olacak her türlü olumsuzluklardan kendisini soyutlaması gerekmektedir. Olası tıbbi hataların insan hayatında geçici veya kalıcı büyük zararlar uğrattığı düşünüldüğünde, sistemin her alanında hasta güvenliğini sağlamak gerekmektedir. Kaliteli hizmet sunumunun ilk aşaması ise teşkilatlanmanın, profesyonel sağlık çalışanlardan oluşması ile gerçekleşecektir. Kamu-özel birlikteliğinin hizmet sunumunda istihdam, maliyet ve kaliteli hizmet anlayışının birçok olumlu özelliklerini değerlendirirken, tasarruf edilen her maliyet kaleminin, kaliteli sağlık hizmetine yansımaları sağlayarak acil sağlık hizmetinin daha da ileri seviyelere gelmesi sağlanacaktır.

### Kaynakça

- Aslan, O. E. (2005). Kamu Personel Rejimi. Ankara: TODAİE.
- Atay, F. (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları, Amme İdaresi Dergisi, 41(3): 169-184.
- Çerkezoğlu, A. (2011). Taşeron Sağlık Emekçilerinin Mücadele ve Kazanımları Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf>, Erişim Tarihi:30.03.2020.
- Çiçeklioğlu, M. (2011). Türkiye'de Sağlık Reformları, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf>, Erişim Tarihi:30.03.2020.
- <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4798&MevzuatLisKi=0&sourceXmlSearch=acil>
- <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR,4186/misyon-ve-vizyon.html>
- Işık, C., Küçükaltan, E. G., Taş, S., Akoğlu, E., Uyrun, A., Hajiyeva, T., Turan, B., Dırbo, A. and Bayraktaroğlu, E. Tourism and innovation: A literature review. Journal of Ekonomi, 1(2): 98-154.
- Işık, C. (2016). Türkiye'de toplam faktör verimliliği ve ekonomik büyüme ilişkisi. Verimlilik Dergisi, (2): 45-56.
- Işık, O. (2019). Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin korunmasında işverenin yükümlülüğü. Doktora Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Keyder, Ç. (2007). Giriş". Ç. Keyder, N. Üstündağ, & vd. (Dü) içinde, Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar (s. 15-37). İstanbul: İletişim.
- Kunt, P. (2013). Asıl İşveren Alt İşveren İlişkinin Unsurları ve Muvazaa İddiası (Karar İncelemesi), İstanbul Barosu Dergisi, 87(2): 122-145.
- Navarro, V. (2009). "What We Mean By Social Determinants Of Health". Global Health Promotion, 16(1): 5-16.
- OECD ve WB. (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye. OECD Publishing <http://documents.worldbank.org/curated/en/837161468310469157/pdf/754330WP0Box370Health0SystemsTurkey.pdf>, Erişim Tarihi: 30.03.2020.
- Özsuca, T. Ş., (2011). Taşeronlaşma ve Kayıt Dışı Ekonomi, TÜRK-İŞ, Ankara.
- Roemer, M. I. (1991). National Health Systems of The World Volume One The Countries. New York;Oxford: Oxford University Press.

T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, Acil Servis ve Hasta Nakil Araçları Ders Kitabı. (2011), Ankara, s:4-5.

Topak, O. (2012). Refah Devleti ve Kapitalizm 2000'li Yıllarda Türkiye'de Refah Devleti. İstanbul: İletişim Yayınları.



**Mustafa Arık**, 2005 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Astsubay Meslek Yüksek Okulundan mezun oldu. Lisans eğitimini 2017 yılında Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümünde tamamladı. Halen Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsünde İş Sağlığı ve Güvenliği bölümünde Yüksek Lisans öğrencisidir. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri bünyesinde çalışmaktadır.



**Dilek Öztaş**, 1987 yılından Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1998 yılında Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümü'nden Halk Sağlığı Uzmanı olarak mezun oldu. 2014 yılından bu yana Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nde görev yapmaktadır. Halk Sağlığı ve Strateji Yönetimi alanlarında iki doçentlik ünvanı bulunmaktadır. Sağlık eğitimi, Strateji ve yönetim, sağlık kurumlarının yönetimi alanlarında birçok yayın, araştırma ve kitap bölümü bulunmaktadır.