

ISSN: 2667-5897

**Sosyal
Araştırmalar ve Yönetim
Dergisi (SAYOD)**

SAYOD

Editör
Prof. Dr. Şebnem ASLAN



SAYOD

Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD)

(Journal of Social Research and Management)

Sayı: 1 • Aralık 2018

Issue: 1 • December 2018

ISSN: 2667-5897

<http://dergipark.gov.tr/sayod>
e-posta: www.sayodergisi@gmail.com

Dergi Ofis Adresi (Office Address)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN
Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya

SAYOD, ulusal hakemli ve açık erişimli bilimsel bir dergidir.

Kurucu (Founder)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN

Editör (Editor)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN

Editör Kurulu (Editorial Board)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN, Selçuk Üniversitesi, Türkiye

Prof. Dr. John CLARK, Warwick Üniversitesi, İngiltere

Prof. Dr. Tahir AKGEMCİ, Selçuk Üniversitesi, Türkiye

Prof. Dr. Nilgün Caner SARP, İstanbul Bilgi Üniversitesi, Türkiye

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU, Ankara Üniversitesi, Türkiye

Prof. Dr. Ahmet DİKEN, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Türkiye

Doç. Dr. Onur KÖKSAL, Konya Gıda ve Tarım Üniversitesi, Türkiye

Dr. Agnes N. TOTH, Eötvös Lorand Üniversitesi, Macaristan

Dr. Anna MARİNOVA, Vratsa Üniversitesi, Bulgaristan

Dr. Öğr. Gör. Demet AKARÇAY ULUTAŞ, KTO Karatay Üniversitesi, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Erhan KILINÇ, Selçuk Üniversitesi, Türkiye

Öğr. Gör. Fatih SÜN BÜL, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Türkiye

Temel İletişim [Primary Contact]

Dr. Öğr. Gör. Demet AKARÇAY ULUTAŞ

demetakarcay@gmail.com

+90332 444 12 51-7460

Dr. Öğr. Üyesi Erhan KILINÇ

erhank23@hotmail.com

+90 554 125 46 53

Öğr. Gör. Fatih SÜN BÜL

fatihsunbul@kilis.edu.tr

+90 553 305 83 70

Teknik İletişim [Technical Contact]

Araş. Gör. Seda UYAR

seda_inan@outlook.com

Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD) yılda bir kez yayınlanan ulusal hakemli bir dergidir. Gerek duyulduğunda özel veya ek sayı çıkarılabilir. Dergide yer alan yazılar kaynak gösterilmeksizin kısmen ya da tamamen iktibas edilemez.

Bu dergide yayınlanan çalışmaların bilim ve dil sorumluluğu yazarlarına aittir.

Dergimize gönderilen çalışmalar, alanında uzman iki ayrı hakem tarafından incelendikten sonra uygun görülenler yayınlanmaktadır.

Yazım kurallarına ilişkin bilgilere dergimizin web adresinde yer verilmiştir.

Bu derginin tüm hakları saklıdır. Önceden yazılı izin almaksızın hiçbir iletişim ve kopyalama sistemi kullanılarak yeniden kopyalanamaz, çoğaltılamaz ve satılamaz.

Journal of Social Research and Management is an national peer-reviewed journal which is published one times a year. Special or additional issues may also be published if necessary. The articles cannot be cited partly or entirely without showing resources.

The responsibility about scientific and grammatical issues is belong to authors.

The papers sent to the journal are reviewed by two referees and after their approval, they will be sent to edit before being published.

Writing & Publishing Policies can be found in the journal's website.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored or introduced into a retrieval system without prior written permission.

DERGİ ADI: SOSYAL ARAŐTIRMALAR VE YÖNETİM DERĐİŐİ (SAYOD)

AMAÇ VE KAPSAM

Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD) sosyal bilimler ile yönetim bilimleri alanında gerçekteşirilen özgün nitelikteki çalışmalara yer vererek literatüre katkı sağlamanın yanında sosyal bilimler ile yönetim bilimleri alanındaki sorunların çözümlü noktasında da araştırmacılara yol göstermektedir. Derginin amacı, sosyal bilimler ve yönetim bilimleri alanında yapılan ulusal düzeyde bilimsel nitelikteki çalışmaları evrensel ilke, değer ve yöntemlere uygun olarak yayımlayarak sosyal bilimler ve yönetim bilimleri alanına katkıda bulunmaktır. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD), sosyal bilimler (eğitim bilimleri, ilahiyat, iletişim, coğrafya, tarih, dilbilim, psikoloji, antropoloji, felsefe, filoloji, müzikoloji, güzel sanatlar, sosyoloji, arkeoloji, ekonomi, uluslararası ilişkiler, sosyal hizmet, siyaset bilimi, uluslararası çalışmalar, iş yönetimi, ekonometri, uygulamalı istatistik, hukuk, kamu yönetimi) ile yönetim bilimleri alanında yapılan özgün nitelikte çalışmaları yayınlanmaktadır.

JOURNAL NAME: JOURNAL OF SOCIAL RESEARCH AND MANAGEMENT

AIMS AND SCOPE:

The Journal of Social Research and Management provides support for researchers in the field of social sciences and management sciences, as well as contributes to the literature by including original studies in the social and management sciences. The aim of the journal is to contribute to the field of social sciences and management sciences by publishing scientific studies at the national level in the field of social sciences and management sciences in accordance with universal principles, values and methods. Journal of Social Research and Management publish original studies in varies fields such as social sciences (education sciences, theology, communication, geography, history, linguistics, psychology, anthropology, philosophy, philology, musicology, fine arts, sociology, archeology, economics, international relations, social work, political science, international studies, business management, econometrics, applied statistics, law, public administration) and management sciences.

GENEL İLKELER

1. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD) uluslararası hakemli bir dergi olup yılda 1 kez yayınlanır. Gerekli durumlarda özel ya da ek sayılar da yayınlanabilir.
2. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD), ulusal ve uluslararası düzeyde bilimsel nitelikteki çalışmaları yayınlanarak sosyal bilimler ve yönetim bilimleri alanına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'nde (SAYOD) sosyal bilimler (eğitim bilimleri, ilahiyat, iletişim, coğrafya, tarih, dilbilim, psikoloji, antropoloji, felsefe, filoloji, müzikoloji, güzel sanatlar, sosyoloji, arkeoloji, ekonomi, uluslararası ilişkiler, sosyal hizmet, siyaset bilimi, uluslararası çalışmalar, iş yönetimi, ekonometri, uygulamalı istatistik, hukuk, kamu yönetimi) ile yönetim bilimleri alanında yapılan özgün nitelikte ve daha önce hiçbir yerde yayınlanmamış olan çalışmalar yayınlanmaktadır. Ayrıca sunulduğu yer, toplantı ve tarihin kaydedilmesi ile başka bir yerde yayınlanmamış olması şartıyla sempozyum bildirileri de yayınlanabilir. Ancak bu yayın etkinliğinden kaynaklanması muhtemel herhangi bir sorunun sorumluluğu yazara aittir.
3. Yayınlanması için Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne (SAYOD) gönderilen yazıların daha önce herhangi bir mecrada yayınlanmamış olması ve sisteme eklendiğinde bir başka yayın organının yayın değerlendirme sürecinde bulunmaması gerekir.
4. Yayınlanması için Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne (SAYOD) yayınlanması için yazı göndermek isteyenlerin, yazılarını sayodergisi@gmail.com adresine göndermeleri gerekmektedir.
5. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'nde (SAYOD) yayınlanması için gönderilen çalışmaların sayodergisi@gmail.com adresine gönderilmesi yazının yayınlanması için başvuru olarak kabul edilmekte ve yazının değerlendirilme süreci başlamaktadır.
6. Başvurunun yapılmasından yazının yayınlanması aşamasına kadar uzanan süreçteki bütün işlemler mail ortamında gerçekleşmektedir.
7. Yayınlanması için Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne (SAYOD) gönderilen yazıların basım ve yayın hakları dergiye devredilmiş olur. Bu yazılar dergi yönetiminden izin alınmaksızın bir başka yayın organında yayınlanamaz, çoğaltılamaz ve kaynak gösterilmeden kullanılamaz. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD), yayınlamış olduğu metinleri çeşitli mecralarda yayımlayabilir.
8. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne (SAYOD) gönderilmiş yazılardan kaynaklanması muhtemel herhangi bir yasal, hukuksal, ekonomik ve etik sorumluluk, söz konusu yazı yayınlanmış olsa bile yazar/yazarlarına aittir. Dergi herhangi bir yükümlülük kabul etmez.
9. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim (SAYOD) Dergisi'ne yayın dili Türkçe olmakla birlikte İngilizce, Almanca dillerinde yazılmış yazılar da değerlendirmeye tabi tutulur ve hakemler tarafından yayımlanması uygun görüldüğu takdirde yayınlanır.

DEĞERLENDİRME SÜRECİ

1. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne (SAYOD) gönderilen yazılara isim veya yazarın kimliğini deşifre edici herhangi bir bilgi yazılmamalıdır. Hakem sürecinden geçerek yayınlanması uygun görülen yazıların yazarlarına ait bilgiler yayın aşamasında editörler tarafından eklenir.
2. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne (SAYOD) gönderilen her yazı, ilk olarak editör veya editör yardımcısı tarafından yazım ve yayın ilkelerine uygunluğu bağlamından değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucunda, yazar tarafından yapılması gereken düzeltmeler olursa, yazı, editörler tarafından düzeltme istenerek yazara iade edilir.
3. Yazım ilkelerine uygun olmayan yazılar hakeme gönderilmez.
4. Yazım ve yayın ilkeleri açısından değerlendirilmeye uygun bulunan yazılar hakemlere yönlendirilir. Editör onayından geçen her yazının değerlendirilmesi için en az iki hakem görevlendirilir. Hakemler yazının temsil ettiği alan ve anabilim dalında uzmanlıkları bulunan kimseler arasından seçilir.
5. Hakem ve yazarların isimleri karşılıklı olarak birbirlerinden gizli tutulur.
6. Hakemlerin kendilerine gönderilen yazıyı değerlendirme süreleri azami 20 gündür. Bu süreç sonunda rapor edilmeyen yazı için yeni bir hakem tayin edilir.
7. Alan değerlendirmesinden iki olumlu hakem raporu alan yazı yayınlanmaya hak kazanır. Bir olumlu bir olumsuz hakem raporu alan yazı, üçüncü bir hakeme gönderilir ve yazının yayınlanıp yayınlanmaması üçüncü hakemin raporu doğrultusunda belirlenir.
8. Hakemler, düzeltme istedikleri yazıyı yayınlanmadan önce bir kez daha görmek isteyebilirler. Bu talebin raporda belirtilmesi durumunda metnin düzeltilmiş biçimi sistem tarafından otomatik olarak hakeme gönderilir.
9. Yazarlar, makul çerçevede ve ikna edici verilerle birlikte hakem raporuna itiraz edebilirler. İtirazlar dergi yönetimi tarafından incelenir ve uygun görüldüğu takdirde konu ile ilgili olarak farklı bir hakemin (ya da hakemlerin) görüşlerine başvurulabilir.
10. Dergi editörleri, hakemler tarafından verilen düzeltmeleri titizlikle takip eder. Bu doğrultuda, editörler tarafından bir yazının yayınlanması ya da yayınlanmaması yönünde karar alınabilir.
11. Dergide yayınlar ücretsizdir.

YAZIM İLKELERİ

1. Yayınlanması amacıyla Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne (SAYOD) gönderilmiş olan özgün makalelerin yüklenecek word (.doc, .docx) uzantılı metni üzerinde yazarlara dair isim ve ya başka bir bilgi bulunmamalı, yazarlar bu bilgileri sistem üzerinde belirtmelidir. Makalenin başında en az 150, en fazla 200 kelimedenden oluşan Türkçe (Özet), İngilizce (Abstract) ve 3-5 kelimelik Türkçe (Anahtar Kelimeler), İngilizce (Keywords) ile Türkçe ve İngilizce başlık yer almalıdır. Tam metinler 8000 kelimeyi aşmamalıdır.
2. Makalelerde yapılan atıflar için APA sistemi kullanılmalıdır.
3. Metnin sonunda KAYNAKÇA başlığı altında çalışmada kullanılan kaynakların bir listesi verilir. Çalışmada kullanılan referansların listelendiği bu kaynakça, yazar soyadı sıralamasına göre ve alfabetik olarak hazırlanır.
4. Yazılara üst-bilgi, alt-bilgi ve sayfa numarası verilmez.

5. İmla ve noktalama işaretleri için, metnin içeriği ile ilişki olan farklılıklar dışında TDK'nin yazım ve imla kılavuzu esas alınır.
6. Sisteme eklenecek yazıların sayfa düzeninin yazar tarafından ve şu değerlere uygun bir biçimde yapılmış olması gerekir:
Kâğıt Boyutu: A4 Dikey (Makalede yatay sayfalara yer verilmemeli)
Üst Kenar Boşluk: 3 cm
Alt Kenar Boşluk: 3 cm
Sol Kenar Boşluk: 3 cm
Sağ Kenar Boşluk: 3 cm
Yazı Tipi: Times New Roman
Yazı Boyutu: Başlıkta 12, metinde 11, özetlerde 10
Paragraf Aralığı: Önce 6 nk – sonra 0 nk
Paragraf Girintisi: Metinde paragraf girintisi kullanılmayacaktır.
Satır Aralığı: Metinde 1.15
7. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD) Yayın İlkeleri'ne herhangi bir açıdan uygunluk arz etmeyen yazılar değerlendirilmeye alınmaz.

PUBLISHING POLICIES

1. Journal of Social Research and Management is published annually and has a peer review process. Special or additional issues may also be published if necessary.
2. Journal of Social Research and Management aims to contribute social and management sciences by publishing national and international scientific studies. Journal of Social Research and Management publishes original original studies in various fields such as social sciences (education sciences, theology, communication, geography, history, linguistics, psychology, anthropology, philosophy, philology, musicology, fine arts, sociology, archeology, economics, international relations, social work, law, public administration) and management sciences. Moreover, studies that presented in a scientific meeting may be published in the journal providing the records about venue, name and the date of the meeting and that it has not been published in any journal or media. In such a case, all responsibilities belong to the authors.
3. Submitted articles/manuscripts to the journal of social research and management should not be previously in any journal or media and sent to any journal review process.
4. All rights of the articles have been assigned to the journal within the publishing process. Accepted manuscripts for the publication are not reproduced, used or published in any other media without permission of the journal management. Journal of social research and management may publish the articles various data bases or the other media.
5. All legal, economic and ethical responsibility of the articles that sent to Journal of social research and management for publishing belong to the author(s).
6. Journal of social research and management publishes articles in English, Turkish and German.

EVALUATION PROCESS

1. Any information about authors should not be written in paper/manuscripts that submitted to the journal of social research and management. Author information would be added to the papers in publication process.
2. All manuscripts are reviewed initially by the Editors as to aims, scope, principles and standards of the journal. The manuscripts may be sent to the authors for revision. After this editorial evaluation, appropriate manuscripts will be sent for outside review.
3. The manuscripts that are not appropriate for guidelines of the journal, are not directed to the reviewers.
4. All manuscripts are evaluated by at least two reviewers. Reviewers are determined as to science field.
5. The journal of social research and management performs a double-blind review process.
6. The manuscripts that fit within the aims and scope of the journal are reviewed by the reviewers within 15 days. If the manuscript is not reported at the end of this process, a new reviewer may be appointed for the article.
7. The manuscript that has two positive review reports from the field evaluation is eligible for publication. The manuscript that has only a positive review report is sent to a third reviewer and the publication of the manuscript is determined by the report of the third reviewer.
8. The reviewers may want to review the manuscripts after modifications. In such a case, revised manuscript will be directed to the reviewers automatically.
9. The authors can oppose the reviewer reports within scientific views and reasons. In such a case, editorial board examines the manuscripts and reports and may apply another reviewer, if necessary.
10. Editorial board follows the modifications that suggested by the reviewers rigorously.
11. There are no fees payable to submit or publish in this journal.

SUBMISSION GUIDELINES

1. Articles must be written in the Microsoft Word Programme and the page structure must be created as follows:

Paper Size	A4 Vertical
Top Margin	3 cm
Bottom Margin	3 cm
Left Margin	3 cm
Right Margin	3 cm
Font	Times News Roman
Font Style	Normal
Type Size	(Head line) 12
Type Size	(Regular Text) 11

Type Size	(Footnote Text) 9
Type Size	(Abstract) 10
Paragraph Spacing	6 nk
Line Spacing	1

2. The abstract should be no more than 250 words and should have the following subsections.
 - **Summary** (which should contain details of the context for the article and methods/approached)
 - **Findings** (which should contain the key findings)
 - **Applications** (which should contain details of impact and application to Professional practice)
3. Full articles should be a maximum of 8000 words.
4. Manuscripts should have 3-5 keywords under the abstract.
5. The manuscripts should follow APA reference style.
6. The manuscripts that are not appropriate for submission guidelines cannot be include in peer review process.

MAKALELER/ ARTICLES

2018 Yılı, Sayı: 1 Makaleleri (2018 Year, Issue: 1 Articles)

Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı Yoluyla Personel İstihdam Edilmesinde Karşılaşılan İnsan Kaynakları Yönetimi ile İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri

(1-8)

Türkiye'nin Sağlıkta İnsan Kaynakları Profiline Uluslararası Verilerle Değerlendirilmesi

(9-29)

Maliyet Paylaşım Yöntemlerinin Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Üzerine Etkisi

(30-44)

Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye

(45-56)

Teknolojinin Örgütsel Değişimdeki Rolü Takı Tasarımı İncelemesi

(57-67)

Aslan, Ő. ve Çelik, Ö. (2018). Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı Yoluyla Personel İstihdam Edilmesinde Karşılaşılan İnsan Kaynakları Yönetimi İle İlgili Sorunlar Ve Çözüm Önerileri. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 1-8.

Derleme/Review

Makale Geliş Tarihi:28.01.2019
Makale Kabul Tarihi: 07.02.2019

KAMU HASTANELERİNDE DİŞ KAYNAK KULLANIMI YOLUYLA PERSONEL İSTİHDAM EDİLMESİNDE KARŞILAŞILAN İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ İLE İLGİLİ SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ¹



<https://doi.org/10.35375/sayod.518901>,

Prof. Dr. Şebnem ASLAN², Ömer ÇELİK³

ÖZET

Sağlık kurumları olan kamu hastaneleri emek yoğun işletmeler olarak istihdamda dış kaynak kullanımına gitmektedirler. Kamu hastaneleri, sürdürülebilirlik, rekabet gücü, maliyet avantajı, hasta memnuniyeti, temel yeteneğe odaklanma vb. nedenlerle dış kaynak kullanımına gitmektedir.

Dış kaynak kullanımında insan kaynakları yönetiminin (İKY) uygulanması, kamu hastanelerinin etkin ve verimli işleyebilmesi için önemlidir. Bu kapsamda çalışmamızda, hizmet alımı yoluyla istihdam edilen personelin sahada karşılaşmış olduğu sorunların, insan kaynakları yönetimi açısından irdelenmesi ve çözüm önerileri noktasında ışık tutulması hedeflenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dış Kaynak Kullanımı, İnsan Kaynakları Yönetimi, Kamu Hastaneleri, İstihdam.

ABSTRACT

As a health organization and labor intensive business, the public hospitals, have been choosing the outsourcing way in the employment for many years. Public hospitals have been using the outsourcing because of sustainability, competitive power, cost advantage, patient satisfaction, and focus on basic skills.

Applying human resources management in the outsourcing is important because of effective and productive operation of public hospitals. Within this framework, in our study, we researched the main problems of personnel who employed through outsourcing way, and the problems of these personnel which experienced in the work area. And we researched these problems in terms of human resources management, tried to shed light about the solution recommendation of these problems.

Keywords: Outsourcing, Human Resources Management, Hospital, Public Hospital, Employment.

GİRİŞ

Dış kaynak kullanımı; “kurum dışı bir hizmet sağlayıcı tarafından, söz konusu hizmetin yerine getirilmesi” olarak tanımlanmıştır (Belcourt, 2006, s. 269). Daha geniş bir tanımla, dış kaynak kullanımı, işletmelerin sadece kendilerine rekabet avantajı sağlayan faaliyetlere odaklanmalarını

¹ 14-15 Aralık 2017 tarihinde Yeni Yüzyıl Üniversitesince düzenlenen 1. Ulusal Sağlık Yöneticileri Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuş özet olarak basılmıştır.

² Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi bölümü, sebnemas@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2135-242X>

³ Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Doktora Programı Öğrencisi, ztomercelik67@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3697-6884>

sağlayan ve kendi faaliyet alanında yer almayan konularda, o alanda uzmanlaşmış olan işletmelerden destek alarak kalite standartlarını artırmalarını olanaklı hale getiren bir süreci içermektedir (Özbay, 2004, s. 27). Başka bir tanıma göre ise bu kavram, bir işletmenin temel olmayan faaliyetlerini o konuda yetkinleşmiş, daha etkin hizmet sunucu başka işletmelerden sağlamasını öngören bir yönetim stratejisi olarak değerlendirilmektedir (Güngör, 2007, s. 2).

Tüm organizasyonlarda olduğu gibi kamu hastanelerinde de varlığını sürdürmek, rekabet gücünü artırmak, temel yetenekleri olan tıbbi hizmetlerin sunumuna odaklanmak, hasta memnuniyetini arttırmak ve gittikçe artan maliyetleri azaltma gibi birçok nedenden dolayı dış kaynak kullanımına gidilmektedir. Kamuda dış kaynak kullanımının ilk uygulama alanları, Türkiye’de ilk olarak 1980 yıllarında neoliberal politikaların etkisiyle belediyeler olmuştur (Şakar, 2010, s.30).

1990 yıllarından sonra da hizmet alımı yoluyla personel istihdam edilmesi uygulamalarının hızla yaygınlaştığı, kadrolu işçi istihdamının ise düşük oranlarda gerçekleştiği bilinmektedir (Kaya, 2015, s.258).

Ülkemizde neoliberal politikaların uygulanması sonucunda ortaya çıkan Sağlıkta Dönüşüm programı ile Sağlık Bakanlığı, planlayıcı ve denetleyici rolünü teşkilatlanmasında sözleşmeli personel istihdamı ile ön plana çıkarmış ve bu politika ise dış kaynak kullanımında artışı yükseltmiştir (Sayan, 2012, s. 173).

Kamu hastanelerinin temel yetenekleri dışında kalan hizmetlerde dış kaynak kullanımına yönelmeleri maliyetleri azaltma, rekabet gücü sağlama, sağlık hizmetlerinde kalite, verimlilik ve etkinliğin artırılması gibi amaçlar neticesinde son yıllarda gittikçe yaygınlaşmıştır (Akyürek, 2013, s. 4; Kavuncubaşı,2000, s. 34).

Dış kaynak kullanımının avantajları: temel yeteneklerine odaklanma, işletme maliyetlerinin düşürülmesi, hizmet kalitesi ve standartları ile müşteri memnuniyetinin artırılması, süreç yenileme kapsamında üstünlük, kaynak sürekliliği, işletmelerin geniş ve esnek kaynak havuzuna sahip olmaları sağlaması gibi sıralanabilir (Eriş, 2015, s. 78-79).

Dış kaynak kullanımının dezavantajları ise tedarikçi firmaya bağımlı hale gelme, temel yeteneğin doğru belirlenememesi, temel yeteneklerin zamanla kaybolma riski, niteliksiz tedarikçi seçimi, bilgi güvenliği, çalışanlar üzerinde olumsuz etkileri, gizli maliyetlerin ortaya çıkması, iletişim problemleri, tedarikçi üzerinde kontrolün kaybedilmesidir (Köksal, 2016, s. 18-25).

Kamu sektöründe dış kaynak kullanımında yaşanan genel sorunlar ise ihale prosedürlerinin oldukça uzun ve yorucu olması, firmalara yapılan ödemelerde gecikmeler olması, kamu çalışanları ile özel sektör çalışanları arasında iletişim problemleri yaşanması ve alım sözleşmelerinin yeterince esnek olmamasıdır (Gözüküçük, 2012, s. 15).

Emek yoğun olan sağlık kurumlarında dış kaynak kullanımı, özellikle insan kaynakları yönetiminin önemi düşünüldüğünde mevcut sorunların irdelenip güncel mevzuat çerçevesinde çözüme ulaştırılması gerekmektedir. Bu çalışmada hizmet alımı yoluyla istihdam edilen personelin sahada karşılaşmış olduğu sorunlar irdelenmiş ve çözüm önerileri noktasında ışık tutulması hedeflenmiştir.

1.Dış Kaynak Kullanımında Yaşanan Sorunlar

1.1.Alt İşveren Üst İşveren İlişkisi ve İş Sözleşmesi ile İlgili Sorunlar

Kamu hastanelerindeki hizmet alımı yoluyla istihdam edilen personel ile ilgili olarak, asıl işveren ve alt işveren ilişkisi ilgili 2008 yılında yürürlüğe giren Alt İşveren Yönetmeliğinde tanımlanmıştır.

Temizlik, yemekhane, güvenlik gibi yardımcı iş sınıflarının yüksek eğitim düzeyi gerektirmemesi nedeniyle alt işverenin istihdam ettiği personel tarafından bu hukuki ilişkinin anlaşılmasında problem yaşandığı ve hak kaybına uğrandığı bilinmektedir (Hekimler, 2012, s. 4). Nitekim yapılan bir araştırmada, katılımcıların içerisinde en büyük grubun ilkökul mezunlarından oluştuğu ve hizmet alımı personellerinin daha düşük eğitim seviyesindeki işçilerden oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır (Oran, 2016, s. 83).

Yine hizmet alımı personelinin istihdam edilirken belirli bir seçme yerleştirme sisteminin olmamasının da önemli sorun olduğu söylenebilir. Zira yapılan bir çalışmada taşeron işçilerin %33.9'u yaptıkları işi akrabaları aracılığıyla, %23.6 siyasi bağlantılarla (referans), %23'ü kendi bağlantısıyla ve %8.1'i arkadaşları aracılığıyla bulduklarını belirtmişlerdir (Kaya, 2015, s. 263).

Örgütsel temelde, asıl iş ve yardımcı iş kavramlarının yeterince anlaşılması bireysel ve örgütsel iş ilişkileri açısından hayattır. Ayrıca 4857 sayılı İş Kanunu gereği iş sözleşmesinden doğan yükümlülüklerden alt işveren ile birlikte üst işverenin de sorumlu tutulduğu gerçeğinin tüm kamu kurumları tarafından net bir şekilde anlaşılması gerekmektedir (Koçak, 2011, s.5).

Asıl ve Alt İşveren İlişkisinin kurumlar tarafından uygulamada farklı anlaşılması önemli bir sorundur. Burada dikkat çekilmesi gereken nokta, hizmet alımı yönteminin kamuyu ne kadar maliyet avantajı sağladığının net olarak bilinmemesidir (Gerek, 2007, s.90) Dolayısıyla hizmet alım sürecinde bu personelin özlük işlerinin takibi, özlük dosyalarının oluşturulması gibi gizli maliyetlerin de kamu tarafından maliyet olarak düşünülmesi, insan kaynakları yönetiminde dış kaynak kullanımının önemini ortaya çıkarmaktadır.

Uygulamada alt işverenin asıl işyerinde bir irtibat bürosu bulunmakta buradaki az sayıda görevli, belli kayıtları yapmakta, bordroları hazırlamakta ve bunların dışında işin gördürülmesinde, özlük haklarının takibinde, çalışanların sevk ve idaresinde önemli bir rolleri bulunmamaktadır (Görmüş,2013, s.156).

Burada mevzuatın iş sözleşmesinden alt işveren ile üst işvereni müteselsilen sorumlu tutması işçiyi korumak adına olup, kıdem tazminatı gibi işçi alacakları, kanuna dayalı özlük hakları, iş sağlığı güvenliği gibi uygulamalarda, üst işvereni yani kamuyu da sorumlu tutarak haksız uygulamaların önüne geçilmeye çalışılmıştır (Korkusuz, 2014, s. 222-223).

Örnek olarak 6552 sayılı Kanunu Hükmünde Kararnamenin getirdiği yeniliklerden biri işçilerin kıdem tazminatlarını son çalıştığı kamu kuruluşu tarafından ödenmektedir (Arslan Ertürk, 2015, s.186).

Hastane meslek grupları içerisinde hemşirelik hizmetlerinde hastanelerde hasta bakıcı veya hemşire yardımcısı kadrosu olmadığından bu boşluğun temizlik personeli ile doldurulmaya çalışılması sahanın genel kabul gören bir sorunu olarak düşünülebilir. Oysa kamu kurumlarından beklenen verimin alınabilmesi için insan kaynaklarından en etkin şekilde

yararlanabilmek için kamu kurum ve kuruluşlarında, kadro ve görev tanımlarının çok açık olarak yapılması ve buna göre personelin istihdam edilmesi gereklidir (Ekinci, 2008, s.184).

4734 sayılı Kamu İhale Kanunu hükümleri sebebiyle esnek sözleşme hazırlamak imkânsız olduğundan ihale dokümanları hazırlanırken sahanın bu sorunları da dikkate alınmalı veya doğrudan bu alanda hizmet alımı (Örnek: Klinik destek hizmet alımı) daha yüksek sayıda personel istihdamıyla yaygınlaştırılmalıdır.

Bu noktada çözüm önerisi, alt işveren üst işveren kavramının tamamen kaldırılarak doğrudan kamu kuruluşları ile sözleşme yapılması ve her kamu kuruluşunun anayasal hak ve etik değerlere bağlı kalarak kendi görev tanımı ve koşullarını belirleyip bu şartlar altında iş sözleşmesi hazırlama hakkına sahip olması önerilebilir. Bu konularda yetişmiş uzman işgücü ile ayrıca yasal denetim ile standartlar belirlenip uygulamaya konulması da benzer şekilde önerilebilir. Bu konuda yapılacak mevzuat düzenlemeleriyle bu problemin aşılabileceği düşünülmektedir.

1.2. Ücret Yönetimi ile İlgili Sorunlar

Örgütsel adalet kavramı içerisinde yer alan dağıtım adaleti açısından örgütün kaynaklarının eşit ve adil dağıtımının çalışanların iş tatminine etkisi açıktır. Bununla birlikte ücret ve maddi unsurların belirlenmesini kapsayan süreç adaletinin çalışanların iş tatmini üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Yürür, 2008, s. 299).

Yapılan bir çalışmada, hastane çalışanlarında aylık 2500TL'nin altında geliri olanlar ile 2500TL üzeri geliri olanlar arasında iş tatmini ile dağıtım adaleti boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Keklik, 2013, s. 154).

Yapılan başka bir araştırmada çalışmaya katılanların motivasyon ve yaşamsal tatmin seviyeleri ile ilgili olarak bir bağlantı olup olmadığı incelenmiş, analiz neticesinde çalışanların motivasyon ve yaşam doyumu düzeyleri arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Oran, 2016, s. 81).

Yapılan diğer bir araştırmanın neticesinde hizmet alımı personellerinin büyük çoğunluğu düşük ücret karşılığında çalıştığı, çok büyük bir çoğunluğunun ek geliri bulunmadığı, hizmet alımı personelleri sosyal yardımlar vasıtasıyla desteklenmediği anlaşılmıştır (Güler, 2015, s. 174-175).

Sağlık Bakanlığında görev yapan temizlik işçileriyle diğer kamu kurumlarındaki hizmet alımı personellerinin aldıkları ücretlerin karşılaştırılması ve gerekli dengenin sağlanması önemlidir. Nitekim ücret ve maaş yönetiminde, doğrudan ödemelerde ücret adaletinin sağlanması için dış ve iç eşitlik sağlanmalıdır. İç eşitlik açısından işgörenlerin organizasyon içindeki diğer unvanlara nazaran adil; dış eşitlik açısından ise işgörenlerin işgücü piyasasındaki diğer işletmelerin personeline göre adil ücretler alması gerekmektedir (Mirze, 2010, s. 201).

Bu noktada çözüm önerisi, ülke genelinde tüm kamu kurum ve kuruluşlarını kapsayacak seviyede, hizmet alımı personellerinin iş değerlemesinin yeniden yapılması ve örgütsel adalet kavramına uygun hale getirilmesi böylece örgütsel bağlılığın artırılması hedeflenmelidir.

1.3. Özlük Hakları -İş Doyumu- Örgütsel Bağlılık ile İlgili Sorunlar

Kamu hastanelerinde görev yapan hizmet alımı şeklinde istihdam edilen personellerin de en güncel sorunlardan biri, atama ve nakil problemidir. Sağlık Bakanlığı atama ve nakil yönetmeliğinde bahsi geçtiği üzere yasal mevzuatla memurlara verilen aile birliği mazeretine

bağlı yer değişikliği, sağlık mazeretine bağlı yer değişikliği, can güvenliği ve olağanüstü durumlarda yer değişikliği gibi insani bir hak olan yer değişikliği hakkı bulunmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015, s. 183).

Hastanelerin tek çatı altında toplandığı Sağlık Bakanlığında hastane toplam personel sayısının yaklaşık %30-35'ini oluşturan hizmet alımı personeline aile birliği mazeretine bağlı yer değişikliği, sağlık mazeretine bağlı yer değişikliği, can güvenliği ve olağanüstü durumlarda yer değişikliği gibi yer değişikliği hakkının verilmemesi irdelenmesi gereken bir konudur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015, s. 183).

Bununla birlikte 2 veya 3 yılda bir hizmet ihalelerinin yenilenmesi nedeniyle organizasyonlar, niteliksiz firmanın seğilmesi (kamu ihale kanununa göre en uygun fiyat teklifi veren firmanın kazanması), firmanın hizmet kalitesinin düşük olması nedeniyle zamanla firma üzerindeki kontrolün kaybedilmesi gibi risklerle karşı karşıya kalmaktadır (Yılmaz, 2013, s. 141).

Belirli aralıklarla personelin sözleşme yenilemesi ve firma değişimi iş güvencesi hususunda kaygı oluşturmakta, dolayısıyla kamu hastanelerindeki hizmet alımı personelinin örgütsel bağlılığı açısından başlı başına incelenmesi gereken konulardan biridir (Arslan, 2017, s. 336).

Hizmet alımı personellerinin de dâhil olduğu bir çalışmada örgütsel bağlılığa etki eden faktörler araştırılmış olup, örgüt iklimi, yönetim ve çalışan arası ilişkiler, iş ergonomisi ve mesleki konularda kararlara katılma, organizasyon tarafından motive edilme gibi faktörler personelin kurumda kalması ile ilişkili bulunmuştur (Vural, 2012, s. 137).

Yapılan bir araştırmada, hizmet alımı personellerinin iş doyumlarının orta düzey veya daha düşük, yaşam doyumlarının ise orta düzeyin altında olduğu ve yaşam doyumunu üzerinde en ve tek etkili iş doyumunu boyutunun yönetim tutumu olduğu tespit edilmiştir. Bu da demokratik bir yönetim tarzı uygulanarak hissedilen değersizlik duygusu aşılabilir (Gök, 2016, s. 43).

Bu noktada çözüm önerisi olarak hizmet alımı kapsamındaki personeline doğrudan kadro verilmesi veya doğrudan kamu kuruluşu ile sözleşme imzalamak suretiyle iş kaybetme kaygısını ortadan kaldırılması, ikinci olarak ilgili mevzuat düzenlemesi ile devlet memurunun sahip olduğu atama ve nakil hakkı verilmesi yani aile bütünlüklerinin korunması hakkına sahip olmaları sağlanabilir.

1.4. İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Sorunlar

Kamu hastanelerinde görev yapan hizmet alımı personelleri ile ilgili olarak diğer önemli bir sorun, insan kaynakları yönetimi kapsamında değerlendirilen iş sağlığı ve güvenliği hususudur.

Bir kamu hastanesinde iş sağlığı ve güvenliği durum tespiti hakkında yapılan çalışmada katılımcıların %62.5'i iş öncesi sağlık risk eğitimi almadığını, %85.2'si aşı yapılmadığını, %57.0'si koruyucu donanımın yetersiz olduğunu, %71.1'i taşeron çalışmanın sağlığı olumsuz etkilediğini, %94.6'sı kadrolu çalışmanın güvenceli olduğunu belirtmişlerdir (İzgi, 2012, s. 160).

Kamu hastaneleri iş sağlığı güvenliği ile ilgili olarak risk analizi bakımından birçok alanda risk puanları yüksek yani çok tehlikeli işler sınıfına giren işleri bünyesinde barındıran organizasyonlardır (ÇSGB, Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği, 2009, s. 4).

Kamu hastanesinde yapılan bir çalışmada, risk puanı yüksek risk olarak belirlenen ve önlem alınması gereken öncelikli tehlikeler, uzun çalışma saatleri; hastanın vücut sıvılarına ve

atıklarına doğrudan ve dolaylı temas; kesici delici aletle temas, fiziksel ve sözlü şiddet ve yangındır (Akarsu, 2015, s. 110).

Bu noktada çözüm önerisi sadece hizmet alımı personellerinin değil tüm sağlık personeli için iş sağlığı güvenliği konusu üzerine gidilmeli, hizmet alımı personellerinin bu noktada koruyucu donanım, koruyucu sağlık hizmeti, eğitim gibi eksiklikleri tamamlanarak hizmet verecekleri bir ortam yaratılmalıdır.

1.5. Sendikal Örgütlenme İle İlgili Sorunlar

Hizmet alımı personellerinin yaşadığı diğer bir sorun sendikal örgütlenme sorunudur. Yapılan bir araştırmada hizmet alımı personelleri işten çıkarılma noktasında korktuklarını, yönetimin sendikaya üye oldukları için iş yükü artırımı, yer değiştirilmesi, tehdit ve baskı ile üyelikten istifa etmeye zorlandıkları, angarya iş yüklenmesi gibi yıldırma politikalarıyla karşı karşıya olduklarını ifade etmişlerdir (Taşkıran, 2011, s. 14).

Hizmet alımı personellerinin yönetiminde karşılaşılan diğer bir konu ise psikolojik yıldırma (mobbing)'dir. Yapılan bir çalışmada hizmet alımı personelleri de diğer sağlık personeli gibi sosyal ilişkilerine saldırı, itibara saldırı, kişinin yaşam kalitesi ve mesleki durumuna saldırı, kişinin doğrudan sağlığına saldırı gibi psikolojik yıldırma davranışına maruz kalmaktadır (Çakıroğlu, 2014, s. 180). Bu nedenle psikolojik yıldırma ile mücadele etme ve psikolojik yıldırmaı engelleme, kamu kurumlarında hem yöneticiler açısından hem işgörenler açısından incelenmesi gereken önemli bir konudur.

Bu noktada çözüm önerisi, psikolojik yıldırma ile mücadelede hem çalışanların hem yöneticilere eğitim programları düzenlenmesi, bu konuyla ilgili kapsamlı saha araştırılmasının yürütülmesi ve farkındalığın arttırılması etkili olacaktır.

SONUÇ

Çalışmada insan kaynakları yönetimi ile ilgili sorunlar detaylı incelenmiş olup, hizmet alımı personellerinin alt işveren üst işveren ve iş sözleşmeleri ile ilgili, ücret yönetimi ile ilgili, sendikal örgütlenme ile ilgili, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili, özlük hakları, iş doyumu, örgütsel bağlılık ile ilgili sorunlar konular halinde incelenmiş ve çözüm önerileri vurgulanmıştır.

İş Kanunu, Kamu İhale Kanunu ve Sağlık Bakanlığı ilgili mevzuatından kaynaklı sorunların ortadan kaldırılması için mevcut sistemin tekrar gözden geçirilip, hükümetin de gündeminde olan taşeron işçilere kadrolu kamu işçisi çalışması hız kazandırılmalıdır (Çolak, 2017, s. 1014).

Sağlık Bakanlığı sözleşmeli personel istihdam etme politikasından kısa vadede sapamayacağından en azından hizmet alımı yoluyla istihdam edilen personel için, yeni çıkarılacak kanun ve yönetmelikler ile alt işveren şirketlerin yerine doğrudan kurumun kendisi ile sözleşme yapıldığı takdirde, sahada ortaya çıkan sorunlara destek yönetmeliklerle hızlı müdahale etme şansını yakalayabileceği düşünülmektedir. Bu sorunların çözümü de beraberinde daha yüksek hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyeti olarak organizasyona yansımaları beklenebilecektir.

KAYNAKÇA

- Akarsu, Handan, (2015), “Sağlık İşkolunda Tehlike ve Riskler: Bir Hastanede Risk Analizi Uygulaması”, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Araştırma Merkezi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
- Akyürek, Ç.E., (2013), “Türk Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Yasal Altyapısı “ Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 12(2).
- Arslan, Deniz Turgay, (2017), “Hastane İdari Personelinin Örgütsel Güven ve Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi”, İşletme Araştırmaları Dergisi, 9/2, s: 315-352.
- Arslan Ertürk, Arzu, (2015), “6552 sayılı Kanununun İş Kanunu ve Sendikalar ve Toplu İş Sözleşmesi Kanununa Getirdiği Yenilikler” Çalışma ve Toplum Dergisi, sayı: 2015/2, s: 173-196.
- Atilla Gök, Gaye, (2016), “ Dış Kaynaktan Yararlanma Yoluyla Çalıştırılan Personelin İş ve Yaşam Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişki” , Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 23, s: 43-55.
- Belcourt M., (2006), ‘Outsourcing-ThebenefitsandTheRisks’, Human Resource Management Review, Sayı 16, s: 269–279.
- ÇSGB, (2012), “İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği”, Resmi Gazete Sayısı: 28509.
- Çakıroğlu, Esin, (2014), “Mobbing (Yıldırma) Davranışlarının Tıbbi Sekreterlerin Tükenmişliği Üzerine Etkisi”, Electronic Journal of Vocational Colleges, Bürokon Özel Sayısı s: 167-188.
- Çolak, A., (2017), “Türkiye’de kamu kesiminin taşeronlaşma eğilimi”, International Journal of Social Sciences and Education Research, Sayı: 3(3), s: 1004-1017.
- Ekinci, Filiz. (2008), “Kamu Personel Yönetiminden İnsan Kaynakları Uygulamasına Geçişin Çalışanların Verimliliğine Etkisi”, Maliye Dergisi, Sayı 155, s: 175-185.
- Eriş, Hüseyin, (2015), “Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri: şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri İle Harran Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde Örnek Bir Uygulama“, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, s: 78-79.
- Gerek, Nüvit, (2007), “Kamu Kuruluşlarında Hizmet Alım İhaleleri Kapsamında Çalıştırılan Alt İşveren İşçileri İle İlgili Sorunlar”, Çalışma ve Toplum Dergisi, Sayı: 4, s. 81-90.
- Görmüş, Ayhan, (2013), “Kamu Kurumlarında Hizmet Alımı Yoluyla İstihdam Edilenlerin Kıdem Tazminatı Sorunu”, Çalışma ve Toplum Dergisi, 2013/3. Sayı, s: 141-172.
- Gözüküçük, Muharrem, (2012), “Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dışarıdan Sağlık Hizmeti Alımı: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri “, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 15, Sayı:2, s:1-25.
- Güler, Banu, (2015), “Taşeron İşçilerinin Sosyo-Ekonomik Durum Analizi –Karaman Örneği- ” Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Güngör, M., (2007), “Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing): Kahramanmaraş’taki Hastanelerde Bir Alan Araştırması”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi, Kahramanmaraş, s: 2.

- Hekimler, Alpay, (2012), “Asıl İşveren- Alt İşveren İlişkisinin 4857 Sayılı İş Kanunu Kapsamındaki Yasal Çevresi” Balkan Sosyal Bilimler Dergisi Cilt 1, Sayı 2.
- İzgi, Mustafa Cumhur, (2012), “Akdeniz Üniversitesi’nde Taşeron Sağlık İşçilerinin İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Durum Tespiti”, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, sayı: 10(3) s: 160-173.
- Kavuncubaşı, Ş., (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kaya, Gazanfer, (2015), “Kamudaki Taşeron İşçiler Üzerine Bir Alan Araştırması: Adıyaman Örneği” Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi Cilt: 14, Sayı:55, s: 257-267.
- Keklik, Belma, (2013), “Örgütsel Adalet Algılamalarının İş Tatminine Etkisi: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma ” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve Bilimler Fakültesi Dergisi, C.18, s.2, s: 143-161.
- Koçak, Orhan, (2011), “Asıl ve Alt İşveren Çalışanlarının İş Memnuniyeti Algılarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Araştırma: Yalova Belediyesi Örneği ”, İşletme Araştırmaları Dergisi 3/3 s: 3-22.
- Korkusuz, Mustafa Halit, (2014), “Asıl İşveren İle Alt İşverenin Müteselsil Sorumluluğu”, İÜHFM C. LXXII, S. 2, s: 209-232.
- Köksal, Fatih, (2016), “Sağlık Kurumlarında Dış Kaynak Kullanımının Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi”, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, s: 18-25.
- Mirze, S. Kadri, (2010), İşletme, Birinci Basım, s: 201.
- Oran Mesut, (2016), “Taşeron İşletmelerde Çalışmanın İşgören Motivasyonuna Etkisi: Hizmet İşletmelerinde Bir uygulama”, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Özbay, T., (2004), Sorularla Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing). İstanbul: İTO Yayınları, Sayı 6, s: 27.
- Sağlık Bakanlığı, (2015), Sağlık İstatistikleri Yıllığı, s: 183.
- Sayan, İpek Özkal, (2012), “Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği “ Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 67, No. 1, s: 171-203
- Şakar, Müjdat, (2010), “Ölçsüz Taşeronlaşmaya Karşı Önlemlerde Geri Adım”, Çalışma ve Toplum Ekonomi ve Hukuk Dergisi, Sayı 27, s: 29-34.
- Taşkıran, Gülçin, (2011), “Taşeron İşçilerde Örgütlenme Sorunları: Sağlık İşçileri Üzerine Bir Araştırma”, 3. Sosyal Haklar Sempozyumu-Kocaeli Poster Bildiri.
- Vural, Fisun, (2012), “Sağlık Çalışanlarında Memnuniyet, Kurumda Kalma ve Örgütsel Bağlılığa Etki Eden Faktörler”, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt:1 Sayı:3, s: 137-144.
- Yılmaz, Nadiye, (2013), “Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) ve Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı”, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Yürür, Senay, (2008), “Örgütsel Adalet İle İş Tatmini Ve Çalışanların Bireysel Özellikleri Arasındaki İlişkilerin Analizine Yönelik Bir Araştırma”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C.13, S.2 s.295-312.

Uyar, S. (2018). Türkiye'nin Sağlıkta İnsan Kaynakları Profiline Uluslararası Verilerle Değerlendirilmesi. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 9-29.

Derleme/Review

Makale Geliş Tarihi: 29.01.2019
Makale Kabul Tarihi: 05.02.2019

TÜRKİYE'NİN SAğLIKTA İNSAN KAYNAKLARI PROFİLİNİN ULUSLARARASI VERİLERLE DEęERLENDİRİLMESİ¹



<https://doi.org/10.35375/sayod.519142>

Seda UYAR²

ÖZET

Teknoloji ve bilimdeki tüm gelişmelere rağmen, tüm dünyada sağlık alanında en önemli kaynağı, sağlık personeli oluşturmaktadır (Kocasoy 2014). Çağdaş ülkelerin kalkınma planlarında önemli bir yere sahip olan sağlıkta insan kaynakları sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde organize edilmesini ve sunulmasını sağlamaktadır (Mollahaliloğlu ve ark 2007). Bu sebeple ülkelerin sağlık hizmetlerini planlama, sunma ve geliştirme süreçlerinde özellikle üzerinde durmaları gereken bir konu olarak güncelliğini korumaktadır.

Çalışmada ülkemizdeki sağlıkta insan kaynağı kapasitesinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bununla birlikte uluslararası karşılaştırılabilir olarak Türkiye'de ki insan kaynağının mevcut durumunun tartişılması amaçlanmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığınca yürütölen "Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu" projesi kapsamında gelecekteki personel ihtiyaçlarına da değinilerek eğitimdeki mevcut durumun bu ihtiyaçı karşılama derecesinin de değerlendirilmesi düşünölmektedir.

Çalışma sonucunda Türkiye'deki sağlık çalışanları sayısının uluslararası karşılaştırmada yetersiz olduğu buna nazaran "Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu" projesi ile sağlanan mezun sayısındaki artışın bu açığı kapatacak büyüklükte olduğu görölmektedir. Bununla birlikte sağlık alanındaki istihdamın toplam istihdamdaki payının yıllar bazında artış gösterdiği de görölmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, sağlık hizmetleri, insan kaynakları, Türkiye.

ABSTRACT

Despite all developments in technology and science, the most important resource of the field of health around the world is medical personnel (Kocasoy 2014). Playing an important role in the development plans of modern countries; the health human resources allow health care services to be organized and provided effectively and efficiently (Mollahaliloğlu et al. 2007). Thus, it remains an issue to be emphasized by countries particularly in the processes of planning, providing and developing healthcare services.

In the study, it is aimed to explore the health human resources capacity in our country. In addition, it is intended to discuss the present condition of human resources in Turkey in an internationally comparative way. Besides, it is considered to touch upon the personnel needs in the future within the scope of the project "Health Human Resources 2023 Vision" which is implemented by the Ministry of Health and evaluate the extent of the present condition in education to meet this need.

Result of study, the number of health human in Turkey is inadequate in international comparison and the increasing in the number of graduates provided via the project "Health Human Resources 2023 Vision" seems to be large enough to cover this gap. In addition to this, it is seen that the share of sum employment in the field of health increased in terms of years.

Keywords: Health, healthcare services, human resources, Turkey.

¹ Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim dalında doktora semineri olarak sunulmuştur.

² Arş. Gör. Uzm. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakölte, Sağlık Yönetimi Bölümü, seda_inan@outlook.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8051-8464>

1. GİRİŞ

Tüm dünyada sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları temel ve öncelikli konular arasında yer almaktadır. Yapılan alışmalar gerçek anlamda bir iyileştirmenin sağlanabilmesi için insan faktörüne önem ve öncelik verilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin gelişimine paralel olarak insan gücünün de gelişiminin sağlanması önem arz etmektedir.

Bireylerin hizmet talebinde buldukları sağlık kurumlarının en büyük sorumlulukları bireylerin sağlıklarını korumak ve bu hususta gerekli olan yükümlülükleri yerine getirmektir (Demirbilek ve olak, 2008). Bu süreçte önemli görev de sağlık çalışanlarına düşmektedir. Sağlık kurumları ile hizmet talep ediciler arasında köprü vazifesi gören insan kaynağı (Last ve Wallace, 1992) sağlık hizmetlerinin kalite ve maliyetlerinde önemli bir yapı taşı olarak da görölmektedir (Altay, 2007)

En karmaşık örgütler arasında yer alan sağlık kuruluşlarında (Ocak ve ark, 2004) sağlık hizmetleri üretimi, gerekli beşeri ve fiziksel sermaye yatırım süreciyle başlamaktadır (Kocasoy, 2014).Söz konusu üretimin sunumu aşamasında talebe cevap verebilirliği de yatırım kaynaklarının nitelik ve nicelik yönünden yeterliliğine bağlı olmaktadır. Buradan hareketle bu çalışma kapsamında Türkiye’de sağlık sektöründe çalışan insan gücünün araştırılması amaçlanmaktadır. Ayrıca Türkiye’nin sahip olduğu sağlıktaki insan gücünün diğer ülkelerdeki insan gücüyle karşılaştırılarak Türkiye’nin uluslararası alandaki yerine dikkat çekmek hedeflenmektedir. Literatüre katkı sağlayacağı düşünölen bu çalışmanın gelecek araştırmalara da rehberlik edeceği düşünölmektedir.

1.1. Sağlık Hizmetleri Sunumu

Sağlık hizmetleri, “hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacına yönelik olarak yürütölen faaliyetlerin yanında, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin kapsamı şeklinde tanımlanmaktadır (Somuncuoğlu, 2012).Yalnızca tedaviye yönelik olmayıp, bilgi ve destek amaçlı da kullanılabilen sağlık hizmetleri (Last ve Wallace, 1992), bireylerin fiziki, ruhi ve sosyal açıdan dengeli bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için gerekli tüm hizmetleri kapsamaktadır (Kocasoy, 2014; Mutlu ve Işık, 2012). Diğer deyişle toplumun sağlıklı olabilmesi için gerekli tüm faaliyetler sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır (Kocasoy, 2014).

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında hizmetler, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Akdur, 2006). Sağlık hizmetlerinin bu şekilde basamaklandırılmasındaki amaç, sağlık hizmeti tüketicilerinin hangi tür müdahaleye ihtiyaç duyduğunu erken belirleyerek sağlık ekonomisinde kaynak israfını engellemektir (Macinko ve ark, 2003).

Koruyucu sağlık hizmetleri; hastalık durumunun ortaya çıkmasını önleyici tedbirleri uygulamaya geçirerek, hastalık ortaya çıkmadan, olası tehditlere karşı bireyi korumak amaçıyla sunulan hizmetler şeklinde tanımlanmaktadır (Kurtulmuş, 1998). Diğer bir deyişle hastalık oluşmadan önce toplumu hastalıktan korumaya yönelik olarak sunulan tüm sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmeti kapsamında yer almaktadır (Patterson ve Chambers, 1995). Koruyucu sağlık hizmetleri hem kısa hem de uzun vadeli amaçlara hizmet edebilen, toplumun genelinde ortaya çıkabilecek çeşitli hastalık risklerini minimuma indirmeye çalışarak, sağlıklı yaşam standartlarını yükseltme işlevi taşıyan hizmetler olarak da ifade edilmektedir (Akdur, 2006). Diğer sağlık hizmetlerinin işlevi hasta bireyleri sağlığını kavuşturmak iken, koruyucu sağlık hizmetlerinin işlevi, bireylerin sağlıklarını kaybetmelerini engellemektir (Patterson ve Chambers, 1995).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin doğrudan insan sağlığını korumaya yönelik işlevleri “insana yönelik koruyucu sağlık hizmeti”, çevre düzenleme çalışmaları ise “çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmeti” şeklinde adlandırılmaktadır (Kurtulmuş, 1998). İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; toplumu

oluşturan bireyleri hastalığa neden olabilecek çeşitli etmenlerden korumak, insanları bu etmenlere karşı daha dirençli hale getirmek ve eğer hastalık önlenemezse hastalığın en az hasarla bireyin hayatını terk etmesini sağlamaya yönelik olarak sunulan sağlık hizmetlerinin tümünü ifade etmektedir (Akdur, 2006). Bu tür hizmetler aşılama gibi doğrudan hastalık önleyici nitelik taşıyabileceği gibi aile planlaması, beslenme eğitimi, sağlık eğitimi, hijyen eğitimi gibi belirli bir zihniyet oluşturmaya yönelik eğitim temelli hizmetleri de içerebilmektedir (Çoban, 2009). Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, insan sağlığını olumsuz etkileyecek ve sağlıklı yaşamın engelleyebilecek nitelikteki, biyolojik, kimyasal ve fiziki etmenlerin ortadan kaldırmak ve bu etmenlerin insanlar üzerindeki etkilerini minimuma indirmek amacıyla sunulan hizmetlerden oluşmaktadır (Ünal, 2013). Besin kontrolü ve güvenliği, yeterli ve temiz su sağlanması, hava kirliliğinin kontrolü, atıkların kontrolü, konut sağlığı, iş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü, gürültü kirliliği uygulamaları, radyolojik zararlıların kontrolü gibi hizmetler, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine örnek verilmektedir (Kavuncubaşı 2000; Fişek, 1983).

Tedavi edici sağlık hizmetleri hekim sorumluluğunda diğer sağlık profeyonellerinin katkıları ile hasta olmaları önlenemeyen bireylerin eski sağlık düzeylerine ulaşmaları amacıyla sunulan hizmetlerden oluşmaktadır (Kurtulmuş, 1998). Diğer sağlık hizmetlerine nazaran kompleks bir ekipman ve personel ihtiyacı gerektiren bu hizmetleri (Altay, 2007) birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmeti tüketicilerinin sağlık sistemine ilk girişte aldıkları hizmetleri tanımlayan birinci basamak sağlık hizmetleri (Yerebakan, 2000) ölkemizde aile hekimliği uygulaması ile sunulmaktadır (Lağarlı ve ark, 2011). Birinci basamak hizmetlerden daha maliyetli olan ikinci basamak hizmetleri (Musgrove ve ark, 2002) birinci basamak hizmetlerde tedavi edilemeyen durumlarda başvurulan hizmetleri kapsamaktadır (Özdemir ve ark, 2003). İkinci basamak sağlık hizmetleri hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetleri kapsamakta ve ölkemizde tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri hizmet veren kuruluşlara örnek gösterilmektedir (Yerebakan, 2000; Öztürk, 2000; Hayran ve Sur, 1998). Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise yataklı tedavi hizmeti veren herhangi bir sağlık kuruluşunda tedavisi gerçekteşmeyen (Sürmen, 1991) ileri düzey tetkik ve tedavi gerektiren hastalıkların tedavisi için kurulan sağlık hizmetleri şeklinde tanımlanmaktadır (Yerebakan, 2000). Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlara örnek gösterilmektedir (Yerebakan, 2000; Öztürk 2000; Hayran ve Sur, 1998).

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine rağmen travmatik durumların neden olduğu bedensel ve ruhsal zararlarını karşılamak amacıyla sunulan sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri şeklinde tanımlanmaktadır (Ünal, 2013). Kişinin beden ve ruhen başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak, bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi amaçlarına hizmet etmektedir (Yerebakan, 2000, Hayran ve Sur, 1998).

1.2. Sağlık Hizmetleri Sunumunda İnsan Kaynağının Önemi

Sağlıkta insan kaynağı; “temel amacı sağlığı geliştirme eylemleri olan tüm insanlar” şeklinde ifade edilmektedir (World Health Organization [WHO], 2009). Bu insan kaynakları, hekim, hemşire, eczacı ve diş hekim gibi klinik personeli, ayrıca doğrudan hizmet sunmayan, ancak sağlık sistemi performansı için önemli olan yöneticiler, ambulans sürücüler ve muhasebeciler gibi yönetim ve destek personelini içermektedir (Sullivan ve ark, 2007). Teknoloji ve bilimdeki tüm gelişmelere rağmen, tüm dünyada sağlık alanında en önemli kaynağı tartışmasız sağlık personeli oluşturmaktadır (Hayran 1998). İnsan kaynağının sağlık kurumlarında sunulan hizmetleri doğrudan ve dolaylı olarak etkilemesi nedeniyle (Eriğüç, 2007) hem insan kaynağı planlaması hem yönetimi geniş bir çerçeveden

düşünülmelidir (Flynn ve ark, 2004). Söz konusu planlama, kurumun genel amaçları çerçevesinde uygun sayıda ve uygun nitelikte ve uygun zamanda gerçekleştiği sürece etkili olmaktadır (Öztek, 1995).

Sağlık kurumlarının emek yoğun bir yapıya sahip olması ve sağlık hizmetlerinin uzmanlaşma oranın yüksek olması nihayetinde insan kaynağının önemini artırmaktadır (Wolf ve ark, 1991). Gerekli sağlık çalışanlarının uygun yerde ve zamanda ve istenilen kalitede bulunup bulunamayacağı sağlık sisteminin güçlü bir insan kaynakları bileşenine sahip olması ile alakalı olmaktadır (Lehman ve Sanders, 2007). Ayrıca bir ülkenin sağlık hedeflerine ulaşma yeteneği büyük ölçüde sağlık hizmetlerini organize etmek ve sunmaktan sorumlu kişilerin bilgi, beceri, motivasyonlarına bağlı olmaktadır (WHO, 2009). Zira ileri teknoloji ile donatılmış sağlık kuruluşlarında var olan teknolojinin amaca hizmet etmesi de insan kaynağına bağlı bulunmaktadır (Taylor ve Taylor, 1994). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve geliştirilmesi aşamalarında odak nokta olması gereken insan kaynağı etkili ve verimli bir hizmet için kilit rol oynamaktadır (Erigüç, 2007).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve başarısı açısından en önemli unsur, sağlık insan gücünün başarısı olmaktadır (Lehman ve Sanders, 2007). Bu başarı, sağlık görevlilerinin bilgi beceri ve deneyimine olduğu kadar sağlık görevlilerine destek hizmetlerini sağlayan çalışanların yönetilmesi konusundaki beceriye bağlı olmaktadır (Öztek, 1995). Buradan hareketle sağlık sunumunda önemli bir paydaş olan insan gücünün planlanması ve değerlendirilmesi de kapsamlı stratejilere bağlı görülmektedir (Taylor ve Taylor, 1994).

1.3. Türkiye'nin Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları

Tablo 1. Yıllara göre sağlık personelinin sayıları, tüm sektörler, Türkiye

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Uzman Hekim	45.457	66.064	70.103	73.886	75.251	77.622
Pratisyen Hekim	30.900	39.712	38.877	38.572	39.045	41.794
Asistan Hekim	15.592	20.253	20.792	21.317	21.320	21.843
Toplam Hekim	91.949	126.029	129.772	133.775	135.775	141.259
Diş Hekimi	16.371	21.099	21.404	22.295	22.996	24.834
Eczacı	22.289	26.089	26.571	27.012	27.199	27.530
Hemşire	72.393	124.982	134.906	139.544	142.432	152.803
Ebe	41.479	51.905	53.466	53.427	52.838	53.086
Diğer Sağlık Personeli*	20.106	110.862	122.663	131.652	138.878	145.943
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	209.126	209.736	224.618	229.625	241.897
Toplam Personel Sayısı	378.551	670.092	698.518	732.323	749.584	787.352

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2016

*Diğer Sağlık Personeline aşağıdaki branşlarda çalışan personeller dahil edilmekte; Ameliyat Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, Biyolog, Çevre Sağlığı Teknisyeni, Çocuk Gelişimcisi, Diş Protez Teknisyeni, Diş Teknisyeni, Diyetisyen, Fizik Tedavi Teknisyeni, Fizikoterapist, Fizyoterapist, İlk ve Acil Yardım Teknisyeni, İlk ve Acil Yardım Teknikeri, Kalp Akciğer Pompa Çalışma Teknisyeni, Laboratuvar Teknikeri, Laboratuvar Teknisyeni, Odyolog, Odyometri Teknikeri, Odyometri Teknisyeni, Ortopedi Teknisyeni, Patolojik Anatomi Teknisyeni, Perfüzyonik Pompa Teknisyeni, Protez Teknisyeni, Psikolog, Röntgen Teknisyeni, Sağlık Fizikçisi, Sağlık Savaş Memuru, Sağlık Teknikeri, Sağlık Teknisyeni, Sitopatoloji, Sosyal Çalışmacı, Tıbbi Sekreter, Tıbbi Teknolog, Toplum Sağlığı Teknisyeni.

Tablo 1’ de yıllara göre sağlık personelinin sayıları tüm sektörler bazında verilmektedir. Verilere göre toplam personel sayısı 2002-2015 yılları arasında artış göstermektedir. Artışın yaşandığı unvan dağılımı incelendiğinde ise asistan hekim, eczacı ve ebe sayılarında en az artış olmakta; diğer sağlık personeline ise en fazla artış olduğu gözlenmektedir.

Tablo 2.Sağlık personelinin sektörlere ve unvanlara göre dağılımı

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer**	Toplam
Uzman Hekim	38.783	14.972	22.655	1.212	77.622
Pratisyen Hekim	35.833	216	5.719	16	41.794
Asistan Hekim	7.973	13.622	0	248	21.843
Toplam Hekim	82.589	28.810	28.384	1.476	141.259
Diş Hekimi	8.683	1.698	14.291	162	24.834
Eczacı	2.156	306	25.010	58	27.530
Hemşire	101.722	22.526	25.941	2.614	152.803
Ebe	48.078	851	4.100	57	53.086
Diğer Sağlık Personeli*	102.243	11.492	31.845	363	145.943
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	206.088	13.107	19.609	3.093	241.897
Toplam Personel Sayısı	551.559	78.790	149.180	7.823	787.352

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2016

*Diğer Sağlık Personeline aşağıdaki branşlarda çalışan personeller dahil edilmekte; Ameliyat Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, Biyolog, Çevre Sağlığı Teknisyeni, Çocuk Gelişimcisi, Diş Protez Teknisyeni, Diş Teknisyeni, Diyetisyen, Fizik Tedavi Teknisyeni, Fizikoterapist, Fizyoterapist, İlk ve Acil Yardım Teknisyeni, İlk ve Acil Yardım Teknikeri, Kalp Akciğer Pompa Çalışma Teknisyeni, Laboratuvar Teknikeri, Laboratuvar Teknisyeni, Odyolog, Odyometri Teknikeri, Odyometri Teknisyeni, Ortopedi Teknisyeni, Patolojik Anatomi Teknisyeni, Perfüzyonik Pompa Teknisyeni, Protez Teknisyeni, Psikolog, Röntgen Teknisyeni, Sağlık Fizikçisi, Sağlık Savaş Memuru, Sağlık Teknikeri, Sağlık Teknisyeni, Sitopatoloji, Sosyal Çalışmacı, Tıbbi Sekreter, Tıbbi Teknolog, Toplum Sağlığı Teknisyeni.

** Sağlık Bakanlığı’nın personel sayıları dağılımında belirtilen “Diğer Kurumlar”; 112 Acil Yardım İstasyonları, Verem Savaşı Dispanserleri, Kanser Erken Teşhis ve Tarama Eğitim Merkezleri, Halk Sağlığı Laboratuvarları, AÇSAP Merkezleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri personelini kapsamaktadır.

Tablo 2’deki verilere göre 2016 yılında toplam sağlık personeli sayısı 787.352 şeklinde dir. Sektörler bazında personel sayıları incelendiğinde; sağlık bakanlığı bünyesinde 551.559, üniversitelerde 78.790, özel sektörde 149.180 ve diğer kurumlarda da (112 Acil Yardım İstasyonları, Verem Savaşı Dispanserleri, Kanser Erken Teşhis ve Tarama Eğitim Merkezleri, Halk Sağlığı Laboratuvarları, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri) 7.823 personel görev almaktadır. Ayrıca tabloya göre toplam hekim ve ebe sayısının %50’den fazlası sağlık bakanlığı bünyesinde görev almaktadır. Diş hekim ve eczacı sayısının sektör dağılımına bakıldığında ise yarısından fazlasının özel sektörde çalıştığı görülmektedir.

Tablo 3.İBBS1 'e göre uzman hekim, pratisyen hekim ve asistan hekim dağılımı, tüm sektörler (%)

	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Asistan Hekim
Türkiye	55.0%	29.6%	15.5%
İstanbul	60.0%	20.6%	19.4%
Batı Anadolu	58.5%	17.7%	23.8%
Ege	56.4%	29.4%	14.2%
Doğu Marmara	55.3%	31.0%	13.7%
Batı Marmara	55.1%	35.5%	9.4%
Akdeniz	54.6%	34.2%	11.2%
Batı Karadeniz	51.2%	38.2%	10.6%
Doğu Karadeniz	49.3%	37.8%	12.9%
Orta Anadolu	48.9%	35.2%	15.9%
Güneydoğu Anadolu	47.9%	44.1%	8.0%
Ortadoğu Anadolu	46.4%	40.6%	13.0%
Kuzeydoğu Anadolu	44.4%	40.0%	15.6%

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği yıllığı, 2016

Tablo 3'deki verilere göre uzman hekim dağılımı İstanbul, Batı Anadolu, Ege ve Marmara bölgelerinde Türkiye ortalamasının üzerinde iken; Karadeniz, İç Anadolu ve Doğu bölgelerinde Türkiye ortalamasının altında olduğu görülmektedir. Buna karşın pratisyen hekim dağılımı Ege, Batı Anadolu bölgesi ve İstanbul'da ortalamasının altında iken; Marmara, Karadeniz, Doğu ve İç Anadolu bölgelerinde de ortalamasının üzerinde bir dağılıma sahiptir. Asistan hekim dağılımı ise Batı Anadolu bölgesi ve İstanbul'da ortalamasının üzerinde, Güneydoğu Anadolu bölgesi ise diğer bölgelere nazaran daha fazla Türkiye ortalamasının altında bir dağılıma sahiptir.

Tablo 4. İBBS1^{*}e göre 100.000 kişiye düşen uzman hekim ve pratisyen hekim sayısı, tüm sektörler

	2002		2015	
	Pratisyen Hekim	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Uzman Hekim
Türkiye	47	68	53	99
Doğu Karadeniz	63	42	63	82
Kuzeydoğu Anadolu	45	30	63	70
Batı Karadeniz	62	51	61	82
Ortadoğu Anadolu	46	34	58	66
Güneydoğu Anadolu	32	29	58	63
Orta Anadolu	65	42	58	80
Ege	56	71	57	110
Akdeniz	49	56	56	90
Batı Marmara	48	50	55	85
Doğu Marmara	44	51	51	91
Batı Anadolu	49	113	48	160
İstanbul	30	126	40	118

Kaynak: Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği yıllığı, 2016

*istatistiki bölge birimleri sınıflaması

Türkiye’de 2002 yılında 100.000 kişiye 47 pratisyen hekim düşerken, 2015 yılında 53 pratisyen hekim düşmektedir. Benzer şekilde 2002 yılında 100.000 kişiye 68 uzman hekim düşerken 2015 yılında bu rakam 99’a yükselmiştir. Pratisyen hekim sayısında yıllar bazında azalış Batı Karadeniz ve Batı Anadolu bölgelerinde cüzi bir oranda görülürken Orta Anadolu bölgesinde dikkat çekici bir azalış görülmektedir. Uzman hekim dağılımı değerlendirildiğinde ise tüm bölgelerde yıllar bazında artış görülmektedir.

Tablo 5.İBBS1’e göre 100.000 kişiye düşen diş hekimi, hemşire/ebe ve eczacı sayısı, tüm sektörler

	Diş Hekimi		Hemşire ve Ebe		Eczacı Sayısı	
	2002	2015	2002	2015	2002	2015
Türkiye	25	32	171	261	34	35
Doğu Karadeniz	16	28	241	345	29	37
Kuzeydoğu Anadolu	12	17	136	253	14	21
Batı Karadeniz	17	26	203	307	29	35
Ortadoğu Anadolu	8	17	147	260	16	21
Güneydoğu Anadolu	7	14	102	205	20	23
Orta Anadolu	14	26	176	290	25	35
Ege	29	34	220	291	44	43
Akdeniz	23	29	193	262	34	38
Batı Marmara	23	31	226	285	38	37
Doğu Marmara	25	30	173	263	33	33
Batı Anadolu	37	47	207	308	48	42
İstanbul	42	44	110	208	38	36

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2016

Tablo 5’deki verilere göre, Türkiye genelinde 100.000 kişiye düşen diş hekimi, hemşire/ebe ve eczacı sayısı yıllar bazında artış göstermektedir. Diş hekimi sayısında en fazla artışın olduğu bölge Güneydoğu Anadolu bölgesinde seyredilirken, en az artış İstanbul ilinde görülmektedir.

100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısında en fazla artış Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde görülürken; artışın en az olduğu bölge Akdeniz olmaktadır. 100.000 kişiye düşen eczacı sayısında Doğu Marmara bölgesinde artış görülmezken, Ege bölgesinde ve İstanbul ilinde azalış olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Yıllara ve sektörlere göre sağlık personelinin dağılımı (%)

Unvan	Sektörler	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Toplam Hekim Sayısı	Sağlık Bakanlığı	62.4%	58.2%	56.8%	56.4%	57.4%	58.5%
	Üniversite	21.9%	20.9%	20.8%	21.2%	20.8%	20.4%
	Özel	15.7%	20.8%	22.4%	22.4%	21.8%	21.1%
Diş Hekimi Sayısı	Sağlık Bakanlığı	19.6%	34.2%	34.1%	35.9%	33.2%	35.0%
	Üniversite	4.2%	5.4%	4.7%	4.3%	6.0%	6.8%
	Özel	76.2%	60.4%	31.2%	59.8%	60.8%	58.2%
Eczacı Sayısı	Sağlık Bakanlığı	7.2%	7.2%	7.2%	7.7%	7.7%	7.8%
	Üniversite	0.6%	0.9%	1.0%	1.1%	1.1%	1.1%
	Özel	92.2%	91.8%	91.8%	91.3%	91.1%	91.1%
Hemşire/Ebe Sayısı	Sağlık Bakanlığı	82.4%	77.0%	74.6%	73.8%	73.0%	72.8%
	Üniversite	7.9%	10.3%	11.2%	11.4%	11.9%	11.4%
	Özel	9.7%	12.7%	14.2%	14.8%	15.2%	15.9%

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği yıllığı, 2016

Tablo 6'ya göre tüm sektörlerdeki toplam hekim, diş hekim, eczacı ve hemşire personeli dağılımı yıllar bazında dalgalanmalar gösterirken, sağlık bakanlığına ve üniversitelere bağlı eczacı sayısında 2002-2015 yılları arasında artış görölmektedir.

Tablo 7.Öğretim yıllarına göre eczacılık faköltesi, diş hekimliği, eczacılık faköltesi öğrenci ve öğretim üyesi sayıları, Türkiye

Tıp Faköltesi					
Öğretim Yılı	Fakölte Sayısı	Öğrenci Sayısı			Öğretim Üyesi Sayısı
		Yeni Kayıt	Toplam	Mezun Olan	
2002-2003	44	4.803	30.771	4.616	7.172
2013-2014	79	12.408	58.592	5.172	13.059
2014-2015	83	12.449	64.859	5.175	13.796
2015-2016	85	13.059	71.370	6.896	14.263
Diş Hekimliği					
Öğretim Yılı	Fakölte Sayısı	Öğrenci Sayısı			Öğretim Üyesi Sayısı
		Yeni Kayıt	Toplam	Mezun Olan	
2002-2003	14	975	5.256	856	605
2013-2014	37	3.151	12.842	1.313	1.306
2014-2015	40	3.526	14.963	1.567	1.493
2015-2016	43	3.825	17.027	1.710	1.636
Eczacılık Faköltesi					
Öğretim Yılı	Fakölte Sayısı	Öğrenci Sayısı			Öğretim Üyesi Sayısı
		Yeni Kayıt	Toplam	Mezun Olan	
2002-2003	11	939	4.120	919	354
2013-2014	23	1.844	8.373	1.118	628
2014-2015	24	2.017	9.212	1.227	681
2015-2016	25	2.135	10.108	1.304	726

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği yıllığı, 2016

Tablo 7'ye bakıldığında öğretim yılı bağlamında tıp, diş ve eczacılık fakültesi sayısında sürekli artış görülmektedir. Benzer şekilde öğretim üyesi ve söz konusu fakültelerdeki mezun öğrenci sayısında da artış olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Personel İhtiyacı Projeksiyonları

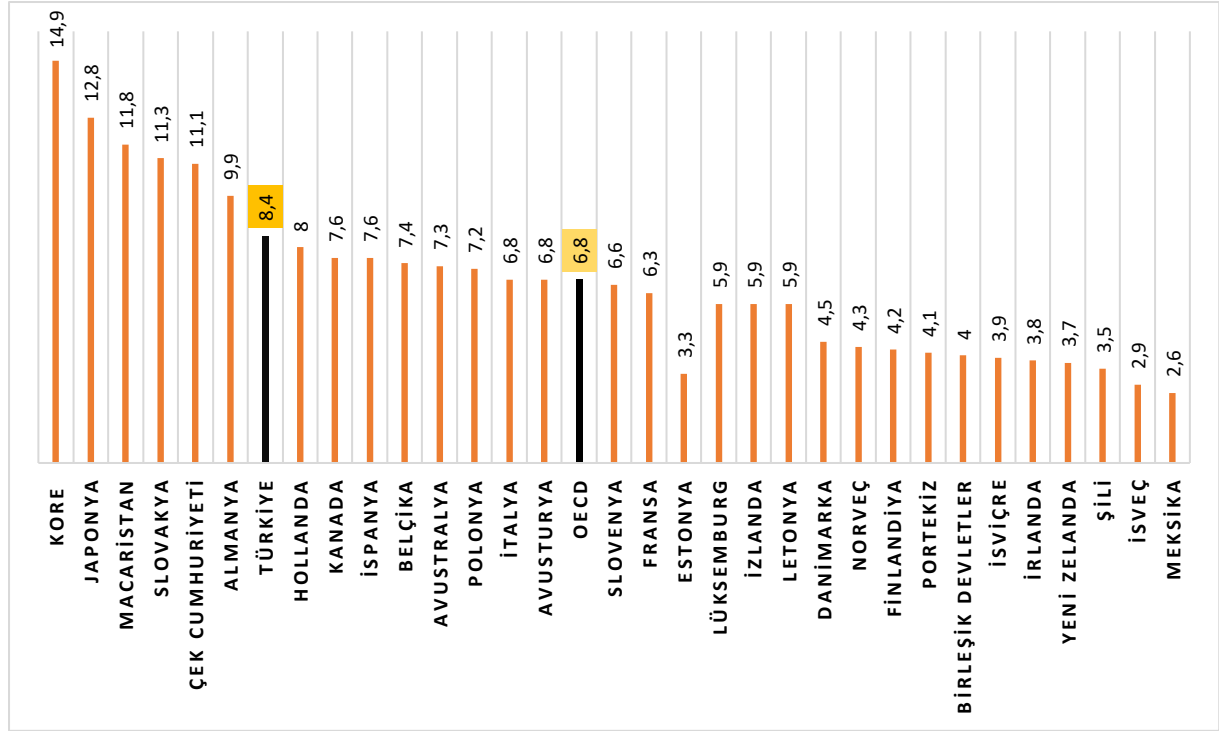
Personel Tipi	Kamu Sektörü İhtiyaç 2023	Özel Sektör İhtiyaç 2023	Sağlık Sektörü			Değişim (%)
			Arz 2008	İhtiyaç 2023	Ek Personel İhtiyacı	
Uzman Hekim	103.010	3.3867	75.989	136.877	60.888	80.1
Pratisyen Hekim	15.612	3.194	35.763	18.805	-16.958	-47.4
Aile Hekimi	43.831	549	1.399	44.380	42.981	3072.3
Diş Hekimi	11.662	16.364	19.959	28.026	8.067	40.4
Eczacı	5.085	27.802	24.778	32.886	8.108	32.7
Hemşire	238.018	45.271	99.910	283.289	183.379	183.5
Ebe	83.633	1.444	47.673	85.077	37.404	78.5
Sağlı Memuru/Toplum Sağlığı Teknisyeni	26.654	4.984	14.525	31.637	17.112	117.8
Laboratuvar Teknisyeni	19.274	2.877	14.947	22.150	7.203	48.2
Radyoloji Teknisyen	13.533	2.096	10.738	15.629	4.891	45.5
Anestezi Teknisyeni	8.645	1.724	4.395	10.369	5.974	135.9
Tıbbi Sekreter	13.830	1.734	5.562	15.564	10.002	179.8
İlk ve Acil Yardım Teknisyeni	23.183	2.129	15.486	25.312	9.826	63.4
Fizyoterapist	5.732	1.256	1.916	6.989	5.073	264.8
Diğer Sağlık Personeli	29.958	6.299	21.971	36.258	14.287	65.0
Yöneticiler	4.365	774	2.415	5.139	4.928	112.8
Mühendis ve Teknik Hizmetler Personeli	5.769	164	1.004	5.932	3.260	490.9
Diğer Teknik Hizmetler Personeli	6.521	1.396	4.657	7.917	266.228	70.0
Genel İdari Hizmetler Personeli	100.338	9.391	83.501	109.729	68.341	31.4
Yardımcı Hizmetler Personeli	127.143	18.462	77.264	145.605	503.720	88.5
Toplam Değişim (%)	885.795 (95.92%)	181.776 (62.69%)	563.852 (%)	106.7272 (%89)		89.34

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu

Sağlık Bakanlığı tarafından 2023 yılı için ihtiyaç duyulacak sağlık personeli planlaması kapsamında yüksek oranlarda artış olabileceği sonucuna ulaşılmaktadır. Kamu sektöründeki ve özel sektördeki toplam sağlık iş gücünün 2023 yılına kadar 1.067.572'ye yükselmesi beklenmektedir. Bu iş gücünde, tüm sağlık sektörü için %89,34'lük, kamu sektörü içinse %95,92'lik bir artış anlamına gelmektedir. Kamu sektöründeki özellikle profesyonel ve teknik personel gruplarına odaklanmış bu büyüme pratisyen hekim oranının azalmasını da içermektedir (Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu).

1.4. Uluslararası karşılaştırmalı Türkiye’de Sağlıkta İnsan Kaynakları

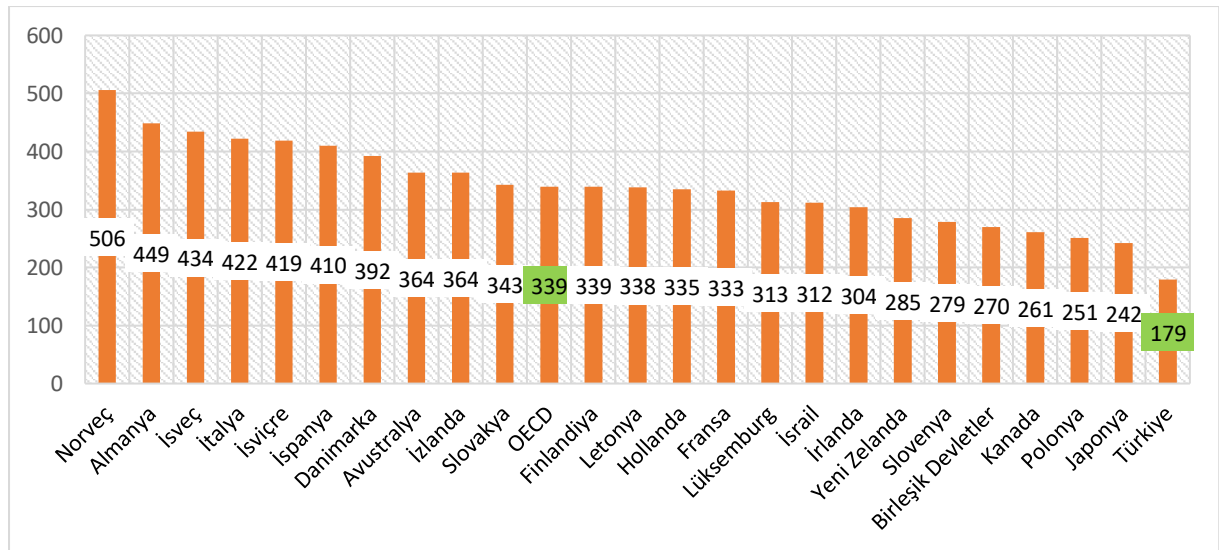
Grafik 1. Kişi Başi Hekime Başvuru Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2015



Kaynak: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.

Grafik 1’deki verilere göre kişi başi hekime başvuru sayısına bakıldığında OECD ortalaması 6,8 iken Türkiye’de bu oran ortalamasının üzerinde 8,4 olarak görölmektedir. Yani Türkiye hekime başvuru konusunda OECD ortalamasının üzerinde görölmektedir.

Grafik 2. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması

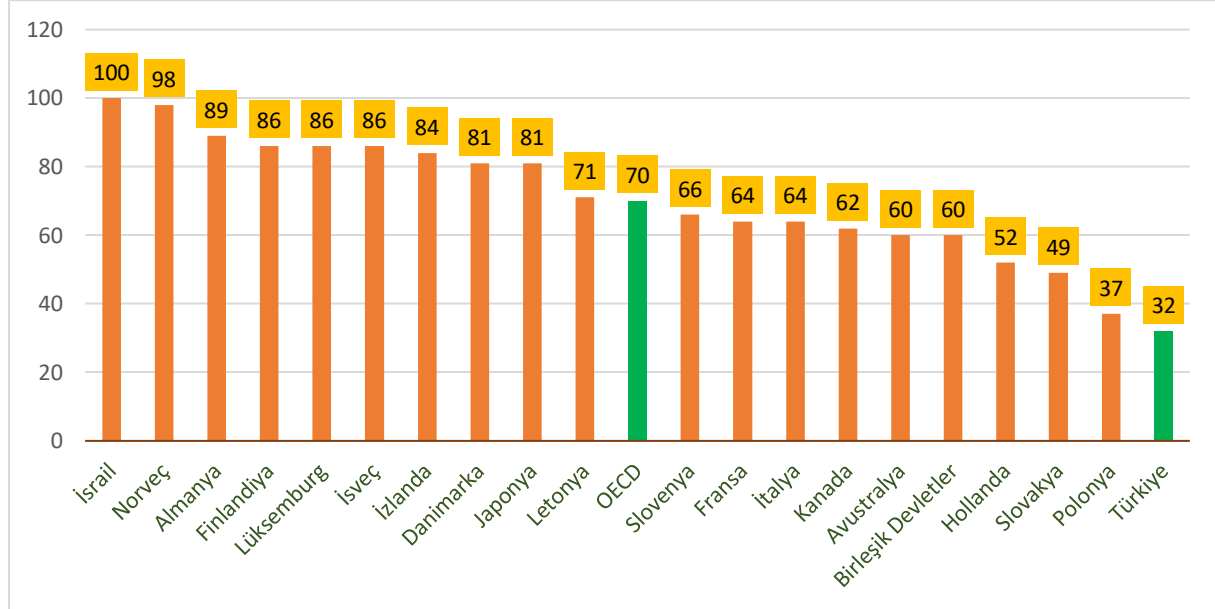


Kaynak: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.

Grafik 2’deki verilere bakıldığında ülke sıralamasında en son sırada yer alan Türkiye’de 100.000 kişiye düşen hekim (uzman, pratisyen ve asistan hekim) sayısı 179 iken, OECD ortalaması 339 olarak

görülmektedir. Ayrıca verilere göre 100.000 kişiye düşen hekim sayısının en fazla olduğu ülke Norveç (506) olarak görülmektedir.

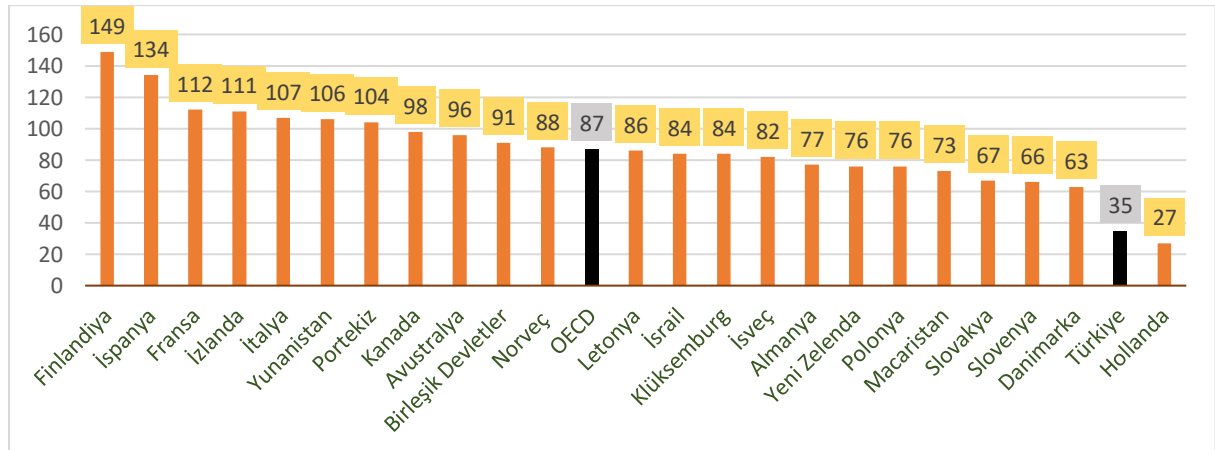
Grafik 3. 100.000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısının Uluslararası Karşılaştırması



Kaynak: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.

Grafikte görüldüğü üzere 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısında OECD verisi 70 olarak görülmektedir. Ülkemizde ise bu rakam OECD ortalamasının yarısından daha az (32) görülmektedir. Verilere bakıldığında 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısının en fazla İsrail ve sonrasında da Norveç'te olduğu görülmektedir.

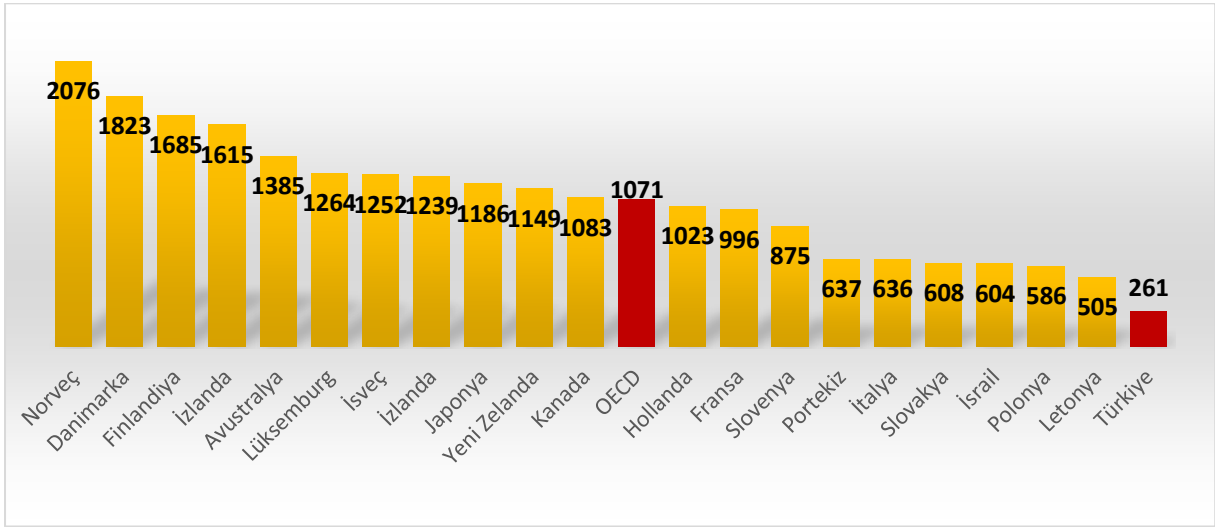
Grafik 4. 100.000 Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması



Kaynak: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.

Grafik 4' de bakıldığında 100.000 Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı OECD ortalamasına göre 87 iken, Türkiye'de 35 olarak görülmektedir. OECD ortalamasının oldukça üzerinde olan ülkelerden bazıları ise Finlandiya, İspanya, Fransa ve Avustralya şeklinde görülebilmektedir.

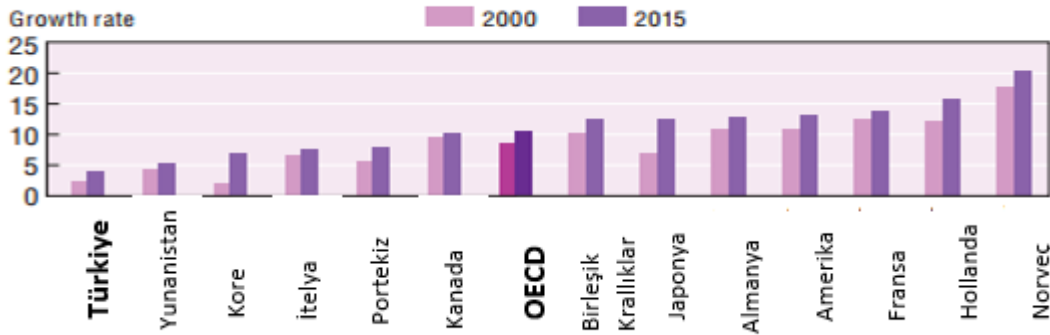
Grafik 5. 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması



Kaynak: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.

Grafikteki verilere göre OECD ortalamasında 100.000 Kişiyeye 1071 hemşire ve ebe düşerken, Türkiye’de bu sayının 261 olduğu görülmektedir. Verilere bakıldığında grafik içerisinde yer alan ülkeler sıralamasında en son sırada Türkiye, ilk sırada ise 2076 sayısı ile Norveç yer almaktadır.

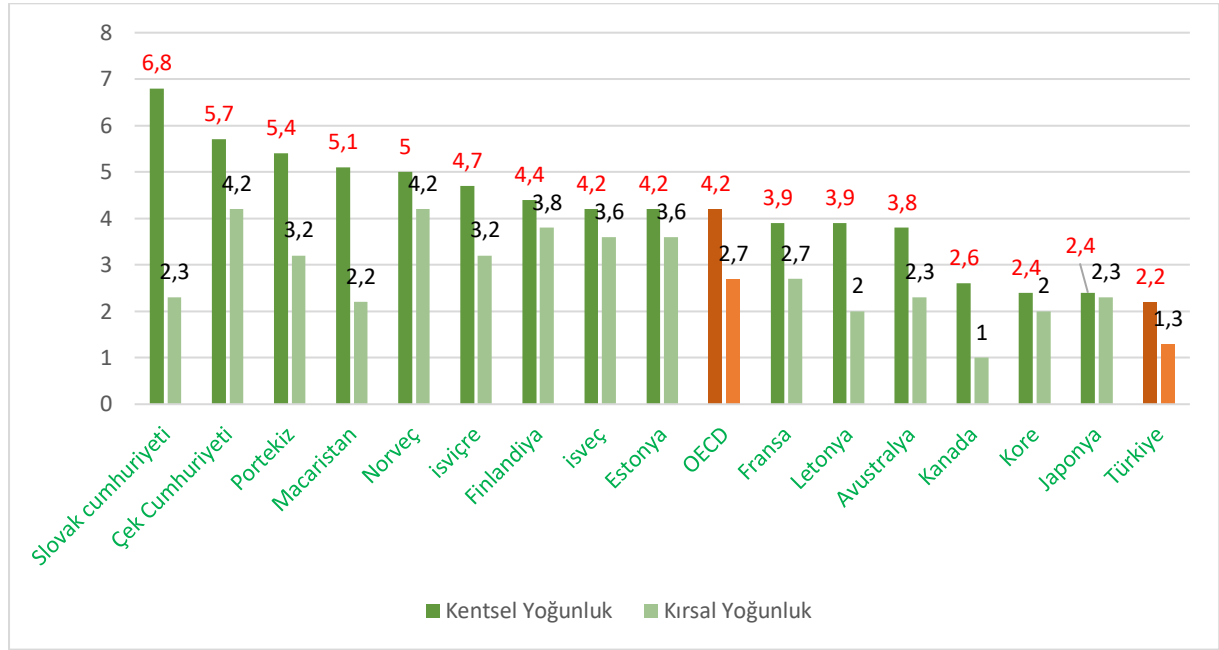
Grafik 6. Sağlık ve Sosyal İstihdamın Toplam İstihdamda Artan Payı



Kaynak: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.

Grafik 6’daki veriler kapsamında sağlık ve sosyal istihdamın toplam istihdamdaki artışı incelendiğinde 2000-2015 yılları arası artış oranı Türkiye’de de diğer ülkelerdeki artış oranına benzer görülmektedir.

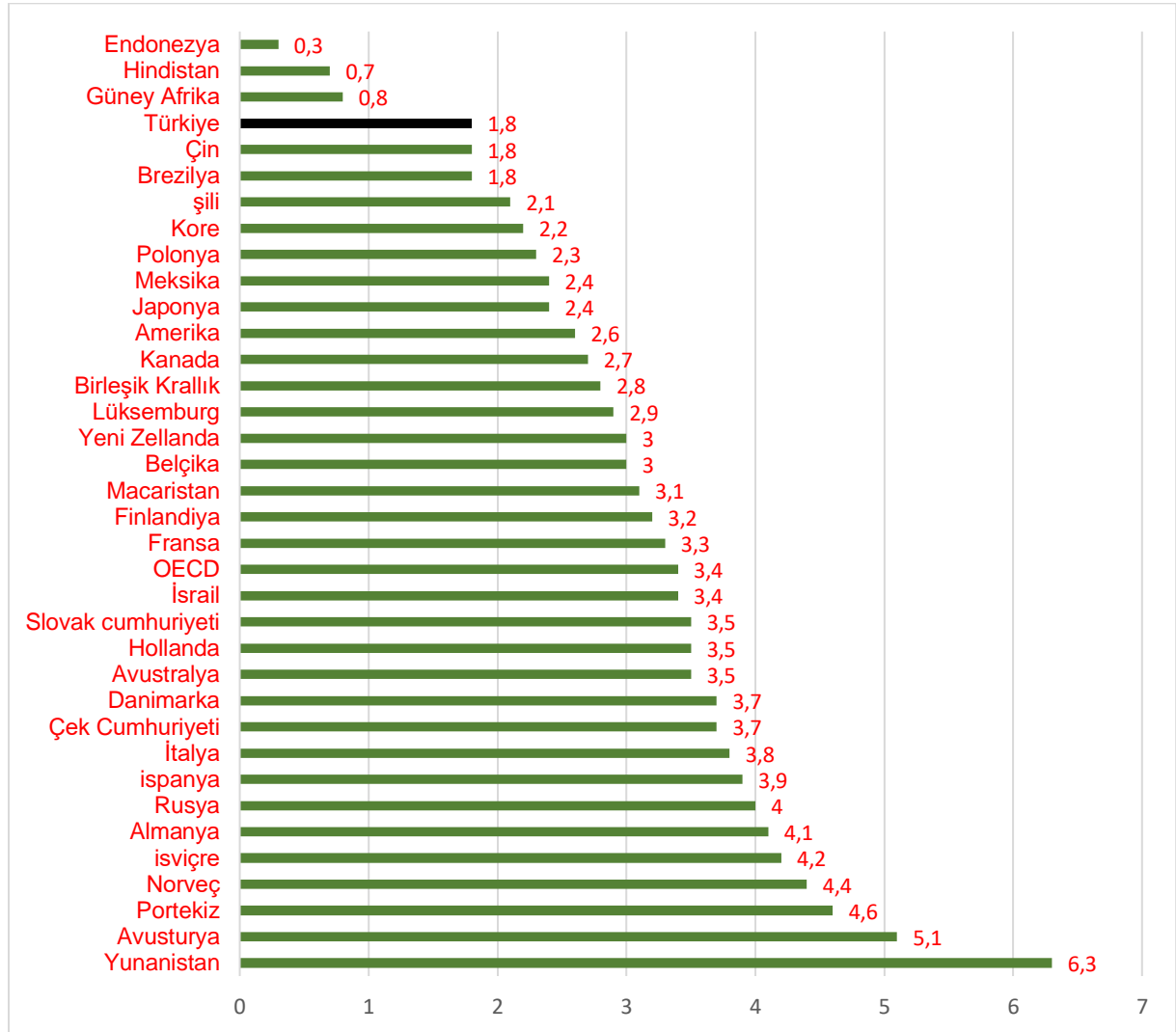
Grafik 7. 1000 Kişi Başına Düşen Hekim Yoğunluğu, Kırsal ve Kentsel Alanlar



Kaynak: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.

Grafik 7' deki verilere göre Türkiye'de kentsel alanlardaki hekim yoğunluğu kırsal alanlara nazaran daha fazla olduğu görölmektedir. Grafiğin geneline bakıldığında diğer ölkelerde de benzer durumun söz konusu olduğu söylenebilir. Ayrıca OECD ortalamasında da yine kentsel yoğunluğun daha fazla olduğu görölmektedir. Veriler incelendiğinde hem kentsel hem de kırsal alandaki 1000 kişi başına düşen hekim yoğunluğu diğer ölkelere nazaran sayısal olarak daha az görölmektedir. Kentsel ve kırsal alanlardaki yoğunluk arasındaki farka baktığımızda ise; Türkiye de dahil olmak üzere birkaç ölkede daha (Norveç, Finlandiya, İsveç, Estonya, Kore ve Japonya) bu farkın az olduğu görölmektedir. Ayrıca verilere göre Türkiye' de kentsel ve kırsal alandaki hekim sayısının OECD ortalamasının altında olduğu sonucuna da varılabilmektedir.

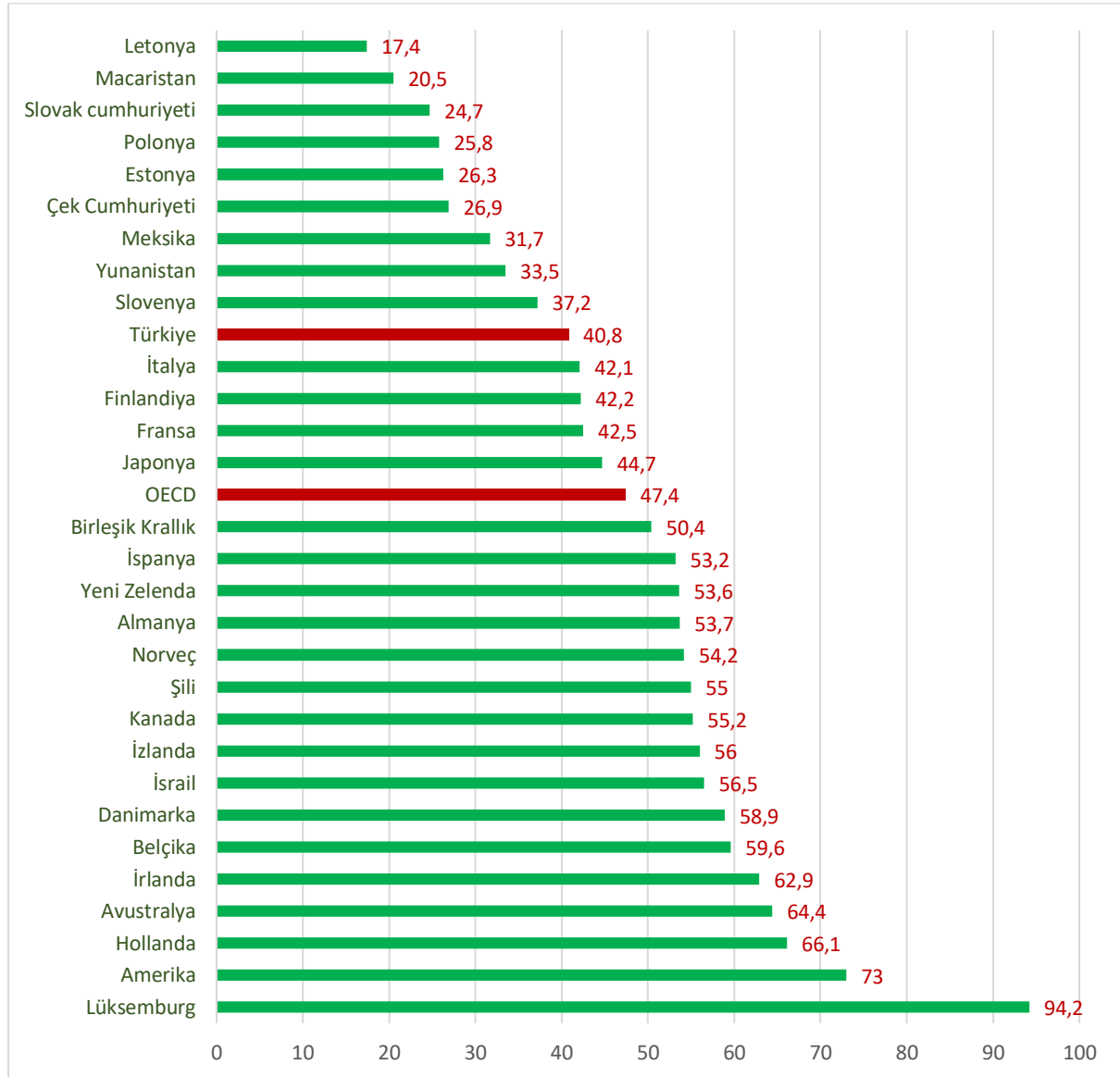
Grafik 8. 1.000 Kişi Başına Doktor 2000-20015 Yılı Artış Oranı



Kaynak: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.

2000-2015 yılı 1.000 kişi başına doktor artış oranını gösteren grafik incelendiğinde, mevcut ülkeler içerisinde Türkiye'deki artışın düşük olduğu görölmektedir. Brezilya ve Kore'de Türkiye'ye benzer oranda artış görölrken, en yüksek artışın yaşandığı ülkenin Yunanistan olduğu görölebilmektedir. Ayrıca Endonezya (0,3), Hindistan (0,7) ve Güney Afrika Cumhuriyeti'nde (0,8) Türkiye'den daha az bir artışın olduğu söylenebilmektedir.

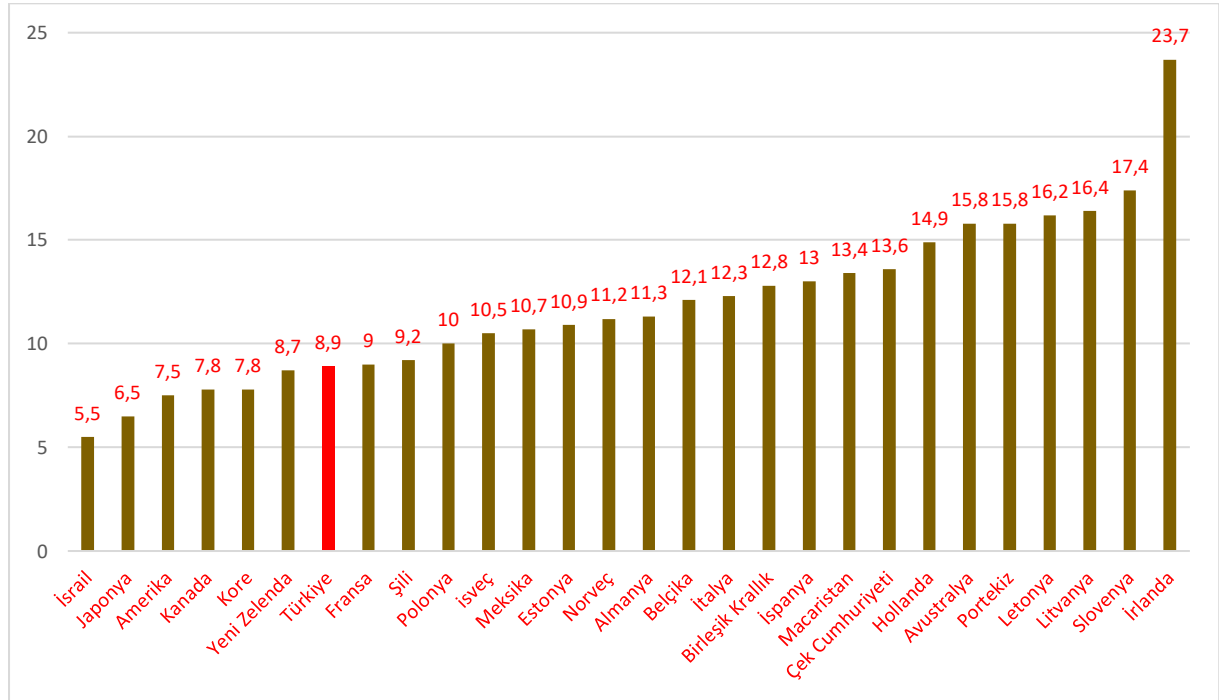
Grafik 9. Hastane hemşiresinin ücreti, ABD Doları



Kaynak: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.

Ülkeler bazında Hemşire ücretleri değerlendirildiğinde OECD ortalaması 47,4 ABD doları iken, Türkiye’ de 40,8 ABD doları şeklindedir. En düşük ücret Letonya’da (17,4) en yüksek ücretin de Lüksemburg’da (94,2) olduğu görülmektedir. Grafikteki en başta ve en sonda yer alan ülkeler arasında hemşire ücretleri farkının oldukça yüksek (yaklaşık 6 katı) olduğu saptanmıştır.

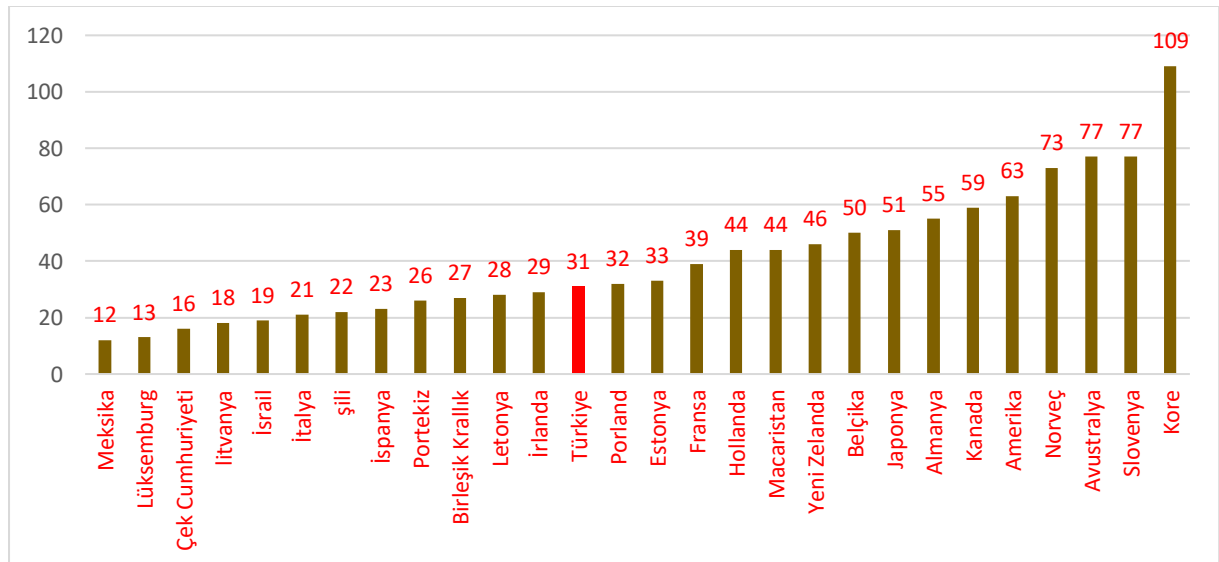
Grafik 10. 100.000 Kişi Başına Düşen Tıp Mezunu Sayısı



Kaynak: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.

Grafik 10' da ki verilere bakıldığında Türkiye'nin 100.000 kişi başına düşen tıp mezunu sayısının birçok ülkeye göre az olduğu görölmektedir. En fazla sayı İrlanda'da (23,7), en az sayının da İsrail'de (5,5) olduğu belirtilmektedir.

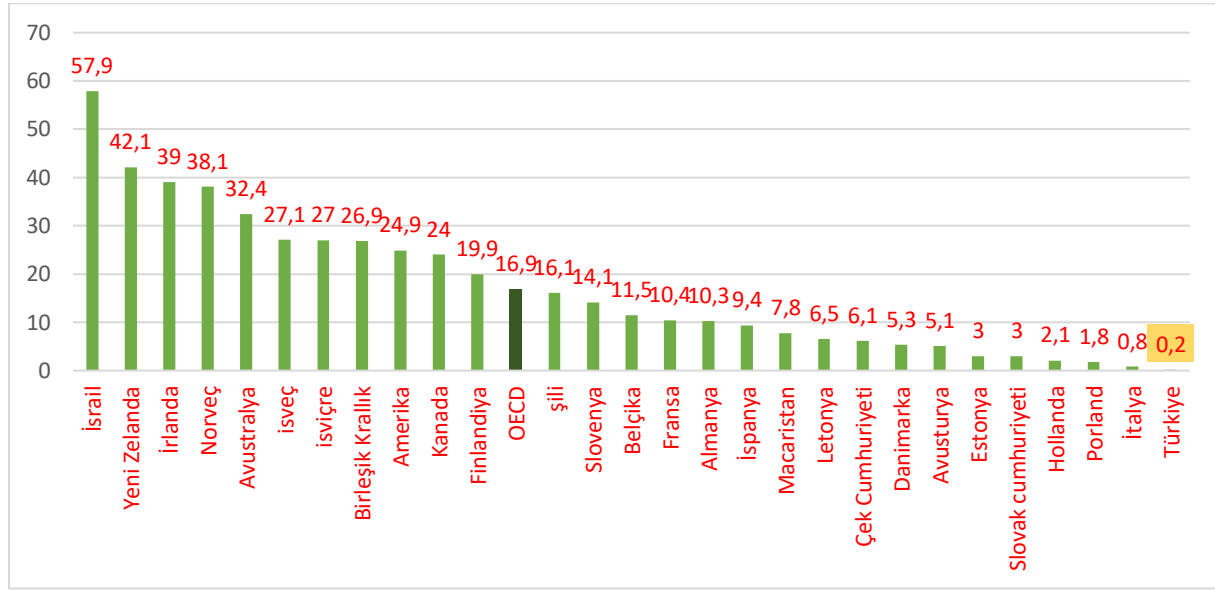
Grafik 11. 100.000 Kişi Başına Düşen Hemşire Mezunu Sayısı



Kaynak: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.

Grafik 11'e bakıldığında Türkiye'nin 100.000 kişi başına düşen hemşire mezunu sayısının 31 olduğu görülürken, en az mezunun Meksika (12), en fazla mezunun da Kore'de (109) olduğu görölmektedir.

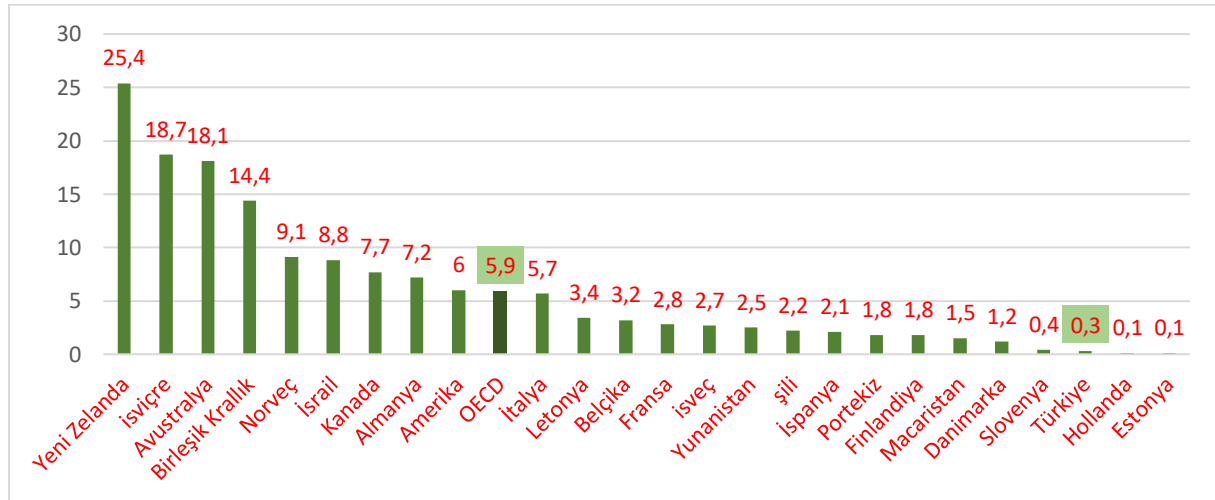
Grafik 12. Yabancı Eğitim Görmüş Doktorların Oranı



Kaynak: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.

Verilere göre ülkemizde doktorların % 0,2' si yabancı eğitim görmüştür. Yabancı eğitim gören doktorların OECD ortalaması ise 16,9 olarak görülmektedir. En fazla yabancı eğitim görmüş doktor İsrail' de (57,9) iken, en az olan ülke de Türkiye' dir.

Grafik 13. Yabancı Eğitim Görmüş Hemşirelerin Oranı



Kaynak: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.

Grafik 13' de yabancı eğitim gören hemşirelerin oranlarına bakıldığında OECD ortalaması 5,9 iken ülkemizde bu oranın 0,3 olarak görülmektedir. Mevcut ülkeler arasında ilk sırada OECD ortalamasının beş katı orana sahip Yeni Zelanda (25,4) yer alırken, son sırada Hollanda ve Estonya (0,1) olduğu görülmektedir.

2. SONUÇ ve TARTIşMA

Sağlık hizmetlerinin her aşamasında uzmanlık gerektirmesi bu hizmet anlayışındaki insan kaynağına bağımlılık derecesini de artırmaktadır. Özellikle sağlık hizmeti sunumunda hastayı odak noktası olarak gören ve hasta merkezli hizmet ölkemizde yaygın olarak benimsenmesi (Gökçe ve Bulduklu, 2015) sağlıktaki insan gücüne yatırımı etkilemektedir.

Türkiye'nin sağlıkta insan kaynakları incelendiğinde yıllar bazında her unvanda personel sayısında artış görölmektedir. Bu artış Türkiye genelinde gerçekteşmiş olsa da halen sağlıkta yeterli insan kaynağına ulaşım sağlanamamıştır. Buna rağmen ülke genelindeki insan gücü dağılımında da dengesizlikler görölmektedir. Araştırmalar sağlık personelindeki dengesizliğin dünya genelinde karşılaşılan önemli bir problem olduğunu göstermektedir (Özkan ve Uydacı, 2015). OECD verilerine göre dünya genelinde hekim yoğunluğu kentsel alanlarda görölmektedir. Türkiye'deki bu yoğunluk hem kırsal hem de kentsel alanlarda uluslararası karşılaştırmada birçok ölkenin gerisinde olmaktadır. Ayrıca elde edilen veriler ışığında bölgelerdeki hekim sayısı dağılımındaki bu farklılık özellikle Türkiye'nin Doğu bölgesinin aleyhine olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Dussault ve Franceschini' a (2006) göre kentsel ve sosyo-ekonomik düzeyi daha iyi olan yerlerde daha çok sağlık personeli bulunmaktadır. Özkan ve Uydacı'ya (2015) göre de Türkiye'de sağlık iş gücünün dengesiz dağılımında kültürel ve ekonomik nedenler etkili olmaktadır. Sosyal, kültürel ve mesleki avantajlar nedeniyle kentsel alanlar sağlık çalışanlarına ve ailelerine daha iyi kariyer ve sosyal imkânlar sunmakta bu da kentsel alanları sağlık görevlilerine daha cazip göstermektedir (Dussault ve Franceschini 2006). Buna karşın hekimlerin az gelişmiş bölgelere gitmek istemelerinin altında yatan neden olarak hekimlik mesleğinin hekime daha saygın ve prestijli bir konum kazandırması olduğu görölmektedir (Kılıç ve Tunç, 2004).

Çalışma sonucunda ulaşılan diğer bir sonuca göre, Türkiye'de tıp, eczacılık ve diş fakültelerindeki öğrenci sayısında artış vardır. Bununla birlikte eğitim veren öğretim üyeleri (yardımcı doçent, doçent, profesör) sayısında da öğrenci sayısına paralel olarak artış gözlemlenmektedir. Uluslararası verilerle karşılaştırıldığında ise, 100.000 kişi başına düşen hemşire sayısı birçok ölkenin gerisinde görölmekle birlikte mezun doktor ve hemşire sayısı bakımında da ölkemizin son sıralarda yer aldığı görölmektedir. Hizmet kullanıcılarının memnuniyetini kazanmada ve hizmetlerde amaçlanan verime ulaşmada insan kaynağının nitelik ve nicelik yönünden sahip olduğu kapasite önem arz etmektedir (Coulter, 1995). Son yıllarda Sağlık Bakanlığı'ndaki aktif çalışmalar sonucunda sağlıkta insan kaynakları planlaması ve yönetimi konusunda daha fazla farkındalık oluşmaya başlandığı gözlenmektedir. "Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu" çalışması ile insan kaynağı yetiştirmek, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarını ihtiyaca uygun yapmak, doğru sayıda personeli, doğru yer, doğru zaman ve doğru motivasyon ile istihdam etmek için sağlıkta insan kaynakları geliştirme sürecini başlatılmıştır (Nazhoğlu ve ark, 2011).

Verilere göre ölkemizde kişi başı hekime başvuru sayısı OECD verilerinin üzerindeyken 100.000 kişiye düşen hekim sayısı OECD verilerinin çok altında yer almaktadır. Buna rağmen sağlık ve sosyal istihdamın toplam istihdamdaki payının yıllar bazında artış gösterdiği görölmektedir.

Araştırma sonucunda ölkemizdeki yabancı eğitim görmüş doktor ve hemşire sayısının birçok ölkeye nazara düşük olması da ulaşılmış olunan diğer önemli bir sonuç olarak görölmektedir. Farklı bir eğitim sisteminin farklı bakış açıları geliştirmede etkisi yadsınamaz. Bununla birlikte farklı literatürden beslenmiş insan kaynağının verimi de kaçınılmaz görölmektedir. Bu bağlamda potansiyel insan kaynağını ülke dışında eğitim görme hususunda motive etmenin sağlık alanı gibi kompleks bir yapıda yüksek çıktılar sağlayacağı düşünölmektedir.

Sağlık insan gücünün etkin ve verimli kullanılabilmesi için sağlık insan kaynakları planlamasının iyi yapılmış olması gerekmektedir. Bu kaynağı kontrollü kullanabilmek için de stratejik planlama önem arz etmektedir (Dussault ve Franceschini, 2006). Bu doğrultuda devlet destekli çalışmaların yapılması ve çalışmaların uygulamaya dönüştürülmesi gerekli görölmektedir. Sağlık kurumları için her kademedede işgücü yetiştirmeyi hedef alan eğitim kurumlarının da sağlık kurum ve kuruluşları tarafından desteklenmeleri, birer aday olarak görölen öğrencilere uygulamalı eğitim fırsatı sunmayı vazife olarak görmeleri gerekmektedir.

3. KAYNAKLAR

- Akdur R. 2006. Sağlık sektörü: temel kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde durum ve Türkiye'nin birliğe uyumu, Ankara, ATAUM Araştırma Dizisi, Ankara Üniversitesi Basımevi, s. 15.
- Altay A. 2007. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi, 64, 3358.
- Coulter A. 1995. Shifting the balance from secondary to primary care. BMJ Clinical Research, 311(7018), 1447-8.
- Çoban H. 2009. Sağlık ekonomisi ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
- Eriğüç G. 2007. Sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi. Uluslararası Sağlık Ve Hastane Yönetimi kongresi, 81-91.
- Demirbilek S, Çolak M. 2008. Sağlık hizmetlerinde kalite: Manisa ili örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2, 91-111.
- Dussault G, Franceschini M.C. 2006. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health work force. Human Resources for Health 4(12), 1-2 <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>
- Fişek N. 1983. Halk sağlığına giriş, Ankara, Çağ Matbaası, s. 52.
- Flynn WJ, Mathis R.L, Jackson, JH, Langan PJ. 2004. Healthcare human resource management. Ohio: Thomson Learning South-Western Mason.
- Gökçe O, Bulduklı Y. 2015. Sağlık hizmetlerinin sunumunda "müşteri hasta" ve etik sorunlar. Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi (The Journal of Social Economic Research) ISSN: 2148 – 3043, 15(29).
- Hayran O, Sur H. 1998. Sağlık hizmetleri el kitabı, İstanbul, Yüce Yayım A.ř., s. 81.
- Kavuncubaşı ř. 2000. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi, Ankara, Siyasal Kitabevi. S. 40.
- Kılıç M, Tunç ř. 2004. İnsan kaynakları planlaması açısından Doğu Ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde çalışan hekimlerin sorunları ve memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi" Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(1), 40-64.
- Kocasoy A. 2014. Türkiye'de sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar ve finansmanı. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon.

- Kurtulmuş S. 1998. Sağlık ekonomisi ve hastane yönetimi. İstanbul, Değişim Dinamikleri Yayınları, s. 5.
- Lağarlı T, Eser E, Akdeniz M, vd., 2011. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (primary care assessment survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 16-32.
- Last JM, Wallace RB. 1992. Maxy-Rosenau-Last public health and preventive medicine. Appleton and Large, Connecticut.
- Lehmann U, Sanders D. 2007. Community health workers: what do we know about them? Geneva, World Health Organization, (http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf).
- Macinko J, Starfield B, Shi L. 2003. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2015.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 1970-1998. Health Services Research, 38(4).
- Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Gümrükçüoğlu O., Ünüvar N, Aydın S. 2007. Sağlıkta insan kaynakları mevcut durum analizi. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara, Tasarım& Baskı: Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic. Ltd. Şti.
- Musgrove P, Zeramini R, Carrin G. 2002. Basic patterns in national health expenditure. Bulletin of the World Health Organization, 80, 134-146.
- Mutlu A, Işık AK. 2012. Sağlık ekonomisine giriş, Bursa, Ekin Kitapevi, s.55.
- Nazlıoğlu S, Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Öncül HG, Erkoç Y, Çinal A, Aydın S, Ünüvar N, Tosun N. (Ed). 2011. Sağlıkta insan kaynakları 2023 vizyonu, TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 851. Ankara. 1-10.
- Ocak S, Gider Ö, Top M, Şahin B, Tarcan, M. 2004. Muğla devlet hastanesinde hemşirelerde rol belirsizliğine ilişkin bir çalışma. Modern Hastane Yönetimi, 8(1), 54-62.
- Özdemir O, Ocaktan E, Akdur R. 2003. Sağlık reformu sürecinde Türkiye ve Avrupa'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 56, 207-216.
- Özkan Ş, Uydacı M. 2015. Türkiye'de sağlık sektöründe insan kaynakları sisteminin incelemesi. Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi, 11(44), 221-238.
- Öztek Z. (1995), Sağlık Hizmetleri Planlamasının Temel İlke ve Teknikleri, Ankara, Sağlık Bakanlığı Uyum Eğitimi Materyali.

- Öztürk M. 2000. Çağdaş hastane yöneticiliği sorunlar ve yaklaşımlar, İstanbul, MTM Yayın, s.14.
- Patterson C, Chambers IW. 1995.Preventivehealthcare, the lancet. 345, pp. 1611–1615.
- Somuncuoğlu S. 2012. Sağlık kurumları yönetimi-I, (Editör) Mehtap TATAR, Anadolu Üniversitesi, TC Anadolu Üniversitesi Yayını No:2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1599.
- Sullivan TM, Strachan S, Timmons BK. 2007. Guide to monitoring and evaluating health information products and services. Baltimore, MD, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Constella Future sand Management Sciences for Health.
- Taylor RJ, Taylor SB. 1994.Auphmanual of health services management, Boston,AspenPub.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği yıllığı, 2016.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu.
- Ünal E. 2013. Sağlık ekonomisi ve yönetimi, Bursa, Ekin Yayınevi. S.8.
- Wolf JA, Suttentfield LJ, Binzen SC. 1991.Thefamilyplanningmanager’shandbook. Management Sciences for Health, Kumarian Press., Connecticut .
- World Health Organization [WHO] 2009. Human Resources for Health.
- Yerebakan M. 2000. Özel hastaneler araştırması mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerileri, İstanbul, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26.

Özer, K. (2018). Maliyet Paylaşım Yöntemlerinin Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Üzerine Etkisi. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 30-44.

Derleme/Review

Makale Geliş Tarihi:01.02.2019
Makale Kabul Tarihi: 07.02.2019

MALİYET PAYLAŞIM YÖNTEMLERİNİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİ



<https://doi.org/10.35375/sayod.520951>,

Kubilay ÖZER¹

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, finansman kaynakları ve yöntemleri, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gündemi işgal eden konular arasında yer almaktadır. Bunun nedeni, kaynaklarının gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun her ülkede kıt olması, artan sağlık hizmetleri talebinin karşılanamaması ve mevcut kaynakların verimli kullanımı ihtiyacıdır.

Maliyet paylaşımı, sağlık hizmetleri için kısmen cepten ödenen bir sağlık bakım maliyeti kapatma tekniğidir. Maliyet paylaşımı ile sağlık hizmetinden yararlananlarda maliyet bilinci oluşturmak suretiyle, sağlık hizmetlerine olan talebi azaltmak için sıkça kullanılan bir yöntemdir.

Çalışma literatür taramasına dayalı teorik araştırma niteliğindedir. RAND sigorta deneyi bulgularından yola çıkılarak ülkemizde uygulanan maliyet paylaşım yöntemlerinin sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsü üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Son 15 yılda Sağlıkta Dönüşüm Programıyla kişi başı hekime müracaatlarının arttığı, halkın sağlık statüsü göstergelerinde iyileşmeler olduğu ve sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. Harcamadaki artışlar sürdürülebilirlik tartışmalarını beraberinde getirirse de sağlığa ayırdığımız pay dünya ile karşılaştırıldığımızda hala düşük oranda kalmaktadır.

Sonuç olarak, harcamaların kontrol altına alınması için uygulamaya katkı payı uygulamaları sağlık hizmeti kullanımını düşürememiş, halkın sağlık statüsüne olumsuz etkisi yönünde bulgulara rastlanmamıştır. RAND sigorta deneyi verilerinden hareketle sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, hizmette erişiminde adaletin sağlanması ve sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliğinin garanti edilmesi için maliyet paylaşım yöntemlerinin daha etkin kullanıldığı düzenlemelere ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Maliyet, Paylaşım

COST SHARING METHODS

THE USE OF HEALTH CARE AND THE EFFECT ON HEALTH

ABSTRACT

The financing of health services, sources and methods of financing are among the issues that occupy the agenda in both developed and developing countries. The reasons; resources are that scarce in every country regardless of their level of development, unabling to meet the demand for health services increased and the efficient use of existing resources is the need for.

Cost-sharing is partially for health services out-of-pocket payment for the cost of health care closure technique. Benefiting from cost sharing with the health service cost for patients by creating awareness, a commonly used method to reduce the demand for health care services.

¹ Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Programı öğrencisi, kubilayozer@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4043-5047>

The study is a theoretical research based on literature review. RAND Insurance Experiment, health status and health service use that is applied in our country were investigated for effects on cost sharing methods.

In the last 15 years with the Health Transformation Program, increased number of doctor examination per person, improvement in public health status indicators and observed that increased health expenditures. Although the increases in spending bring about sustainability discussions, our share of health still remains low when compared to the rest of the world.

As a result, the contribution of the application to control expenditures could not reduce the use of health services, no negative effects on public health status were found. Based on RAND insurance test data; there is a need for more effective use of cost sharing methods to control health expenditures, to ensure justice in access to services and to ensure the financial sustainability of the social security system.

Key words: Health, Cost, Sharing

MALİYET PAYLAŞIM YÖNTEMLERİNİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİ

Dünya Sağlık Örgütü 1948 yılında sağlığı şu şekilde tanımlamıştır: “Sağlık, sadece hasta veya yeti yitiminin olmaması değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” (WHO, 2011) Bu tanım genel kabul görmüştür. Kabul görmüş bu tanım üzerinden insanlara sağlık hizmetini nasıl sunulacağı ve bu sunumun finansmanını nerden karşılanacağı üzerinde uzlaşmış mükemmel sistem bulmak neredeyse imkânsızdır (Tatar, 2017, s.90). Ayrıca adil, nitelikli, ulaşılabilir ve sürdürülebilir bir sağlık sistemini oluşturmak için çözüm arayışları devam etmektedir (Özer, 2015, s.50).

Literatürde Sağlık sigortasının tıbbi harcamaları nasıl etkilediğine dair çok sayıda çalışma olmasına rağmen RAND Sağlık sigortasının yeri ayrı durmaktadır. Günümüzde üzerinden 40 yıl geçmesine rağmen ABD tarihinin en büyük sağlık politikası çalışması olan RAND Sağlık Sigortası Denemesi (HIE) hala güncelliğini korumaktadır (RAND 2016).

Deney maliyet paylaşımı düzenlemelerinin insanların sağlık hizmetlerini nasıl kullandığını, aldıkları bakımın kalitesini, bunların sağlık hizmetlerini nasıl etkilediğini ve sağlık statüsüne etkilerini araştıran tek deneysel çalışma olup zengin ver tabanı bu çalışmada olduğu gibi pek çok çalışmanın referans noktası olmuştur (RAND 2007).

1.SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetlerinin mutlaka karşılanması gereken bir sosyal hizmet olduğu halde kendine özgü özellikleri, diğer mal ve hizmetler için geçerli ekonomik kuralların ve uygulamaların bu sektör için de geçerli olmasını mümkün kılmamaktadır (Tiryaki ve Tatar, 2000). Bu özelliklere finansman açısından baktığımızda en önemli olan “belirsizlik” özelliğidir. Sağlık sektörünün belirsizlik(risk) hastalık ve yeti yitimi hali ile ne zaman, nerede, nasıl karşılaşacağını bilinememesi ve sağlık hizmeti ihtiyacı ile karşılaşılan noktada bu hizmetlerin maliyetlerinin kişilerin ödeyebileceğinden çok daha fazla olabilme ihtimali gibi kendine özgü özellikleri, kişilerde sağlık gereksinimlerini güvenceye alma arzusunu doğurmuştur. Bu gereksinin sağlık sigortasının temel gerekçisini oluşturmaktadır. (Tiryaki ve Tatar, 2000; Çelik, 2016, s.49).

Sağlık sigortası kapsamında satın alma gücü kazanan bireyler, bu gücü diğer piyasalarda olduğu gibi kullanamamaktadırlar. Bunun temel nedenlerinden biri sağlık hizmetleri piyasasının her alanında görülen asimetrik bilgi nedeniyle, hastası sigortalı olan hekimin davranışı bu durumdan etkilenebilmekte ve hekim hastasına pahalı ve karmaşık tedavi uygulama yoluna

gidebilmektedir (Bilgili ve Ecevit, 2009, s.203). Bir diğeri birey sağlık sigortası yok iken talep etmeyeceği sağlık hizmetlerini sigortalandıktan sonra talep etme eğilimine girmesidir (Tiryaki ve Tatar 2000, s.128;). Başka bir neden ise sağlık sigortası sahibi olan bireyde sağlığın bozulmasına neden olacak etkenleri “nasıl olsa sağlık güvencem var” diyerek (Erdem ve Yıldırım, 2003, s. 8) önemsememe veya önleyici sağlık hizmetlerini kullanmama gibi davranış değişiklikleri meydana gelmektedir (Akbulut, 2012). Genellikle bu tutum ve davranışlar, sağlık hizmetleri piyasasında kaynakların aşırı kullanılması ve harcamaların artmasına neden olmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2009, s.203).

Bu eğilimi önlemek sigortalılarda maliyet bilincini uyandırmak amacıyla maliyet paylaşımı esasına dayanan uygulamalar geliştirilmiştir. Bu yolla, sigorta şirketleri sigortalının sağlık hizmetini kullanımı soruncu ortaya çıkan tüm harcamaları finanse etmek yerine bir bölümüne (genellikle % 20-25) kendisinin katılımını beklemektedir (Tiryaki ve Tatar, 2000, s. 128).

Hasta ve doktorun davranışlarına bağlı olarak ortaya çıkan maliyet artışına çözüm üretme konusunda farklı yöntemler vardır (Çoban, 2009, s.130). Bu yöntemlerin maliyet artışına ideal çözüm noktasında hem arz hem de talep cephesinde yer alanların belli oranlarda maliyete katlanmaları gerektiği görüşünde birleşmektedir. (Bilgili ve Ecevit, 2009, s.204).

2.SAĞLIK SİGORTALARI:

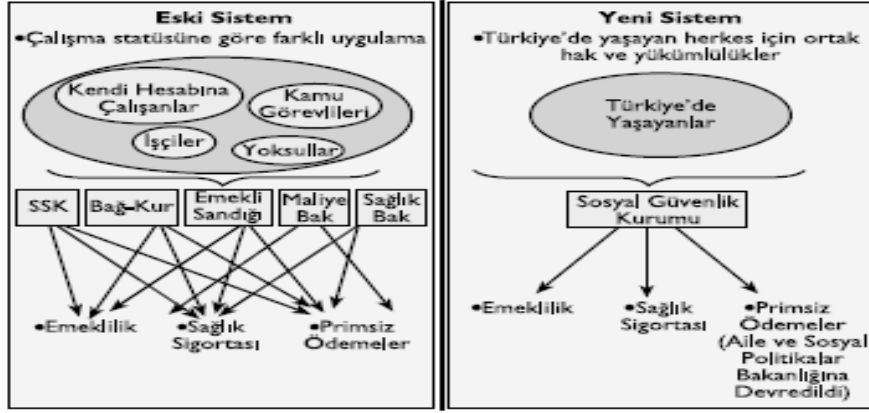
2000 li yıllara gelindiğinde Türkiye’de sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı olarak sağlık yardımı yapan çalışma statüsüne göre farklı sağlık sigorta sistemleri olan SSK, ES ve Bağ-Kur’ un kapsamı tüm nüfusun sağlık sigortası kapsamına alınmasını sağlayamamıştır. Bu nedenle primsiz sistem olarak geliştirilen Yeşil Kart la sağlık yardımları yapılmış, bu yardımlar genel bütçeden karşılanmıştır. Ancak bu parçalanmış yapı, sistemde birçok sorunu beraberinde getirmiştir (Kaya, 2008, s.93; Yıldırım vd, 2012, s.131) .

Türkiye, sağlıkta dönüşüm programı (SDP) ve sosyal güvenlik reformu kapsamında sağlık güvencesi sunan mevcut sosyal güvenlik kurumlarını 2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirdikten sonra 2008 yılında uygulamaya başladığı genel sağlık sigortası (GSS) programı ile tüm nüfusu sağlık güvencesi kapsamına almıştır. 1 Ocak 2012 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) kanunun yürürlüğe girmesiyle, istisnalar haricinde sosyal güvencesi olmayan kişiler de dahil olmak üzere herkesi kapsamı içene aldı. Sosyal güvencesi olmayan kişiler gelir testi yaptırarak GSS kapsamına dahil edilmiştir (Erol ve Özdemir, 2014, s.13; Resmi Gazete, 2012, sayı: 28280; Yıldırım vd, 2011, s.132).).

Sosyal güvenlik reformu sosyal güvenlik sistemimizin çağdaş norm ve ilkelere kavuşturulması, dünya standartlarına ulaştırılması hedefleri doğrultusunda hayata geçirilerek sistemde önemli değişiklikler yapılmıştır.

Türkiye’de 2006 öncesi gelinen durum ve 2006 yılından itibaren kademeli olarak uygulanmaya başlanan mevcut sosyal güvenlik sistemi yapısı Şekil.1’de gösterilmektedir.

Şekil 1 Eski ve yeni sosyal güvenlik sistemi



Kaynak: Anadolu Üniversitesi yayınları 2012

Şekil 1'i incelediğimizde Sosyal güvenlik reformunun, hizmet kurumlarını SGK çatısı altında toplayarak kurumsal çok başlılık tartışmalarına son verdiği görülmektedir (Orhan, 2016, s.184).

Yapılan reform çalışmalarının sistemin tüm sorunlarını karşılayacak yeterlilikte olup olmadığı tartışılmaktadır. Reform çalışmalarında temel amaç sosyal güvenlikle sistemi ile ilgili iyileştirmeler yapmaktan çok sistemin açıklarının azaltılması olmuştur (Tepekule, 2008, s.160). Reform ile birlikte sigortalı hak ve yükümlülükleri bakımından norm ve standart birliğini sağlamak, tüm vatandaşlarımıza eşit ve adil hizmet sunulmasını sağlayacak genel sağlık sigortası rejimini oluşturmak, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlamak, suretiyle adil, kolay erişilebilir mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemine ulaşabilme hedeflerine tam ulaşamadığı, sosyal güvenlik bütçesinin açık verdiği görülmektedir (Alper 2015 s.21; Orhan 2016 s.184; Tepekule 2008, s.160; Yılmaz ve Yentürk, 2015, s.10).

Sağlık harcamaları; nüfusun yaşlanması, teknolojik gelişmeler, vatandaşların beklentileri, sağlık güvencesinin genişlemesi, hizmet sunumu ve hekimlere yapılan ödemelerin değişmesiyle birlikte artış göstermeye başlamıştır. Kaynakların kıt olması, ülkelerin çeşitli politikalar geliştirmesini zorunlu kılmıştır. Maliyet paylaşımı politikası neredeyse tüm ülkelerde kullanılan bir uygulamadır (Koruyucu ve Oksay, 2018, s.266).

3.MALİYET PAYLAŞIMI

Sağlık hizmetlerinin talep tarafını ilgilendiren bu politikalar, sağlık hizmetleri kullanıcılarının hizmet karşılığı yaptıkları doğrudan ödemeleri kapsar. Maliyet paylaşımının amacı talebin kontrol edilmesidir, sağlık hizmetlerinden yararlananların kısmen cepten yaptıkları harcamaları kapsayan bir maliyet sınırlandırma ve hastayı yönlendirme yöntemi olarak kullanılmaktadır (Remler ve Grence, 2009,s.293; Saltman ve Figüeras, 1998, s.84).

Talebi azaltmak için sıkça kullanılan maliyet paylaşım politikaları düşük gelir grupları için etkili sübvansiyon önlemleri alınmadığı sürece, adaleti sağlama ve hizmetlere erişim konularında sorunlara neden olabilmektedir (Günaydın, 2012, s.206).

Ülkemizde de son 10 yıldır kullanılan bu finansman yöntemi, ek gelir elde etmekten ziyade sağlık hizmeti sunumunda sevk zincirine dikkat edilmesi ve sağlık hizmetlerinin

özelleştirilmesine adım atılması amacıyla kullanılmaya başlandığı görölmektedir (Koruyucu ve Oksay, 2018, s.266).

4. MALİYET PAYLAŞIMININ SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANIMI VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Maliyet paylaşımı yöntemiyle sağlık hizmetlerine ulaşabilmek için daha fazla ödeme yapanların hizmetlerden yararlanma oranları düştüğü, böylelikle ilk bakışta sağlık maliyetlerinin azalması gibi görölsede uzun dönemde daha önemli sağlık sorunlarının yaşanmasına ve harcamaların artmasına neden olabilmektedir (Remler ve Grence, 2009, s.294).

Maliyet paylaşımı uygulamalarında gelir durumu dikkate alınmadığında düşük gelir grubundaki insanlar için katkı payı ve sigorta ödemeleri bir yük olduğu görülecektir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin finansmanında ve erişiminde hakkaniyet sağlanması için geliri belli bir seviyenin altında olanlara muafiyet sağlanmalı ya da bu ödemeleri karşılayacak önlemler alınmalıdır(Günaydın, 2012, s.206; Gündüz, 2015, s.61).

Aksi takdirde maliyet paylaşımı politikaları ile ancak düşük gelir grubundaki insanların sağlık hizmetlerinden uzak kalması sağlanmış olurken, gelir düzeyi nispeten yüksek insanlar için pek fazla bir etki yapmayacaktır (Günaydın, 2012, s.206).

Bu bağlamda söz konusu reform uygulamalarının ulaşmak istediği çeşitli amaçlar bulunmaktadır. Bahçe, Köktaş ve Abuhan (2012) bunlar aşağıdaki gibi sıralamıştır:

1. Ahlaki tehlike nedeniyle oluşan aşırı talebin önlenmesi,
2. Gereksiz tetkik ve tedaviler nedeniyle artan sağlık harcamalarının azaltılması,
3. Ek gelir elde ederek, mali sürdürülebilirliğin sağlanması,
4. Sağlık hizmet sunumuna erişimde hakkaniyetin sağlanması,
5. Hizmet sunucuları tarafından oluşturulan yapay talebin önlenmesi,
6. Hastanın bilinçlendirilerek, harcamaların kontrol altına alınmasıdır.

Maliyet paylaşım(katkı payı, ek sigorta vb.) unsurlarının temel mantığı sektördeki aşırı talebi azaltıp bilinçsiz harcamaların yönlendirilerek, sağlık harcamalarını ve bu bağlamda sağlık harcamalarını kontrol altına almak olarak özetlenebilir (Özgen, 2008, s. 207).

Maliyet paylaşım modelleri ve sağlığa etkisi üzerinde yapılan en kapsamlı ve önemli çalışma kuşkusuz ABD' nin Health Insurance Experiment (RAND) Sağlık Sigortası denemesidir.

4.1. RAND sigorta deneyi

Maliyet paylaşım modellerinin sağlık hizmetlerinin kullanım ve sağlık üzerine etkilerine ilişkin büyük ölçekli, çok yıllı ve deneklerin rastgele seçildiği tarafların tartışmalarına deneysel düzeyde ışık tutabilecek kapsamlı araştırma ABD'de 1971 ile 1982 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. (RAND, 2006, s.1). RAND Bu çalışma oldukça eski olmasına rağmen maliyet paylaşımı, hizmet kullanımı, kalite bakımı ve sağlık üzerindeki maliyetin etkisini uzun vadede ortaya koyan bulguları halen geçerliliğini koruyan ve konuya ilişkin en fazla atf alan araştırma olarak görölmektedir (Yıldırım, 2012, s.93; Koruyucu ve Oksay, 2018, s.282).

RAND Sağlık Sigortası Deneyi üç temel soruya cevap aramıştır (RAND, 2006, s.1): Bunlar

1- Ücretsiz sağlık hizmetleri ile karşılaştırıldığında, maliyet paylaşımı veya Sağlık Bakım Organizasyonu (Health Maintenance Organisation - HMO) üyeliği sağlık hizmetlerinin kullanımını nasıl etkiler?

2-Maliyet paylaşımı veya HMO üyeliği alınan sağlık hizmetinin uygunluğunu ve kalitesini nasıl etkiler?

3-Maliyet paylaşımının veya HMO üyeliğinin sağlık açısından sonuçları nelerdir

Araştırmaya (RAND,2006, s.2).

- “Her birisi 65 yaşın altında olan 7700 bireyden oluşan toplam 2750 aile alınmıştır.
- Bölgesel ve kıır/kent dengesini sağlamak için bu aileler ABD'nin altı farklı yerinden seçilmiştirlerdir.
- Katılımcılar deney için spesifik olarak oluşturulan beş sağlık sigortası programından birisine rastgele dahil edilmiştir (1-Ücretsiz, 2-% 25 katılım, 3-% 50 katılım, 4-% 95 katılım, 5-HMO (Kar amacı gütmeyen ön ödemeyle çalışan koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen organizasyon kapsamında ücretsiz)).
- Planlar kapsamında maliyet paylaşımına maruz kalan yoksul aileler için ise, maliyet paylaşım miktarı gelir-ayarlı olarak üç düzeyden birine (gelirin %5, %10 ve %15'i olmak üzere) göre belirlenmiştir”

RAND Sağlık Sigortası Deneyi' nin sağlık hizmetlerinin kullanımı ve maliyetler üzerine etkileri konusundaki temel bulguları Tablo 1'de verilmiştir:

Tablo 1. Rand sigorta deneyi sonuçları.

	Yüz yüze Muayene (kişi başi)	Toplam Harcama 1984 (\$) (kişi başi)	Herhangi bir sağlık servisini kullanma durumu (%)
Ücretsiz	4,55	749	86,8
% 25 katılım	3,33	634	78,8
% 50 katılım	3,03	674	77,2
% 95 katılım	2,73	518	67,7
HMO (Ücretsiz)*	3,02	608	72,3

* Sağlık İdame Organizasyonu olarak da Türkçeye çevrilebilen HMO, 1927 yılında ABD'de uygulanmaya başlanan kar amacı gütmeyen bir hizmet sunum ve finansman organizasyonudur

Kaynak: Rand 2006 s:2-3 (Deney verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.)

Tabloyu incelediğimizde HMO kapsamında hiçbir ödeme yapmayanların tamamen ücretsiz olarak sağlık hizmeti alanlardan sağlık hizmetini daha az kullandıkları, toplam harcamalarının düşük olduğu; maliyet paylaşımına katılım oranı arttıkça hizmetlerin kullanımı ve harcamaların azaldığı görölmektedir.

RAND sağlık sigortası deneyi genel olarak, maliyet paylaşımının neden olduğu sağlık hizmetini daha az kullanma katılımcıların sağlığı üzerinde olumsuz bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Ancak en fakir hastalar arasında; yüksek tansiyonun kontrolünde, diş sağlığı, görme ve seçilmiş ciddi belirtilerde iyileşmelere yol açmıştır. Ayrıca maliyet paylaşım yöntemlerine katılım

oranlarının katılımcılar sigara içme ve aşırı yeme gibi sağlıkları için riskli görölen alışkanlıklarında değişiklik tespit edilmemiştir.

4.2. Türkiye Sağlık Ortamında Kullanıcı Katkıları Politikaları 2003 sonrası dönem

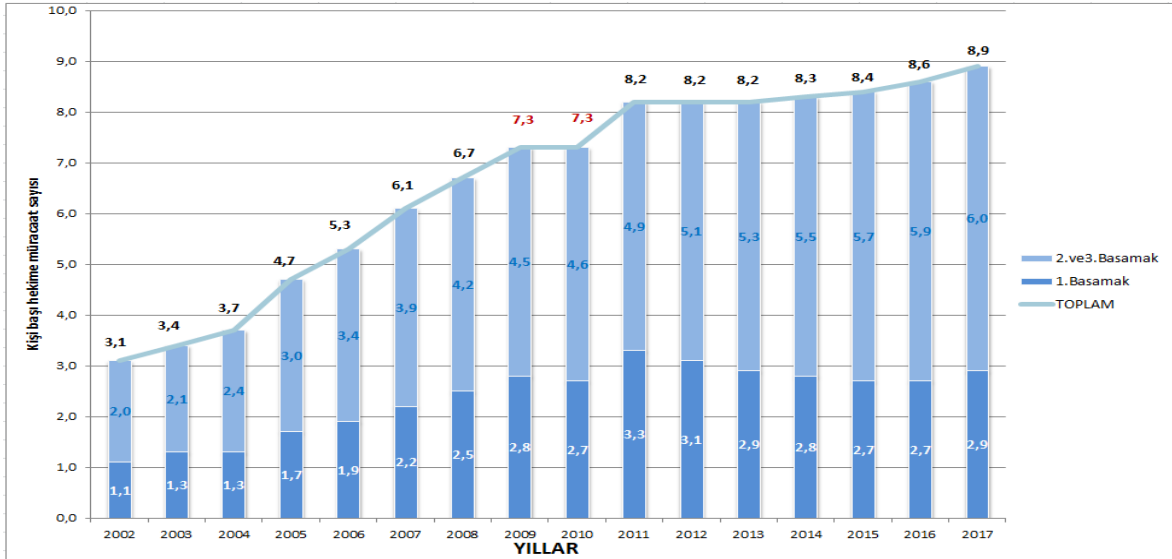
Türkiye sağlık ortamı son 20 yıl içinde sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişimlerle birlikte iyileşmeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyeti arttırmak, sağlık sigortasının kapsamını geliştirmek, sağlık sigortasının derinliğini arttırmak, sağlık hizmetlerini yapılan reformlarla birlikte hayata geçirmeye çalışılmıştır (Koruyucu ve Oksay, 2018, s.296) .

2003 yılı itibariyle uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte, Türkiye’de demografik özellikler itibariyle sağlık göstergelerinde iyileşmeler görölmüş ve OECD ölkelerine yakın sonuçlar elde edilmiştir (Bahçe vd, 2012, s.306) .

4.2.1.SDP ve Sağlığa Erişim

SDP nin 2002 yılında uygulamaya konmasının ardından 2005 yılında sağlık hizmet sunucularının tek çatı altında toplanarak, 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK, Emekli Sandığı ve BAĞKUR tek şemsiye altında birleştirildi. Böylelikle sosyal güvenlik kapsamında yer alan nüfus oranı arttığı, güvence kapsamının genişleyerek sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştığı görölmektedir. (Bahçe vd, 2013, s.300; Önder, 2013, s:102). Şekil 2’ de göröldüğü üzere bu uygulamalar 2002 yılında 3,2 olan kişi başına hekim müracaatını 2009 yılına gelindiğinde 7,3’ e kadar yükseltmiştir.

Şekil 2. Yıllara Göre Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, Türkiye



Kaynak: 1-Sağlık Bakanlığı 2011 İstatistik Yıllığı s:91. 2-Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 s:155 (Şekil Sağlık Bakanlığı verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.)

Şekil 2’de incelediğimizde, Türkiye SDP ile birlikte hizmete erişimi kolaylaştırmış ve kişi başı hekim başvuru sayıları yıllar itibariyle artmıştır. Kişi başı hekime müracaat sayısı 2002 yılında toplamda 3,1 olarak gerçekleşmişken 2017 yılında 8,9’ a ulaşmıştır.

Bu bağlamda, söz konusu artış, maliyetler ve harcamalardaki artışı beraberinde getirmiştir. 2009 yılı Eylül ayına gelindiğinde Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ Resmi Gazetede Yayınlanarak uygulamaya konulmuştur (Resmi gazete, 2009; sayı:27353). Tebliğin 6. maddesine göre; Sosyal güvenlik ve Yeşil kart kapsamındaki kişilerin sağlık kurum ve kuruluşlarındaki ayakta tedavilerine ilişkin hekim ve diş hekim muayenelerinden; birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerinde 2 TL, İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 8 TL ve Sosyal güvenlik kapsamında olup da özel sağlık kurumlarından hizmet alanlardan 15 TL, tutarında katılım payı alınması ilk defa gündeme gelmiştir. Ayrıca sağlık uygulama tebliği 24.1.1.1. maddesi Birinci basamak sağlık kuruluşlarına ödeme başlığı altında “Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki ayaktan tedavilerde, her başvuru için 11 YTL ödeme yapılır. Hastanın diğer bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde ise sadece 5 YTL ödeme yapılır.” İfadeleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaatların azaltılmasını hedeflemiştir (SUT, 2009, s.64).

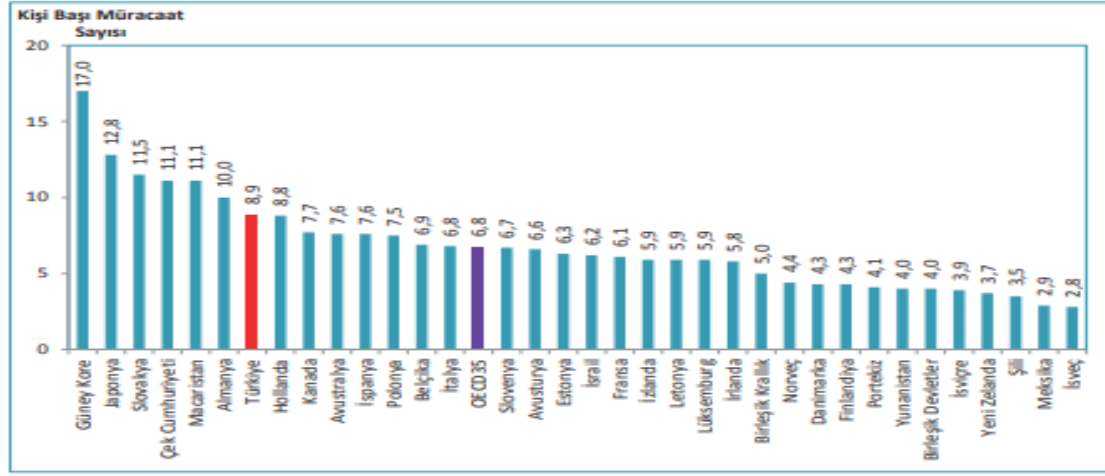
2010 yılında, uygulamaların etkisini göstererek kişi başı hekime müracaat toplamda 7,3 te kalarak artmamıştır. 2010 yılı Haziran ayına gelindiğinde 1. Basamak aile hekimi ve diş hekim katkı payları kaldırılmıştır (SUT 2010, s.5). Şekil 2 yi incelediğimizde bu uygulama ile 2011 yılında 1. Basamak sağlık kuruluşlarına müracaat sayısının 3.3’e çıktığı görülecektir. Ancak bu uygulamanın yıllar içerisinde ikinci ve üçüncü basamak müracaatları azaltmadığı görülmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ 28 Aralık 2018 tarihli ve 30639 sayılı mükerrer Resmî Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Tebliğin 1.8.1 maddesinin 1. fırcasına göre “*Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekim muayenesinden katılım payı alınmayacaktır. İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 6 (altı)TL, Üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde 7 (yedi)TL, Üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında.8 (sekiz) TL, Özel sağlık hizmeti sunucularında 15 (onbeş) TL” katkı payı alınmaktadır.*” 18.1.1 Madde 3.fırcasına göre “*Acil servislere müracaatlarda yeşil alan muayenesi sonucu 20 (yirmi) TL fark ücreti alınmaktadır.*” 18.1.1 Madde 6. fırcasına göre “*acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı uzmanlık dalında farklı sağlık hizmeti sunucusuna yapılan başvurularda katkı payı 5 (Beş) TL artırılarak hesap edilmektedir*”. Madde 18.2. “*emekliler için %10, çalışanlar için %20 (Raporlularda muaף) ilaç katılım bedeline ek olarak her bir reçete için; 3 kutuya kadar (üç kutu dâhil) temin edilen ilaçlar için 3 (üç) TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 (bir) TL ilaç katılım bedeli ve varsa eş değer etken madde farkı alınmaktadır.*” (SUT 2018, s.11-13).

2002 yılında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,1’den 2017 yılına gelindiğinde 8,9’a yükselmiştir. Kişi başı hekime müracaat sayıları bakımından uluslararası bir karşılaştırılmasına ilişkin veriler Şekil 3’de gösterilmektedir.

Şekil 3. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2016

Şekil 8.3. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2016



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2018

Not: Türkiye verisi 2017 yılına aittir. Ülke verileri 2016 yılına veya en yakın yıla aittir.

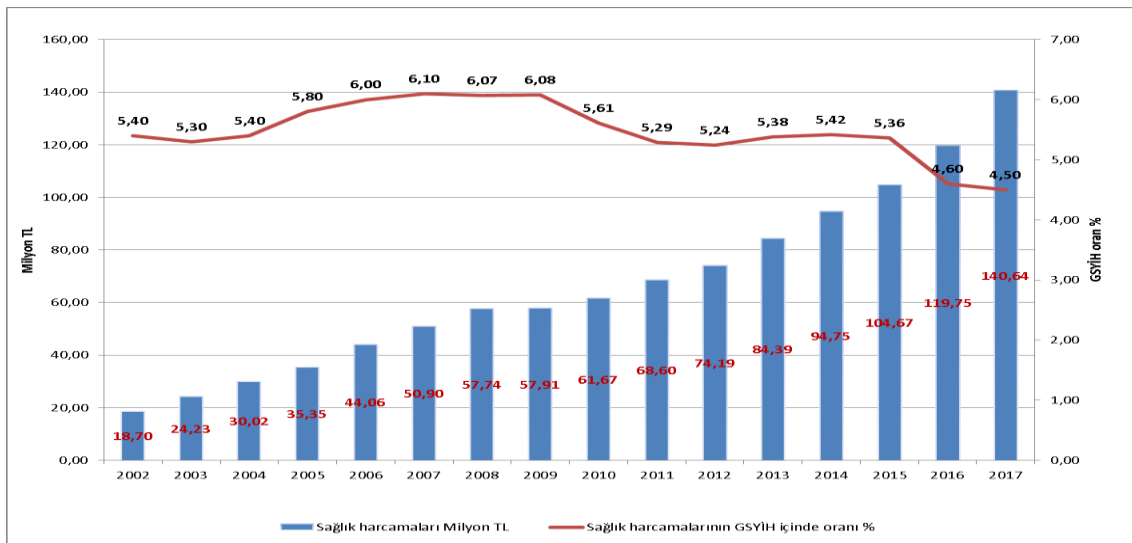
Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 s:156

SDP finansal açıdan bakıldığında hekime müracaat sayıları göstergelerle incelendiğinde kuşkusuz sağlık kuruluşlarına olan talepte artışları beraberinde getirmiştir. 2016 yılında OECD üyesi ülkelerde kişi başı hekime başvuru sayısı ortalaması 6,8 iken, görece daha genç nüfusa sahip olmasına rağmen Türkiye’de 8,9’ e ulaşmıştır.

4.2.2. SDP ve Finansal Değerlendirme

Uygulanan SDP den kaynaklanan aşırı talep sağlık harcamalarında ciddi artışları beraberinde getirmiştir. Şekil 4’de Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ve sağlık harcamalarının grafiği verilmiştir.

Şekil 4. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (2002-2017), (%), (Milyon TL), Türkiye



(Şekil TÜİK verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.)

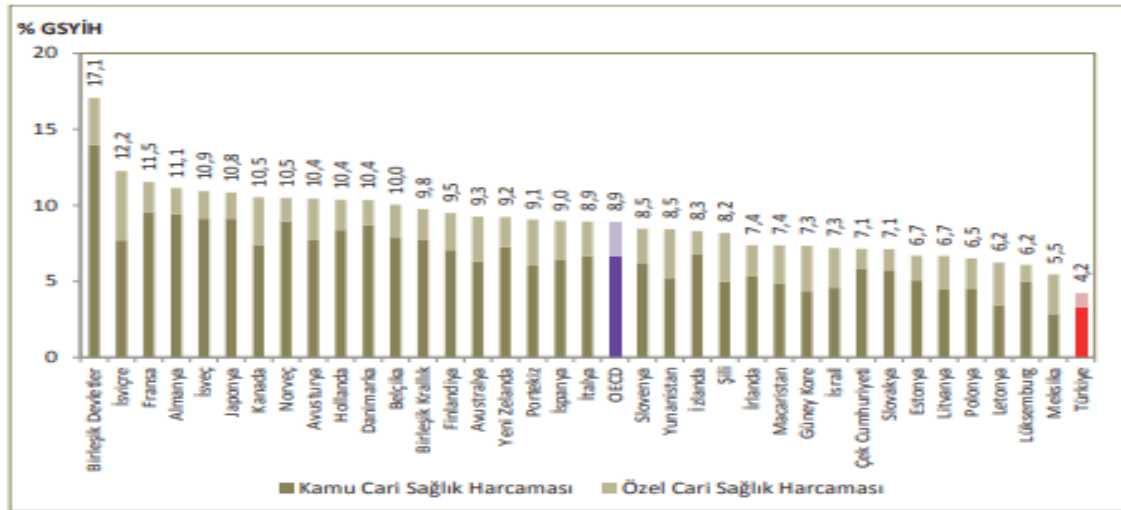
Kaynak: TÜİK 2002, 2005, 2010 ve 2017 yılları TÜİK Sağlık harcamaları projeksiyonları

Şekil 4 incelendiğinde 2002 yılında 18.70 milyon TL olan sağlık harcamaları artarak 2017 yılında gelindiğinde 7.5 kat artarak 140.64 milyon TL ye ulaştığı görölmektedir. 2002 yılında toplam sağlık harcamalarının Gayrisafi yurtiçi hasılaya oranı 5.40 iken 2007 yılında 6.10'a kadar çıkmış 2009 yılından sonra düşüş eğilimine girerek 2017 yılına gelindiğinde 4.50 ye düştüğü görölmektedir.

Sağlık harcamaları ile ilgili olarak sağlık harcamaların düşük ya da yüksek olarak değerlendirilmesinden ziyade mevcut kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılması daha önemli bir konudur (Özer, 2015, s.170). Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamada cepten yapılan ödemeler kapsamında ele alınan kullanıcı katkıları uygulaması, sağlık finansmanına fayda sağladığı düşünöldüğü için devletler tarafından uygulanan yaygın bir politikadır. Kullanıcı katkısı uygulaması ile sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik sağlanmış, sağlık hizmetlerindeki kalite artış göstermiştir (Korucu ve Oksay, 2018, s.303). Tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için kaynakların verimli bir şekilde kullanılması vatandaşların yaşam kalitesi ve süresinin yükseltilmesi ile ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının sağlanması hedeflenmektedir (Tengimlioğlu, Akbolat, Işık, 2015, s.302; Korucu ve Oksay, 2018, s.303).

Cepten ödeme yöntemleri hizmet sunan ve alanların doğrudan ve birebir ilişkisinin en güçlü olduğu yöntemdir (Tengimlioğlu, Akbolat, Işık, 2015, s.307). Bu haliyle finansal yapının ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği tartışmaları gündemde yoğun bir yer işgal etmektedir. Kişi başi hekime müracaat sayılarının OECD ölkelerinin oranlarından yüksek olduğu ortamda toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranını karşılaştırmak için Şekil 6'da uluslararası karşılaştırmaya yönelik toplam sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması verileri gösterilmektedir.

Şekil 5. Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması (%) 2016



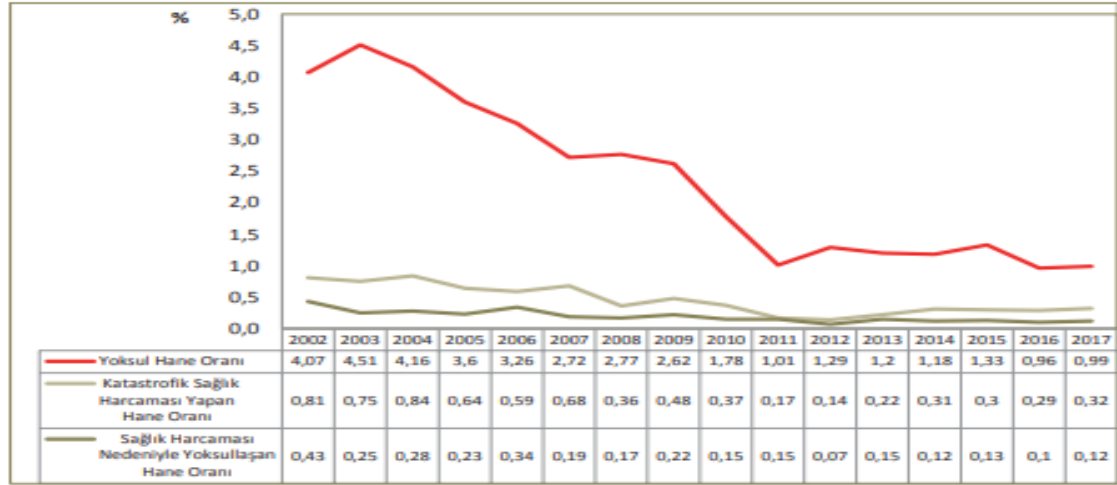
Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. TÜİK, OECD Health Data 2018

Not: Türkiye verisi 2017 yılına aittir. Ülke verileri 2016 veya en yakın yıla aittir.

Şekil 6'de göröldüğü üzere, Türkiye mevcut sağlık harcamaları ile 2016 yılı itibariyle tüm OECD ölkeleri arasında son sırada yer almaktadır. OECD ortalamasının %8,9 olduğu bu durumda, Türkiye %4.2 olarak sağlığa ayırdığı pay düşük kalmaktadır. 2002-2017 yıllarında Türkiye sağlığa ayrılan kaynak bakımından oldukça gerilerde görölmektedir.

Sağlık finansman yöntemlerinden en çok etkilenmesi beklenen yoksul hane halklarının Katastrofik sağlık harcamaları istatistikleri Şekil 6' de verilmiştir.

Şekil 6. Katastrofik Sağlık Harcamaları, 2002-2013, Türkiye



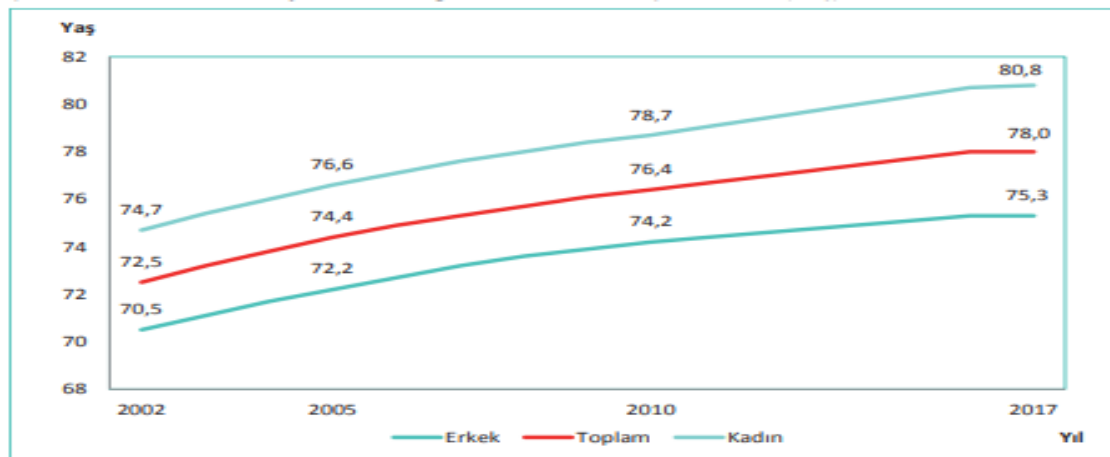
Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. 2002, 2005 ve 2010 yılları TÜİK Nüfus Projeksiyonları, 2017 yılı TÜİK Tabloları 2015-2017 Haber Bülteni (26 Eylül 2018 tarih ve 27591 sayılı)

Şekil 6.'yi incelediğimizde Katastrofik Sağlık Harcamalarının 2002 yılından itibaren ciddi oranda düşmeye başladığını görmekteyiz. Özellikle yoksul hane halkı grubunun katastrofik sağlık harcamalarının düştüğünü böylelikle maliyet paylaşımından en çok etkilenmesi beklenen alt gelir grupların sağlık hizmetinden faydalanma ve sağlığa erişim konusunda sorun yaşamadıklarını göstermektedir.

4.2.3. SDP Sağlık Düzeyine etki

2003 yılı itibariyle uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, Türkiye'de demografik özellikler itibariyle sağlık göstergelerinde iyileşmeler görülmüş ve OECD ülkelerine yakın sonuçlar elde edilmiştir.

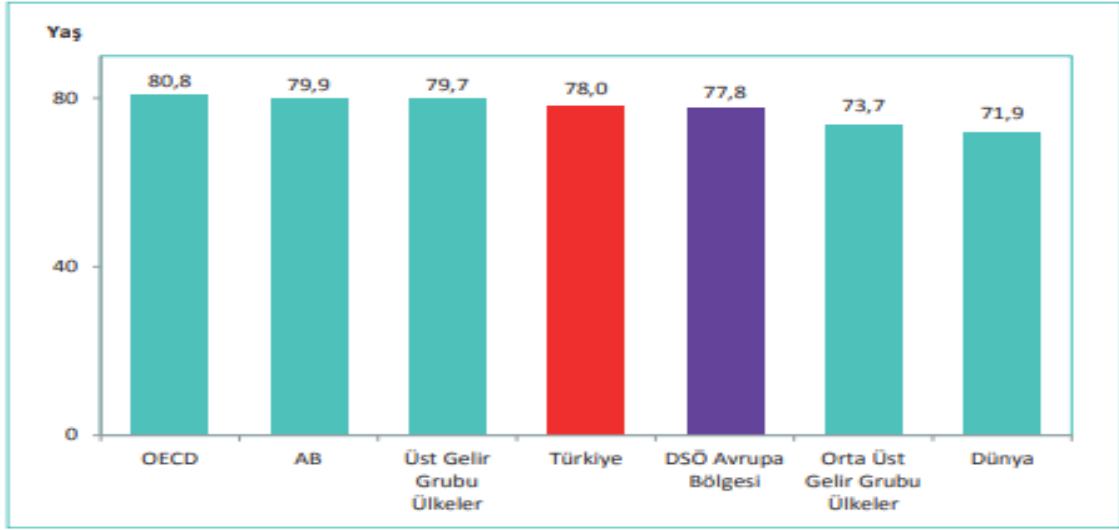
Şekil 7. Yıllara ve Cinsiyete Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, (Yaş), Türkiye



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, s.21

Tablo 7' deki veriler incelendiğinde 2002 yılında doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 72,5 iken kademeli olarak yükselerek 2017 yılında 78,0' a yükseldiği görülmektedir. Doğumda beklene yaşam süresinin uluslararası karşılaştırılması Şekil'9'da verilmiştir.

Şekil 8. Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırması, 2017



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 s:21

Şekil 8’de Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırmasına baktığımızda ise Türkiye’nin tabloda bulunan üst gelir grubu ülkeler ile arasında fazla bir fark kalmadığı görülmektedir.

5. TARTIŞMA:

Sağlık reformları temelinde, sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, gereksiz tetkik ve tedavinin önlenmesi ve yapay talebin azaltılması, hizmet sunumuna erişimde adaletin sağlanması, sosyal güvenlik sistemi açıklarının azaltılarak bütçe üzerindeki baskının hafifletilmesi, sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliğinin garanti altına alınması hedeflenmektedir (Bahçe vd. 2012). Kullanıcı katkıları veya maliyet paylaşımı mekanizmalarının çok sayıda ülke tarafından kullanıldığı bilinmektedir. Her ne kadar maliyet paylaşımı, sağlık hizmetlerinin maliyet-etkili biçimlerini teşvik etmede kullanılabilir de genel olarak kullanıcı katkılarının verimlilik kazanımları sağladığı yönünde pek fazla delil yoktur (Yıldırım ve ark, 2011).

SDP ile Sosyal güvenlik kapsamında yer alan nüfus oranının artması ve güvence kapsamının genişlemesiyle birlikte, sağlık hizmet sunucularına olan erişim kolaylaşmıştır. Bununla birlikte sağlığa yapılan kamu harcamaları artmıştır. Sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, gereksiz tetkik ve tedavinin önlenmesi ve bu yolla yapay talebin azaltılması için 2009 yılında Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ yayınlanarak uygulamaya geçilmiştir. Maliyet paylaşım yönteminin 2010 yılında kısmen etkili olduğu görülmektedir. Ancak izleyen yıllarda yapılan harcamalar 2,28 kat artarak 2017 yılında 140,67 Milyon TL’ye ulaşmış ancak toplam sağlık harcamalarının GSYİH oranı düşmeye başlamıştır. Ülkemizde artan sağlık harcamalarının eleştirilmesine rağmen dünya ile karşılaştığımızda hala sağlığa ayırdığımız payın düşük kaldığı görülmektedir.

2003 yılında yürürlüğe giren SDP bütüncül olarak değerlendirildiğinde dünyada yürütülen programlarla paralellik gösteren ciddi bir sağlık reformu niteliğindedir. Reform sosyal güvenlik kurumlarının tek şemsiye altına alınması, sağlık kuruluşlarının bir çatıda toplanması, aile hekimliğine geçiş ve diğer uygulamalarla sağlığa erişimi kolaylaştırmıştır. Politik kaygılar ve

mali sürdürülebilirlik tartışmaları sürüp gitse de temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler görülmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, üst gelir grubu ülkelerle aradaki farkın bir hayli azalması halkın sağlık düzeyinin yükseldiğini göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER:

Sağlık harcamalarının yüksekliği, sağlık hizmetinin aşırı kullanımı ve israfın önüne geçmek için uygulamaya konulan maliyet paylaşım politikalarının talep cephesinde kısa süreli bir etki yapmıştır. Kişi başına sağlık kuruluşuna müracaat sayıları ve sağlık harcamaları gün be gün artmaktadır. Yürürlükte olan katkı payı uygulamalarının sağlık hizmetleri için en kırılgan grup olan düşük gelirli hane halklarının katasrofik sağlık harcamaları açısından da etkilenmediği görülmektedir.

Sonuç olarak RAND sigorta deneyi verilerinden hareketle sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, hizmette erişiminde adaletin sağlanması ve sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliğinin garanti edilmesi için maliyet paylaşım yöntemlerinin daha etkin kullanılacağı düzenlemelere ihtiyaç olduğu görülmektedir.

KAYNAKÇA

- Anadolu Üniversitesi 2012 Sağlık sigortacılığı T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2527
Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1498
- Akbulut Y. 2012 Sağlık sigortacılığı. Erişim tarihi:28 Ocak 2019. Erişim adresi: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UHESbZ2TDK4J:acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/32627/SKY%2520314%2520Sa%25C4%259F1%25C4%25B1k%2520Sigortac%25C4%25B11%25C4%25B1%25C4%259F%25C4%25B1.pdf+%&cd=4&hl=tr&ct=clnk&gl=tr>
- Alper Y. 2017. Sosyal Güvenlik Reformu (2008-2016):Kapsamla İlgili Gelişmeler. Sosyal Siyaset Konferansları / Journal of Social Policy Conferences Sayı / Issue: 68 – 2015/1, 1-23
- Bilgili E, Ecevit E. 2009. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. Erişim tarihi:28 Ocak 2018. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/84700>
- Bahçe S., Köktaş A. M., Abukan D. 2013 Sağlık Hizmetleri Reformu ve Hane Halkı Refahı: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı. International Conference On Eurasian Economies.299-307 Erişim adresi: <http://avekon.org/papers/718.pdf> Erişim tarihi:21.10.2017
- Çelik Y. 2016. Sağlık Ekonomisi. Siyasal kitabevi 3. Baskı Ankara S:49
- Çoban H 2009. Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi.
- Erdem, Reha ve Yıldırım, H. Hüseyin (2003). Sağlık Hizmetlerinde Vekâlet İlişkisi ve Arzın Talep Yaratması Problemi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 2, Sayfa: 3-26.
- Erol H. ve Özdemir A. 2014.Türkiye’de salık Reformları ve Sağlık Harcamalarının değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi. Ocak 2014, Cilt 4, Sayı 1, Sayfa 9-34
- Günaydın D., Sağlık Hizmeti Krizi: Reformlar Ve Krizi Aşma Yaklaşımları. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Uludağ Journal of Economy and Society Cilt/Vol. XXXI, Sayı/No. 2, 2012, pp. 195-227. Erişim adresi: <http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423935809.pdf>. Erişim tarihi:20.10.2017
- Gündüz M. Ş. 2015. Bazı Avrupa Birliği Üye Ülkelerinde Sağlık Sistemlerinde Katkı Payları ve Türkiye. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

- Korucu K, S. ve Oksay A. 2018. Sağlık Hizmetlerinde cepten ödemelerin bir çeşidi: Katkı payları. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Yıl: 2018/3, Sayı:32, s. 265-313
- Önder B. 2013. Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans. Aydın.
- Özer Ö.2015. Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora tezi. Ankara.
- RAND 2006 The Health Insurance Experiment A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate RAND. Erişim tarihi: 28 Ocak 2018. Erişim adresi: https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html
- RAND 2016 40 Years of the RAND Health Insurance Experiment Erişim tarihi:28 Ocak 2018. Erişim adresi: <https://www.rand.org/health-care/projects/HIE-40.html>
- Remler, Dahila K. ve Jessica Grence. (2009), “Cost – Sharing: A Blunt Instrument”, Annual Review of Public Health, Volume 39.
- Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ (Sıra No: 12).(2009, 18 Eylül) Resmi Gazete. (Sayı:27353). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/09/20090918-14.htm>
- Genel Sağlık Sigortası Geçiş Süresinin Tamamlanması Ve Kurumların Sağlık Yardımlarının Sosyal Güvenlik Kurumuna Devir İşlemlerine İlişkin Tebliğ. (2012, 2 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı:28280). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/05/20120502-9.htm>
- Sağlık Bakanlığı İstatistik yıllığı (2018, 24 Aralık). Erişim adresi: <https://www.saglikaktuel.com/haber/saglik-istatistikleri- yilligi- 2017-24- 12-2018-64664.htm>
- Saltman, R.B. J.Figüeras. (1998), Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Ankara.
- Schneider, Pia, George Schieber ve Jack Langenbrunner. (2009), Evidence on Cost Sharing in Health Care: Applications to Hungary, <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/376278-1202320704235/SchneiderCoPaymentsHealthHungaryFeb152008.pdf> (Erişim:18.11.2009)
- SUT 2009. 29 Eylül 2008 Pazartesi Resmî Gazete Sayı : 27012 (Mükerrer) Güncel işlenmiş. Erişim tarihi:7 Şubat 2019. Erişim adresi: <https://www.saglikaktuel.com/haber/saglik-uygulama-tebliği-2008-sut-ve-eklerinin-birlestirilmis-son-hali-01-11-2009--5983.htm>
- SUT 2010. Sağlık uygulama tebliğinde değişiklik. Değişik: 03/6/2010-27600/1 md. Yürürlük:13/05/2010Erişim Tarihi: 7 Şubat 2019. Erişim adresi: https://www.istanbuleczaciodasi.org.tr/upload/pdf/20110303_revize_edilmis_hali.pdf
- SUT 2018. Sut Rehberi. Erişim tarihi:7 Şubat 2019. Erişim adresi: <http://www.sutrehberi.com/sut-ekleri>
- Tatar M. 2017. Sağlıkta finansman yönetimi ve dünya örnekleri. Sağlık Diplomasisi Sağlık Politikaları Sistem Analisti Eğitimi. Erişim tarihi:28 Ocak 2019. Erişim adresi: http://medipol.edu.tr/Document/Galeri/Dokuman/BasinYayinKitaplar/Saglik_Diplomasisi.pdf
- Tengimlioğul D., Akbolat M., Işık O. 2015. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. ISBN:978-605-133-184-3
- Tiryaki D., Tatar M., Sağlık Sigortası teorik uygulama Hacettepe Sağlık idaresi dergisi Cilt:5. Sayı:4 (Güz 2000) Erişim adresi: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/hacettepesid/article/view/5000046371/5000043553>. Erişim tarihi:20.10.2017
- Uzun S. 2015. Tamalayıcı Sağlık Sigortası. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Kaya N. 2008. Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı.

- Koruyucu S.K., Oksay A. 2018. Sağlık hizmetlerinde cepten ödemelerin bir çeşidi: Katkı payları. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Yıl: 2018/3, Sayı:32, s. 265-313
- Orhan S. 2016. Sosyal Güvenlikte Norm Ve Standart Birliği Sağlandı Mı? Dergi Park İş ve Hayat. Yıl 2016, Cilt 2, Sayı 3, Sayfalar 155 – 185. Erişim tarihi: 7 Şubat 2018. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/isvehayat/issue/32392/371076>
- Ortak Ş. 2002 Erzurum Atatürk Üniversitesi, Atatürk dergisi 1924 Erzurum depremi ve Reis-i Cumhuriyet Gazi Mustafa Kemal'in ikinci Erzurum gezisi. Cilt: 3, Sayı:2. Erişim adresi: <http://e-dergi.atauni.edu.tr/atauniad/article/view/1025001051> Erişim tarihi:20.10.2017
- Özer Ö. 2015. Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri Ve Değerlendirmeleri. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Doktora tezi 2015.
- Özgen H. 2008. Sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcama: Nedir? Neden önemlidir? Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, Sayı:2
- Tepekule U. 2008. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yapılandırılması Çerçevesinde Reform Sürecinin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- YASED 2013 Uluslararası yatırımcılar derneği Türkiye Sağlık sektörü raporu. Erişim adresi: https://www.yased.org.tr/ReportFiles/2013/TURKYE_SALIK_SEKTORU_RAPORU.pdf Erişim Tarihi: 21.10.2017
- Yıldırım H:H., Yıldırım T., Erdem R. 2011 Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye için Bir Durum Değerlendirmesi Amme İdaresi Dergisi, Cilt 44, Sayı 2, Haziran 2011, s. 71-98.
- Yıldırım H.H., Yıldırım T., Akbulut Y. 2012 Sağlık sigortacılığı T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2527 Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1498
- Yılmaz V. ve Yentürk N. 2015. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Harcamalarının Uzun Dönemli Analizi. Değerlendirme Notu. Erişim tarihi:7 Şubat 2019. Erişim adresi: https://stk.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/11/08/sosyal%20guvenlik%20harcamaları_değerlendirme%20notu_2015_VY_30.10.2015_.pdf
- WHO 1948. Presentation: “Designing the road to better health and well-being in Europe” at the 14th European Health Forum Gastein Erişim tarihi: 28 Ocak 2018. Erişim adresi: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf

Aslan, Ş., Uyar, S. ve Güzel, Ş. (2018). Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 45-56.

Derleme/Review

Makale Geliş Tarihi: 01.02.2019
Makale Kabul Tarihi: 06.02.2019

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMASINDA TÜRKİYE¹



<https://doi.org/10.35375/sayod.520957>

Prof. Dr. Şebnem ASLAN²
Arş. Gör. Seda UYAR³
Arş. Gör. Şerife GÜZEL⁴

ÖZET

Bilimsel ve teknolojik atılımlar, sosyal hakların gelişmesi ve yaygınlaşması, uzun süreli kurumsal bakım hizmetlerindeki yetersizlikler, sağlık hizmetleri harcamalarında artan maliyetler evde sağlık hizmetlerini gündeme taşıyan faktörler arasında yer almaktadır. Dünyada sağlık hizmetleri sunumunda alternatif yöntem olarak kullanılan evde sağlık hizmetleri ülkemizde 2005 yılında çıkartılmış olan yönetmelikle uygulanmaya başlanmıştır. Böylelikle kısa süreli hemşirelik hizmetleri, uzun süreli sağlık bakımı gibi hizmetler ev ortamında ve uzman kadro tarafından verilebilmektedir.

Çalışma tanımlayıcı tipte olup ikincil verilerden yararlanılarak Sağlık Bakanlığı'nın evde sağlık hizmetleri kapsamında sunmuş olduğu hizmetin Türkiye genelinde değerlendirilmesinden oluşmaktadır. Çalışmanın sonucunda evde sağlık hizmetleri birimleri, verilen hizmetler, hasta grubuna ait bilgiler ve evde ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili veriler kapsamında Türkiye'deki evde sağlık hizmetleri profili tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Evde sağlık hizmetleri, hastalık, bakım, Sağlık Bakanlığı

HOME HEALTH CARE SERVICES PRACTICE IN TURKEY

ABSTRACT

Scientific and technological developments, improvement and spread of social rights, in adequacies in the long-term institutional care services and increasing expenditures in health care services are among the factors bring in gup home health care services to the agenda. Home health care services which are used as an alternative method in the presentation of healthcare services in the World have started to be applied in our country since are gulation made in 2005. By this way, services such as short-term nursing service sandlong-term health care can be provided by an expert staff in the home environment.

The descriptive studye valuates the service provided by the Ministry of Health within the scope of home health care services across Turkey using secondary data. As a result of the study, the home health care services profile in Turkey was discussed within the scope of data concerning home health care services units, services provided, information about the patient group and mouth and dental health services at home.

Keywords: Home health care services, disease, care, Ministry of Health

¹Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora seminerinden üretilmiştir ve 4. Uluslararası Sağlık Yönetimi Kongresi'nde poster bildirisi olarak yayınlanmıştır.

²Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü.sebnemas@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2135-242X>

³Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, seda_inan@outlook.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8051-8464>

⁴Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, serife_eren.89@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4141-9110>

1. GİRİŞ

Günümüzde ortalama yaşam süresinin uzaması; medikal desteklere ihtiyaç duyan yaşlı nüfusun artması; tıptaki ve teknolojidaki gelişmelerin sağlık hizmetlerinin birçoğunun evde verilmesine olanak sağlaması gibi birçok etken evde sağlık hizmetlerinin önemini arttırmaktadır (Doğan 2001, Erdil 2004, Talkington 1995). Evde sağlık hizmetleri kavram olarak kısmen evde bakım hizmetlerini içerse de özünde tıbbi bir hizmet anlayışını barındırmaktadır. Yaklaşım olarak da kişilerin sağlığını korumak, geliştirmek ve gerektiğinde yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla evde sağlık hizmeti alabilmesini kapsamaktadır (Shepperd ve ark 2009).

Bilimsel ve teknolojik atılımlar, sosyal hakların gelişmesi ve yaygınlaşması, uzun süreli kurumsal bakım hizmetlerindeki yetersizlikler, sağlık hizmetleri harcamalarında artan maliyetler evde sağlık hizmetlerini gündeme taşıyan faktörler arasında yer almaktadır (Genç ve Alptekin 2013). Özellikle bireylerin bağımsız yaşamlarını sağlaması, maliyet etkili bir yöntem olması (Kok 2015; Averill 2012) ve sunulacak hizmetlerin bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda değiştirilebilmesi (Erdil 2009) bu hizmeti çekici kılmaktadır.

Sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacıyla güden evde sağlık hizmetleri (Evde Bakım Derneği Yönetim Kurulu 2010) koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerden oluşmaktadır (Türk Tabipleri Birliği 2016). Evde sağlık hizmetlerinin geleneksel yataklı tedavi hizmetlerine nazaran düşük maliyetli bir alternatif olması (Genç ve Alptekin 2013) gelişmekte olan ülkeler adına önemli bir seçenek olarak görülmektedir.

Bu çalışmada evde sağlık hizmetleri kavramı, hizmetlerin avantajları ve dezavantajları ile Türkiye'deki evde sağlık hizmetlerinin mevcut durumu hakkında bilgiler verilmektedir. Daha önceki çalışmaların literatüre sağladığı değerli bilgiye rağmen, çalışmanın önemli bir boşluğu doldurduğu düşünülmektedir.

1.1. Evde Sağlık Hizmetleri

Literatüre ve pratik uygulamaya bakıldığında, evde sağlık ve bakım uygulamaları farklı kavramlar şeklinde kullanılmaktadır (World Health Organization 1963). Evde bakım, evde tedavi, evde sağlık, ev ziyareti, evde sağlık uygulamaları, evde muayene gibi ifadelerin hepsi evde sağlık ve bakım uygulamalarını içermektedir. Değişik isimlendirmenin temelinde evde sunulan hizmetin içeriği ve kapsamındaki değişiklikler yer almaktadır (Genet ve ark 2012).

Dünya genelinde evde sağlık hizmetleri tarih boyunca eğitilmiş aileler başta olmak üzere kiliseler, gönüllüler, sosyal yardım kuruluşları, darülaceze, kamu/özel hastane ya da sağlık merkezleri yoluyla verilmiş ve verilmeye devam etmektedir (WHO 2008).

Evde bakım hizmetleri, farklı meslek ve dal üyelerinin işbirliği ve eşgüdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize bir biçimde sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetleri kapsamaktadır (Seyyar ve Genç 2010). Evde bakım, bireyin yaşamını etkileyen hastalık durumunun, günlük yaşam aktivitelerine etkisinin en aza indirilerek kısa sürede en yüksek düzeyde fonksiyon görme becerisine, bağımsızlığına ulaşmasını ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan profesyonel ve multidisipliner bir ekibin sunacağı kapsamlı bir hizmet modelidir (Ekici ve Özdemir 2003). Tablo 1.1'de evde sağlık hizmeti sunumunda hizmet veren ekip, kurum ve kuruluşlar sıralanmaktadır. Tablo incelendiğinde evde sağlık hizmeti sunumunun çok farklı kurumlar tarafından sağlandığı görülmektedir.

Tablo1.1.Evde sağlık hizmetleri sunucuları

Ekip	Kurumlar	Kuruluşlar
Hekim	Eğitim Kurumları	Meslek Kuruluşları
Hemşire	İlgili Bakanlıklar	Gönüllü Kuruluşlar
Diyetisyen	Hastaneler	Sigorta Şirketleri
Fizyoterapist	Belediyeler	Firmalar
Sosyal Hizmet Uzmanı		Özel Bakım Kuruluşları
Psikolog		Hemşirelik Kuruluşları
Ev Ekonomisi		
Sağlık Yöneticisi		

Kaynak: Fadiloğlu (2004) kaynağından uyarlanarak oluşturulmuştur.

Evde sağlık hizmetleri, hastaları hastane dışında daha sıcak bir ortamda yakınlarıyla beraber daha az maliyetle tedavi etmeyi amaçlayan bir süreci ifade etmektedir (Teigen1991). Bir diğer ifade ile kendi ev ortamında bakım almak isteyen; fakat yakınları tarafından verilemeyen sağlık, ekonomik ve sosyal hizmetler gibi pek çok alan içeren hizmetler şeklinde tanımlanmaktadır (Karahan ve Güven 2002). Evde sağlık hizmetleri, ihtiyaç duyulan her sağlık ve bakım hizmetlerinin hekim gözetimi altında hasta evinde sunulmasını kapsamaktadır (Klug 1991).

Özürü, yaşlı, kalıcı hastalığı olan veya hastalık sonrası iyileşme dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak (Karahan ve Güven 2002), yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumla bütünleşmelerini sağlamak (Karabağ 2007), bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadınlar üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modeli şeklinde de tanımlanabilmektedir (Danış 2006). Diğer bir ifade ile evde sağlık hizmetleri kapsamında; hekimlik hizmeti, hemşirelik hizmeti, fizyoterapi, tıbbi malzeme ve aygıt hizmetleri, ilaçların eve ulaştırılması ve psikolojik destek yer almaktadır (Can ve ark 2013, Klug 1991). Burada hizmeti alanlar hasta olup; amaç bozulan sağlık durumunu düzeltmek ya da iyileştirmek ve hastaneye yatışları azaltmaktır (Klug 1991, Tanlı ve Utku 2008).

Evde sağlık hizmetleri, sağlık hizmetinin evde verilmesinden çok daha fazla anlamlar içermektedir (Tanlı ve Utku 2008). Söz konusu alternatif sağlık hizmeti sayesinde gereksiz hastane kullanımı önemli ölçüde azaltılarak yalnızca hastalar ve ödeyiciler için değil hastaneler için de maliyet tasarrufu sağlanmış olmaktadır. Ayrıca hizmet alanların yaşam kaliteleri olumlu etkilenmekle birlikte hastane ortamında yakalanabilecek olası enfeksiyon riskleri de elimine edilmektedir (Cindoruk ve Şen 2009, Karabağ 2007, Cindoruk ve Şen 2009, Yılmaz ve ark 2010). Bununla birlikte hastaların bağımsızlığa ulaşmaları, yaşam kalitelerini geliştirmeleri veya devam ettirmeleri amacıyla hizmeti alanlar için en iyi alternatif olduğu görüşü evde sağlık hizmetlerinin dayanak noktasını oluşturmaktadır (Karadağ 2006, Thome ve ark 2003).

Evde sağlık hizmetleri ile ameliyat sonrası bakım, uzun veya kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyan hasta ve yaşlılar, yeni doğum yapan anne, tedavisi evde de sürdürülebilecek hastalar, aşılama ve laboratuvar tetkikleri gibi çok geniş bir yelpazede hizmet sunulmaktadır (Güven ve Hazer 1998, Sağlıklı Nesiller Derneği 2011). Bu hizmet sürecinde de yararlılık, zarar vermeme, adalet, dürüstlük, gerçeğin söylenmesi, gizlilik, mahremiyet ve hastaya sadakat ilkesi

olmak üzere genel tıp etiği ilkeleri doğrultusunda hareket edilmektedir (Tanlı ve Utku 2008 s. 62).

Evde bakımın en önemli faydaları, sağlık harcamalarında tasarrufa gidilmesi ve kişinin kendi sosyal ortamından ayrılmadan hizmet almasıdır. Ayrıca kişiye özel bakım sağlaması, aileyi bir arada tutması, yaşam kalitesini yükseltmesi gibi beraberinde birçok fayda da sağlamaktadır (Cindoruk ve şen, 2009: 110). Evde sağlık hizmetlerinin yeni bir sektör olmasının beraberinde getirdiği riskler, hizmeti verecek sağlık çalışanının alışmış olduğu ortam dışında hizmet vermesi ve sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması bu hizmetin kısıtlılıkları olarak görölmektedir (Karabağ 2007, Karadağ 2006).Kişinin eve gönderilmekten ötürü umutlarını yitirebilmesi, tıbbi otoritenin evde sağlanamaması, ev halkının da özel yaşam gizliliğinin zedelenebilmesi, evde yapılan tıbbi uygulamalar sırasında ilaçların ya da cihazların hatalı kullanımına bağlı komplikasyon oluşumu gibi dezavantajlar da olabilmektedir (Öztop ve ark 2008, Yılmaz ve ark 2010).

1.2. Türkiye’ de Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmetleri ölkemizde ilk olarak Sağlık Bakanlığı’nın yayımladığı 10 Mart 2005 tarihli 25751 sayılı Resmi Gazete’ de “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile uygulamaya girmiştir. Böylelikle evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı’na bağlı özel sağlık kuruluşları aracılığıyla verilmeye başlanmıştır. 1 şubat 2010 tarihi itibari ile de “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” kapsamında Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşları tarafından hizmet verilmeye başlanmıştır.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, evde bakım hizmetleriyle ilgili yaptığı ilk düzenlemelerde evde bakım terimini kullanırken (Resmi Gazete, 2005), daha sonraki uygulamalarında evde sağlık terminolojisini kullanmayı tercih etmiştir (Resmi Gazete, 2013), Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) ise, evde bakım kavramını tercih etmiştir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2012).

Evde sağlık hizmeti, 10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete ’de yayınlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği’nde; *“hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması”* olarak tanımlanmaktadır (Resmi Gazete 2005).Sağlık ve bakım hizmetlerini kapsayan tanımında evde bakım ayağı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı gerçekleştirilirken evde sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı’nın evde sağlık birimleri ile profesyonel sağlık ekipleri tarafından sunulan her türlü sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Işık ve ark 2016).

Türkiye’de verilen evde bakım hizmetlerinin yapıları incelendiğinde, çoğunlukla hastane destekli hizmet sunum modelinin kullanıldığı görölmektedir. Ayrıca hastanelerden bağımsız bazı özel firmalar tarafından sağlanan ve yine finansmanı cepten ödemelerle karşılanan evde bakım hizmetleri sunumlarında da özellikle son yıllarda artış görölmektedir (Erdil, 2009).

2. BULGULAR

Tablo 2.1.Türkiye’de evde sağlık hizmetleri genel bilgileri, 2017

Genel Bilgiler		Hizmet Bilgileri	
Nüfus	78.965.647	Ulaşılan Toplam Hasta Sayısı (2011-2017)	890.869
Hedef Nüfus (Nüfusun % 0,2’si)	157.931	Toplam Kayıtlı (Aktif) Hasta Sayısı (Takipli Hasta)	311.780

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Sağlık Bakanlığı tarafından evde sağlık hizmeti verilmesi hedeflenen ve ulaşılan hasta sayısına ilişkin bilgileri Tablo 2.1’de yer almaktadır. Nüfusun % 0,2’si ulaşılmaması hedeflenen nüfus, 2011-2017 yılı toplamında da ulaşılan toplam hasta sayısı da 890.869 olarak görülmektedir. Ayrıca halen aktif olarak takip edilen hasta sayısı da 311.780 şeklinde verilmektedir.

Tablo 2.2. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri birim bilgileri, 2017

Birimlere Ait Bilgiler			
Tescil Edilen Birim Sayısı		Personel Sayısı	
Mobil Ekip	321	Hekim	861
ADSM (Mobil Ekip)	11	Hemşire/Sağ. Mem./ATT	2.275
Evde Sağlık Birimi	582	Tıbbi Sekreter(VHKİ)	207
TOPLAM	1.014	Şoför	938
		Fizyoterapist	100
Araç Sayısı		Diyetisyen	52
Ekip Aracı Sayısı	851	Psikolog	62
Giydirilmiş Hasta Nakil Aracı Sayısı	409	Sosyal Çalışmacı	59
TOPLAM	1.260	TOPLAM	4.554

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Sağlık müdürlükleri tarafından oluşturulan mobil ekip sayısı 321, hastaneler bünyesinde kurulan evde sağlık birimi sayısı 582 ve evde ağız ve diş sağlığı hizmeti veren mobil ekip sayısı da 11 olmak üzere toplamda 1014 birim ile 2017 yılında evde sağlık hizmetleri sunumu yapılmıştır (Tablo 2.2). Sağlık Bakanlığı’na bağlı evde sağlık hizmetleri bünyesinde hizmet veren ekip aracı sayısı 851 ve giydirilmiş hasta nakil aracı sayısı da 409 olmak üzere toplamda 1.260 araç ile hizmet verilmektedir. Tablodaki bilgilere göre 2.275 yardımcı sağlık personeli, 861 hekim, 207 tıbbi sekreter, 100 fizyoterapist, 62 psikolog ve 59 sosyal çalışmacı hizmet vermiştir.

Tablo 2.3. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri birimi tarafından verilen hizmetler, 2012-2017

Verilen Hizmetler (2012-2017)			
Hizmet Adı	Sayısı	Hizmet Adı	Sayısı
Hasta Muayenesi	3.563.826	Oksijen İnhalasyon Tedavi Seansı	17.287
Konsültasyon	372.132	Subkutan Enjeksiyon	101.229
Sağlık Kurulu Raporu (Tıbbi Cihaz)	62.028	Sütür Alınması	40.432
Sağlık Kurulu Raporu (Tedavi)	105.202	Total Par. Nütrisyon (Tpn) Takibi	6.232
Uzman Hekim Raporu (İlaç)	213.336	Ventilatör İle Takip	2.774
Enteral Hiperalimentasyon Takibi	9.327	Yanık Pansumanı	22.200
Fototerapi (4 Saatlik Seansı)	1.143	Yara Pansumanı	1.471.351
Hastanın Mek Ventilatore Bağlanması	2.336	EKG Evde Çekim	12.433
Enjeksiyon	347.590	Kalp Pili Kontrolü	454
İntravenöz İlaç İnfüzyonu	257.634	Buhar Tedavisi	4.940
Lavman	15.591	Fizik Tedavi Uygulamaları	60.400
Mesane Sonda Uygulaması	525.925	Rehabilitasyon Uygulamaları	56.112
Nazogastrik Sonda Uygulaması	40.612	Psikiyatrik Uygulamalar	41.174
Tetkik İçin Kan Alma	788.725	Eğitim Uygulamaları	1.438.282
Nebülizatör İle İlaç Uygulaması	446	TOPLAM	9.581.153

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Tablodaki verilere göre evde sağlık hizmetleri birimi tarafından verilen sayıca en fazla hizmet hasta muayenesi (3.563.826) ve sırasıyla da yara pansumanı (1.471.351), eğitim uygulamaları (1.438.282), tetkik için kan alma (788.725), mesane sonda uygulaması (525.925), enjeksiyon (347.590) olmak üzere çeşitli tıbbi uygulamaları içeren 9.581.153 işlem gerçekleştirilmiştir.

Tablo 2.4. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri birimince kullanılan tıbbi cihazlar, 2017

Kullanıma Verilen Tıbbi Cihazlar			
Cihaz Adı	Sayısı	Cihaz Adı	Sayısı
Enteral Beslenme İnfüzyon Pompası	18	Nebülizatör	114
Ev Tipi Aspiratör	165	Non-İnvazivMek.Vent.Cih	1
Ev Tipiİnvaziv Mekanik Ventilatör	11	Oksijen Konsantratörü	64
Fonksiyonlu Hasta Karyolası	1.882	Oksijen Tüpü-Manometresi	221
Havah Yatak	414	Portabi Solunum Fonksiyon Cihazı	8
Isıtıcı Nemlendirici	2	Pulse Oksimetre	370
Likit Oksijen Kaynağı	5	Şeker Ölçüm Cihazı	427
Mikro İnfüzyon (İnsülin) Pompası	0	TOPLAM	3.702

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Evde sağlık hizmetleri kapsamında evde kullanım için hastalara verilen tıbbi cihazlara ilişkin bilgiler Tablo 8’de yer almaktadır. Türkiye genelinde toplamda kullanıma verilen cihaz sayısı 3702 adettir. Bu sonuçlara göre en fazla verilen cihaz fonksiyonlu hasta karyolası (1.882) sonrasında da havalı yataktır (414).

Tablo 2.5. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri birimince kullanılan tıbbi cihazlar, 2017

Hasta Grubuna Ait Özellikler			
Hastalık Grubu	%	Hizmetten Çıkarılma Sebepleri	%
Nörolojik Hastalıklar	38	İyileşme	16
Kas Hastalıkları (Yatağa Bağlı)	2	Tedavinin Sağlık Personeli Gerektirmeden Uygulanabilecek Hale Gelmesi	10
Kardiovasküler Hastalıklar	24	Sonlandırmanın Talebi	2
Kronik-Endokrin Hastalıklar	10	Tedaviyi Red Etme	1
Hematolojik-Onkolojik Hastalıklar	4	Tedaviye Yanıt Alamama	0,25
Akciğer- Solunum Sistemi Hastalıkları	5	İkamet Değişikliği	6
Ortopedi-Travmatoloji Hastalıkları	12	Vefat	65
Psikiyatrik Hastalıklar	3		
TOPLAM	100	TOPLAM	100

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Evde sağlık hizmetleri kapsamında ziyaret edilen hastaların hastalık gruplarına ilişkin bilgilerin yer aldığı tabloya göre en fazla nörolojik hastalıklar toplam ziyaret sayısının %38’lik kısmını oluşturmaktadır. Oran olarak hizmet verilen en az hastalık psikiyatrik hastalıklar (%3) grubu oluşturmaktadır.

Evde sağlık hizmetleri kapsamındaki hasta gruplarının hizmetten çıkarılma sebeplerine bakıldığında; toplam hastaların %65’i vefat etme nedeniyle hizmet dâhilinden çıkarılmıştır. Hastaların %16’sı iyileşme nedeniyle hizmet dâhilinden çıkarılırken tedaviden yanıt alamam nedeni ile hizmet kapsamından çıkarılan hasta oranı %0.25 olarak görölmektedir.

Tablo 2.6. Türkiye’de evde ağız ve diş sağlığı hizmet verileri, Eylül 2017

Genel Bilgiler	
Tescil Edilen Birim Sayısı	111
Hizmet Bilgileri	
Ulaşılan Toplam Hasta Sayısı	52.138
Hizmet Verilen Hasta Sayısı	1.790
Gerçekleşen Hasta Ziyaret Sayısı	2.698

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Sağlık Bakanlığı’na ait ağız ve diş sağlığı kapsamında hizmet veren birim sayısı 111, ulaşılan toplam hasta sayısı 2017 Eylül itibari ile 52.138 hastaya ulaşılmakla birlikte toplamda 1.790 hastaya hizmet verilmiştir. Bununla birlikte 2.698 hasta ziyareti gerçekleştirilmiştir.

Tablo 2.7. Türkiye’de evde ağız ve diş sağılığı hizmet birim verileri, Eylül 2017

Birimlere Ait Bilgiler			
Donanım Özellikleri		Personel Sayısı	
Evde Sağılık Birimi Mobil Ünite Sayısı	136	Diş Tabibi	161
Araç Sayısı		Hemşire/Sağılık Memuru	124
Ekip Araç Sayısı	109	Diş Protez Teknisyeni	126
Ev Donanımlı Araç Sayısı	31	Acil Tıp Teknisyeni	0
TOPLAM	276	Şoför	122
		TOPLAM	533

Kaynak: T.C. Sağılık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Evde ağız ve diş sağılığı hizmeti veren mobil ünite sayısının 2017 yılında 136 olduğu Tablo 2.7’de verilmiştir. . Bununla birlikte 109 ekip araç ve 31 ev donanımlı araç olmak üzere toplamda 276 araç hizmet vermektedir.

Türkiye’de 2017 eylül ayı itibari ile 161 diş tabibi, 124 hemşire, 126 diş protez teknisyeni ve 122 şoför hizmet vermektedir. Ayrıca tablodaki verilere görevde ağız ve diş sağılığı hizmeti kapsamında acil teknisyeni bulunmamaktadır.

Tablo 2.7. Türkiye’de evde ağız ve diş sağılığı hizmetince verilen hizmetler, Eylül 2017

Verilen Hizmetler			
Hizmet Adı	Sayısı	Hizmet Adı	Sayısı
Diş Hekimi Muayenesi	1.932	Oklüzal Aşındırmalar (Tek Çene)	146
KonsültanDişhekimisi Muayenesi	9	Gece Plağı	2
Diş Röntgen Filmi Adedi	8	Düşümüş Kron-Köprü	102
Fissur Örtülmesi (Tek Diş)	14	Diş Çekimi	637
Yerel Flor Uygulaması Yarım Çene	0	Kanama Müdahalesi	2
Tam Protez (Tek Çene)	196	Apse Drenajı	0
Bölümlü Protez (Tek Çene)	142	Lokal Anestezi	137
Proteze Yumuşak Akrilik Uygulanması	1	Periodontal Apse Tedavisi	0
Besleme (Tek Çene)	36	Detertraj (Alt Sol Çene)	4
Tamir (Proteizde Çatlak/Kırık)	54	Detertraj (Alt Sağ Çene)	5
Kroşe İlavesi	11	Detertraj (Üst Sol Çene)	4
Metal İskelet Tamiri	0	Detertraj (Alt Sağ Çene)	4
Diş İlavesi (Tek Diş)	9	Aşırı Kole Hassasiyet Ted.(Yarım Çene)	1
Kas Muayenesi	2	Atravmatik Restoratif Tedavi	2
TOPLAM	3.511		

Kaynak: T.C. Sağılık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Tablodaki verilere 2017 yılı eylül ayı itibari ile evde ağız ve diş sağığı hizmetleri aracılığıyla en fazla diş hekimi muayenesi (1.932) işlemi gerçekleştirilmiştir. Ayrıca diş çekimi, protez işlemleri, köprü, lokal anestezi ve çeşitli tıbbi uygulamaları içeren 3.511 işlem gerçekleştirilmiştir.

3. SONUÇ

Gelişen sağıık hizmeti anlayışının bir ürünü ve değişen toplum özelliklerinin bir gereksinimi olarak ortaya çıkan evde sağıık hizmetlerinin yaşam kalitesini arttırmaktaki rolü yadsınamaz. Hastane ortamında verilen bakıma alternatif olarak görülen evde sağıık hizmetleri(Cindoruk ve Şen 2009) gerek uzun dönemli kurum bakımının bireyler üzerindeki olumsuz etkileri (yalnızlaşma, depresyon, sosyal izolasyon, duygusal çökmüşlük, yabancılaşma vb.) gerekse maliyetinin yüksek olması nedeniyle günümüzde önemli bir hizmet şekli olarak görülmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı [MEB] 2016). Ayrıca birey merkezli hizmet olması, sosyo-ekonomik yönden kurumsal bakım hizmetlerine göre birçok üstünlüklerinin olması evde sağıık hizmetlerinin bireyler ve hükümetler tarafından tercih nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Bauld ve ark 2000).

Türkiye'nin evde sağıık hizmetleri profili incelendiğinde; bu konuda yapılan çalıştayların ve ilgili literatürde göz önünde bulundurularak yeni bir hizmet anlayışı olmasından dolayı birtakım düzenlemelere ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır. Buna nazaran veriler incelendiğinde hedef alınan hasta sayısına ulaşıldığı görülmektedir. Bununla birlikte evde sağıık hizmetleri için tescil edilen birim ve araç sayısı da ülkemizde bu sağıık sunumu şeklinin aktif hizmet verdiğinin göstergesi olmaktadır.

Çalışma sonucuna göre evde sağıık hizmetleri kapsamında yalnızca tıbbi desteğin değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik desteğinde verildiği görülmektedir. Evde sağıık hizmetleri başlangıç aşamasında “hasta bakımı” olarak algılanmış olsa da günümüzde kavramın çok farklı boyutları olduğu bilinmektedir(Türk Tabipleri Birliği, 2016).

Hellström ve Hallberg (2001) evde sağıık hizmeti alan yaşlıların ortalama üç hastalığı ve on ayrı şikâyet alanının bulunduğunu belirlemişlerdir. TÜİK (2016) verilerine göre yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken son beş yılda %17,1 artarak 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi olmuştur. Aile yapısı araştırması sonuçlarına göre, evde bakım hizmeti almak isteyen yaşlı bireylerin oranı %38,6 olması (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK] 2016), yaşlıların evde bakımı güvenli bulması ve tercih etmesi (TÜİK 2016) ve ülkemizin sosyo-kültürel yapısı yaşlı bakımında evde sağıık hizmetlerinin önemini özetlemektedir. Bu bağlamda evde sağıık hizmeti sunumunda öğrenciler ve gönüllüler de etkin kullanılabileceği gibi sivil toplum kuruluşlarının da aktif olmaları için modeller geliştirilebilir.

Bu sonuçlardan hareketle evde sağıık hizmetlerinin hem birey hem de devlet açısından birer tasarruf olduğu düşünölmektedir. Karabağ'ın (2007) yapmış olduğu çalışmaya göre hastaların kısa ve uzun süreli evde bakım maliyetleri hastanede kalış maliyetlerine göre çok daha düşük olmaktadır. Kavuncubaşı ve Yıldırım'a (2011) göre ameliyat sonrası günlük bakım hastanede 300-450 dolar iken, evde bakım 25-75 dolar; kronik hastalığı bulunan yaşlı bakımı hastanede 75-150 dolar iken, evde bakım 50-75 dolar olarak bulunmuştur (Talento, 1994).

Yaşlı, engelli ve çocuk bakımı çoğunlukla kadınlar tarafından sağlanmakta ve bu durum da kadın istihdamını engelleyecek bir süreç haline gelmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2016). Bundan dolayı geçici veya sürekli bakıma ihtiyaç duyulan bakım ihtiyaçlarına yalnızca aile bağları ile

çözüm aramak yerine evde sağlık hizmetleri kapsamındaki bakım hizmetlerinin organizasyonunda topluma da sorumluluk yüklenmesi çok yönlü bir çözüm olarak görülebilir.

Sims-Gould ve Martin-Matthews (2010) yaptıkları araştırmanın sonuçlarına dayanarak evde bakım sorumluluğunu paylaşmada hizmeti sunan kişi ile hizmeti alan kişi arasında kurulacak ilişkilerin son derece önemli olduğunu saptanmıştır. Öyle ki evde sağlık hizmetleri gereksinimi zaman içinde değişim gösterebilmekte ve kurum bakımı alma gereği doğabilmekte, bu durumda hizmetler arası geçişin sağlanması hasta ve hizmet sunucu arasındaki ilişkiye bağlı olmaktadır (Türk Tabipleri Birliği, 2016, s.2 7).

Hastane merkezli anlayışın yerine evde bakım uygulamalarının benimsenmesi amacıyla hangi hastalara, hangi şartlarda, hangi hizmetlerin verilebileceği ile ilgili doğru bilgilendirme yapılması önem arz etmektedir. Daha sağlıklı bir sağlık hizmeti sunumu için evde sağlık hizmetleri birim personellerini kapsayıcı çalışan güvenliği ile ilgili usul ve esaslar düzenlenmelidir.

4. KAYNAKLAR

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB). ASPB' lığının özürlü ve yaşlı hizmetleri genel müdürlüğü' nün 2012/24 no.lu evde bakım hizmetleri konulu ve 16 Ekim 2012 tarihli genelgesi.
- Averill JB.2012. Priorities for action in a rural older adults study. *Fam. Community Health*, 35(4), 358–72.
- Bauld L, Chesterman J, Judge K. 2000. Measuring satisfaction with social care among stolder service users: issues from the literature. *Health and Social Care in The Community*, 8(5), 316–24.
- Cindoruk M, Şen İ. 2009. Yaşlının evde bakımı. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 29, 110-2.
- Danış MZ. 2006. Toplum temelli bakım anlayışı. *Özveri Dergisi*, <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov3/ov3ttrbakim.htm> (Erişim tarihi: 20.12.2017)
- Doğan O. 2001. Şizofreni hastalarının evde bakımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2, 41-6.
- Ekici B, Özdemir S. 2003. Yaşlı bireylerin sağlık ve evde bakım durumlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu*, 6(4), 27-36.
- Erdil F. 2009. Yaşlanan toplum ve yaşlının evde bakımı. Erişim Adresi: (http://www.ekutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/23.pdf) (Erişim tarihi: 28.12.2017).
- Erdil F, Bayraktar N. 2004. Cerrahi hastasının evde bakımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 14, 3-8.
- Evde Bakım Derneği Yönetim Kurulu. 2010. Evde bakım tanımı, kapsamı, temel kavramlar ve ülkemizde mevcut durum.
- Genç Y, Alptekin K. 2013. Korunmaya muhtaç yaşlılara evde sağlık ve bakım hizmeti sunulması” adlı proje üzerine bir araştırma. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 5, 76-92.
- Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. 2012. Home care across Europe, Current structure and future challenges, (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), The European Observatory on Health Systems, Copenhagen, Denmark.
- Güven S, Hazer O. 1998. Ülkemizde evde bakım sistemlerinin aile ve yaşlılık açısından gereği, önemi ve bu konuda ev ekonomistlerinin yeri. İstanbul: I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı.

- Hellström Y, Halberg IR. 2001. Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health and Social Care in the Community*, 9(2), 61–71.
- Işık, O. Kandemir, A. Erişen, M. A. Fidan, C. 2016. Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 171-186.
- Karabağ H. 2007. Evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin gürüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Karadağ M. 2006. Türk silahlı kuvvetlerinde görevli hekim öğretim üyelerinin evde bakım hizmetleri konusundaki gürüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara.
- Karahan A, Güven S. 2002. Yaşlılıkta evde bakım. *Tur J Geriatrics*, 5(4), 155- 9.
- Kavuncubaşı Ő, Yıldırım S. 2010. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 2.Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi, s. 61.
- Klug, RM. 1991. Under standing private in surance for funding pediatric home care. *Pediatr Nurs*, 17, 197-198.
- Kok L, Berden C, Sardiraj K. 2015. Cost sand benefits of home care fortheelderlyversusresi dential care: a comparison using propensity scores. *Eur J Health Econ*, 16(2), 119–31.
- Öztop H, Őener A, Güven S. 2008. Evde bakımın yaşlı ve aile aısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, 39-49.
- Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, 28539 sayılı “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”.(Erişim Tarihi: 29.12.2017)
- Resmi Gazete, 10 Mart 2005. “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik”.(Erişim Tarihi: 29.12.2017)
- Sağlıklı Nesiller Derneği. Avrupa’da Evde Bakım Hizmetleri, <http://www.sagliklinesiller.org/yazilar/Evdebakim.doc> (Erişim Tarihi: 27.12.2017)
- Seyyar A, Genç Y. 2010. Sosyal hizmet terimleri: ansiklopedik sosyal pedagojik çalışma sözlüğü. Adapazarı, Sakarya Yayıncılık, s. 214.
- Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, Richards S, Martin F, Harris R. 2009. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1.
- Sims-Gould J, Martin-Matthews A. 2010. Wesharethe care: family care givers’ experiences of their older relative receiving home support services. *Health and Social Care in The Community*, 18(4), 415–23.
- Tanlı S, Utku T. 2008. Evde bakımda organizasyon ve etik sorunlar. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6 (4), 58-63.
- Talkington S. 1995. Ethical issues in home care. *HEC Forum*, 7, 290-5.
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı (MEB). Hasta ve yaşlı hizmetleri, evde bakım hizmetleri, Ankara, 2016.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. 2017. (Erişim Tarihi: 20.01.2017)
- Teigen, T. 1991. Patients go home for care, but for their doctors make house calls? *Minn Med*, 74, 15-19.

- Thome B, Dykes AK, Hallberg RI. 2003. Home care with regard to definition, care recipients content and out come: systematic literatüre review. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 869.
- Türk Tabipleri Birliği. 2016. Evde bakım hizmetleri ile ilgili sağlık emek ve meslek örgütlerinin görüş ve yaklaşımları. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, ISBN 978-605-9665-08-7
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 2016. İstatistiklerle yaşlılar, <http://www.tuik.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 29.12.2017
- World Health Organization (WHO) 1963. Drug acceptability in do miciliary tuberculosis contro lprograms. *Bulletin of the World Health Organization*, 29(5), 627-639.
- World Health Organization (WHO) 2008. Home Care in Europe: The Solid Facts. Milan, Italy. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf. Erişim Tarihi: 20.11.2017.
- Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanyılmaz S. 2010. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi, İstanbul Med J*, 11(3), 125-132.

İnce, F. (2018). Teknolojinin Örgütsel Değişimdeki Rolü: Takı Tasarımı İncelemesi. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 57-67.

Araştırma/ Research

Makale Geliş Tarihi:31.01.2019
Makale Kabul Tarihi:07.02.2019

TEKNOLOJİNİN ÖRGÜTSEL DEĞİŞİMDEKİ ROLÜ: TAKI TASARIMI İNCELEMESİ



<https://doi.org/10.35375/sayod.520034>

Dr. Öğr. Üyesi Fatma İNCE¹

Özet

İnsanlar tarafından üretilen bir ürün ya da hizmet olarak ortaya çıkan teknoloji, toplumla karşılıklı etkileşimini sürdürerek hem süreçler hem de çıktılar üzerinde etkili olmaktadır. Sürekli gelişim ve değişim içinde olan teknoloji, sosyal bir varlık olan insan üzerindeki etkisini yaşamın tüm alanlarında göstermektedir. Bu nedenle çalışan, girişimci ve hane halkı olarak ekonomik sistemin bir parçası olan bireyler, bir taraftan yeni gelişmelerle yön verirken diğer taraftan değişime uyum sağlamak durumunda kalmaktadır. Bu sürecin işletmelere yansımaları ise örgütsel değişim yönetimiyle ele alınmaktadır. Bu noktadan hareketle, çalışmada teknolojinin örgütsel değişimdeki rolü vurgulanarak, takı tasarımı alanında bu değişimin yansımaları tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Teknoloji, örgütsel değişim yönetimi, takı tasarımı

THE ROLE OF TECHNOLOGY IN ORGANIZATIONAL CHANGE: JEWELRY DESIGN REVIEW

Abstract

The technology, which emerges as a product or service produced by humans, has an impact on both processes and outputs by sustaining interaction with society. The technology, which is in constant development and change, shows its impact on human being as a social being in all areas of life. For this reason, individuals who are part of the economic system as employees, entrepreneurs and households have to adapt to the changes while directing new developments on the one hand. The reflection of this process to the enterprises is handled by the organizational change management. From this point of view, the role of technology in organizational change will be emphasized and the reflections of this change in the field of jewelry design will be discussed.

Keywords: Technology, organizational change management, jewelry design

¹ Mersin Üniversitesi, Mersin Üniversitesi, Takı Teknolojisi ve Tasarımı Yüksekokulu, fatma_ince@yahoo.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0628-5858>

1.Giriş

Günlük yaşamda bir insanın rahatlıkla gözlemleyebileceği toplumsal, ekonomik ve siyasi olmak üzere tüm alanlarda yaşanan yerel ve küresel değişimler, iş hayatında da kendisini göstermektedir. İşletmelerin iş yapış şeklinden, işin türüne hatta içeriğine kadar her alanda kendisini gösteren farklı uygulamalar gelecekte yöneticilerin insanlar değil robotlar olacağına dair varsayımlara kadar gitmiştir. Özellikle kişiye özel ürünlerin sunulduğu, siparişe dayalı hizmet içerikli alanlarda tüketicinin de işletmenin bir paydaşı olarak görölmesiyle birlikte fırsatlara duyarlı esnek işletme yapıları benimsenmeye başlanmıştır. Bir işletmenin başarısını doğrudan etkileyen maliyet, ürün çeşitliliği ve pazar koşulları gibi öğeler üzerinde teknoloji kaynaklı baskılar oluşması neticesinde daha ucuza, daha kişisel ve hızlı sonuca ulaşılabilen ürünler tercih edilmeye başlanmıştır. Tüm bu gelişmelere ayak uydurmak için bazı ön hazırlıklar gerektiğinden örgütsel değişim yönetimi gibi piyasaya hızlı yanıt verebilecek bakış açıları benimsenmeye başlanmıştır. Tasarım odaklı sektörlerde rekabetin küresel çapta oluşu, yeni üretim ve dağıtım kanallarının gelişmesini desteklemekle birlikte, teknolojinin bu tür alanlarda daha çabuk benimsenmesini sağlamıştır. El işçiliğinden bilgisayar programlarına doğru kayan tasarım odaklı çalışmalar, tüketicisiyle interaktif şekilde yeni ve yaratıcı ürünler sunma imkânı sağladığından teknolojiyi benimseyerek ilerlemeyi zorunlu hale getirmiştir. Bu bakış açısıyla çalışmada öncelikle teknolojiye ve bilgi teknolojilerine ardından bu kavramlara uyum sağlamanın bir aracı olan örgütsel değişim yönetimine değinilecektir. Son olarak takı tasarımında bu gelişmelerin yansımalarını görebilmek için hem tasarımcı hem de girişimci olan iki ustayla yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeye yer verilerek, sektörün gelişmelere nasıl baktığına dair ipuçları sunulacaktır.

2. Teknoloji ve Bilgi Teknolojileri

Değişim, yaşamın tüm alanlarında kaçınılmaz gerçeklerden biri olarak kendini gösterirken, ekonomik sistem bu duruma hem adapte olmakta hem de yön vermektedir. Günümüzde devlet hizmetlerinden özel sektöre kadar her alanda internet üzerinden çevrimiçi hizmetler gerçekleştirilebilmektedir. Mal ve hizmet üretimine yönelik amaçlar gerçekleştirilirken kullanılan beceri, yöntem, işlem ve tekniklerin derlenmesi ya da bu yönde yapılan bilimsel araştırmaların tamamı olarak nitelendirilen teknoloji, geniş kapsamlı yaygın etkilerinden dolayı internet ve bilişim yönetimini zorunlu hale getirmektedir (Karaçam ve Aydın, 2014). Psikolojik, sosyolojik ve ekonomik birçok etkisi olan teknolojin toplumlar üzerindeki etkisi A. Toffler'ın tarım, sanayi ve bilgi toplumu sınıflandırmasında

açıkça kendisini göstermektedir (Toffler, 1980). Bu sınıflandırma toplumda üretim, tüketim ve pazar dengelerinin tarıma, sanayiye ve bilgiye dayalı olduğu dönemleri açıklarken teknolojinin insan yaşamındaki etkilerini de gözler önüne sermektedir.

Kas gücüne dayalı toplumsal yapıdan, kitle halinde üretime geçilmesinin ardından insan zihninde saklı bilginin rekabetin temel gücü haline gelmesi gibi gelişmeler teknolojinin tüm yaşam alanlarına olan etkilerinin birer sonucu olarak görülmektedir. Bu nedenle günümüzde tasarım, ar-ge, inovasyon gibi birey merkezli yaklaşımların, bilgi teknolojileriyle katma değer yaratacak hale getirilmesi oldukça önemsenmektedir (Imran vd., 2019). Çünkü gelecekte bilgiyi elinde tutan, saklayabilen ve kullanabilen toplumların küresel çapta öncü olacağı düşünülmektedir. Var olan bir bilginin analiz edilerek karar alma süreçlerine dâhil edilmesiyle ilgilenen bilgi teknolojileri, bir girişimin her seviyesinde ihtiyaç duyulan temel kaynaklardan biridir. Know-how olarak da adlandırılan kullanım bilgisi, işletmelerin fark yaratmasını ve sektöre yön vermesini sağlayan kıt kaynaklardan biri olarak görülmektedir (Zhou ve Purushothaman, 2019). Bilgi çağının gereklilikleri olarak görülen bu gelişmeler göstermektedir ki yenilikçi ve yaratıcı bakış açısına sahip insanla modern teknolojinin birleşmesi, tasarım ve üretim konularında yeni gelişmeler ortaya çıkaracaktır.

Bir girişimi oluşturmak için bir araya getirilmesi gereken kaynaklar arasında da yerini alan bilgi, kurum içi çalışanları ilgilendirdiği kadar kurum dışı sosyal paydaşları da ilgilendirmektedir. Çünkü işletmenin dış çevresiyle olan iletişimi, üst düzey kararları ve dolayısıyla faaliyetlerini etkileyebilmektedir (Teece vd., 1997). Bunun en basit örneği tüketicilerden alınan geribildirimlerin tasarımlara yansmasıyla ürün ya da hizmete son kullanıcıyı da dâhil etme uygulamalarının benimsenmiş olmasıdır. Dünya çapında alternatiflere ulaşabilme şansı olan tüketicinin isteklerini hızla yanıtlama imkânı veren internet odaklı dağıtım kanalları, firmaları değişime uyum sağlamaya zorlamakta aksi halde yok olma tehlikesine itmektedir. Bu nedenle yerel ve kültürel tatları koruyarak küresel ölçekte rekabete odaklanmak gibi yeni stratejiler benimsenmektedir.

3. Örgütsel Değişim Yönetimi

Teknoloji temelli örgütsel değişim alanlarına bakıldığında sektörün tüm yönleriyle bu gelişmeden etkilendiği görülmektedir. Teknolojinin değişim üzerindeki rolü genel olarak şu başlıklar altında sınıflandırılabilir (Bensghir, 1996;Porter, 1996):

- Endüstri yapısında değişme: Satıcıların, tedarikçilerin, alıcıların, rakiplerin ve ikame malların gücü Porter'a göre rekabeti belirleyen beş öğedir. Bilgi teknolojileri bu beş temel öğeyi etkileyerek endüstrinin yönünü değiştirmiş ve rekabeti güçlendirmiştir.

- Rekabet üstünlüğü: Teknoloji düşük maliyetle üretimde liderlik sağlarken ürün farklılaştırma stratejisini de desteklediğinden, rekabet avantajı fırsatı sunmaktadır. Ayrıca coğrafi sınırları ortadan kaldırması da bu alanda sağladığı imkânlardan biridir.
- Yeni iş olanakları: Özellikle el sanatlarına dayalı bazı iş kolları yok olmaya yüz tutmuşken, teknoloji odaklı yeni iş alanları ortaya çıkmaktadır. Sosyal medya danışmanlığı, destek hizmetleri, blog yazarı olma ve bilgi ya da fikir satışı gibi işler çevrimiçi iş olanaklarının artmasıyla gelişen alanlardır.

Ayrıca bilginin teknolojiyle beraber daha da önemli hale gelmesiyle birlikte organizasyon yapılarında, yönetim süreçlerinde, iş tanımlarında, iş kapsamlarında ve iş niteliklerinde değişimler meydana gelmiştir (Lewis, 2019). Teknolojiye uyum sağlayarak ya da yön vererek değişim yönetiminde elde edilecek başarılar piyasada oluşan yeni fırsatların yakalanmasını sağlarken, değişim odaklı risklerden kaçınmayı da gerektirecektir.

Sektör fark etmeksizin sürdürülebilirlik hedeflerini yakalayabilmek için değişime uyum sağlaması gereken işletmelerin, her seviyede gelişime hazır olması gerekmektedir. Stratejik seviyede varlığı tehlikeye düşen ya da farklı bir yöntemle ilerleme kararı alan işletmelerin başvurduğu şirket birleşmesi, performans yönetimi, sistem değişikliği, donanım değişikliği gibi potansiyel değişim alanlarının yanı sıra krizler, küçülmeler ve krizler gibi zorunlu değişim faktörleri de bulunmaktadır (Cammarano, 2019). Hangi seviyede olursa olsun, değişim insanlara ürkütücü geldiğinden öncelikle uygun bir iklim oluşturulmalı ardından çalışanların dâhil edildiği etkinleştirme planları hayata geçirilmeli ve son olarak da değişim uygulamasının başarılı bir şekilde ilerlemesi sağlanmalıdır. Çalışanlar belirsizliği iş kaybı ya da güç azalması gibi algıladıklarından öncelikle direnç göstereceklerdir, bu nedenle iyi bir vizyon ve güçlü bir takım bu işin lokomotifini olacaktır (Thakur ve Mangla, 2019). Oluşacak engelleri önceden öngörmek ve hazırlıklı olmak, değişim sürecinde yöneticiyi rahatlatacak ve değişimin kalıcı olarak kabul edilmesini kolaylaştıracaktır.

Özellikle hizmet odaklı ve kişiye özel tasarımların uygulandığı iş türlerinde, katılımcı yönetim yaklaşımı ile açık kapı politikası izlenerek çalışanların değişim sürecine olumlu katkı sağlaması desteklenebilir. Başlangıçta bir şok dalgası oluşması nedeniyle kızgınlık ve suçlama gibi arzu edilmeyen durumlar yaşansa bile pes etmeden değişimin anlatılması ve çalışanlara güven verilmesi gerekmektedir. Ancak bu şekilde endişe ve belirsizlik azalacağından konuyla ilgili heyecan yaratılarak direnç kırılabilir. Örgütsel değişim yönetimiyle ilgili paylaşılan bilgilerin ardından, bir sonraki başlıkta takı tasarımında değişim yönetimine değinilecektir.

4. Tasarımda Değişim Yönetimi

Tasarlanan bir ürünün, işletmenin marka yüzü olması gibi durumlar nedeniyle tasarım, takı alanında faaliyet gösteren işletmeler için en önemli öğelerden biridir. Özellikle dijital teknolojilerin ortaya çıkmasıyla tasarımların hazırlanması, üretilmesi ve basımı süreçlerinin tamamında değişim yaşanmıştır. Emeğe dayalı el işçiliğiyle yapılan tasarımların süresini oldukça kısaltan dijital teknolojiler, üretim süresini kısaltmakta ve maliyetleri azaltmaktadır. Ayrıca bazı alanlarda daha kaliteli çıktılar elde etme fırsatının yanı sıra üretimde uzman ihtiyacı da azalmaktadır. Uzman gereksiniminin azalması hem bir avantaj hem de dezavantaj olarak ele alınabilir. El sanatına dayalı tasarım yapan kişilere olan ihtiyacın azalması tersi şekilde dijital tasarımcılara olan ihtiyacın da artması anlamına gelmektedir. Bu durumun eski kültürlerin yaşatılması ve toplumsal mirasın kalıcılığıyla ilgili sosyolojik etkileri de bulunmaktadır.

Fotoğraf makinesinin ve baskı teknolojilerinin icadı ve yeni modellerinin hızlı yükselişiyile birlikte baskı öncesi faaliyetlerden, renk yönetimine kadar tasarımın tüm süreçleri giderek yeni teknolojiye ayak uydurmaktadır. Bilgisayar grafik sistemlerinin de desteğiyle, geleneksel baskı yöntemlerine kıyasla daha kısa sürede sonuç elde etmeyi sağlayan yeni baskı aletleri tüketici isteklerine göre interaktif değişime olanak sağlamaktadır. Görsel tasarım programlarının 3 boyutlu yapısı oldukça düşük maliyetlerle ve hızla yeni ürün prototipleri geliştirme imkânı sunmaktadır (Norman ve Verganti, 2014). Tasarım faaliyetini farklı bir boyuta taşıyan teknolojik gelişmeler, işin kendi içinde farklı alt dallara bölünmesini sağladığından çeşitli alanlarda yeni ihtiyaçlar doğmasına neden olmuştur.

Temel tasarım uygulamalarında 3 boyutlu çalışmalara geçilmesi, bu alanda yaşanan değişimlere uyum sağlama yöntemlerinden biri olarak görülmektedir. Çünkü üretim biçimlerinin değişmesinin yanı sıra tasarımcının ve tüketicinin düşünme biçimi de değişmiştir. Dolayısıyla tasarım alanında değişime uyum sağlama sürekli ve karşılıklı etkileşimle gerçekleşen bir dönüşüm olarak görülmektedir (Bingöl, 2016). Teknoloji çağında dünyaya gelen yeni kuşakların düşünme biçimi olarak görülen çoklu düşünme, sanatın ortaya çıkışında da kendisini gösterdiğinden farklı alanların bir araya geldiği yeni ürün tasarımları ortaya çıkmaktadır.

Her aşamasında sosyal bir varlık olan insanın bakış açısını içeren tasarım faaliyetleri, zihinsel süreçte girdi olarak yer alan tüm faktörlerden etkilenecek tasarım sürecinin bilgi, analiz, tartışma ve sunum aşamasından ürüne yönelik malzeme seçme ve ürüne fiziki formunu verme gibi son aşamasına kadar her alanda yansımalarını göstermektedir. Zihinde canlanan biçim ya tasavvur olarak nitelendirilen

tasarımın bir sanat eserinin ilk dizaynı olması sebebiyle insanı etkileyen teknolojik gelişmelerden uzak durması mümkün değildir (Karaçalı, 2017). Bu nedenle işletmelerin örgütsel süreçlerinde tasarıma yönelik yeni iş alanları kadar yeni düşünce biçimlerine de kendilerini hazırlamaları gerekmektedir.

5. Araştırma Metodolojisi

Bu bölümde öncelikle çalışmanın amacı, önemi ve yöntemi sunulacak ardından görüşme bulguları sıralanacaktır. Bulgular kısmında teknolojinin örgütsel değişimdeki rolüne dair yapılan görüşmelerin detaylarına yer verilecektir.

5.1. Araştırma Yöntemi

Makalenin bu kısmında sektörel bakış açısını görebilmek için nitel araştırma yöntemlerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak tasarımda değişim yönetimine dair bilgiler edinilmiştir. Araştırmanın amacı, teknolojinin takı tasarımı alanındaki yansımalarını belirleyerek, bu yansımalara karşı sektörün verdiği tepkileri anlamak ve uyum süreçlerine dair bilgi edinmektir. Çalışma, takı tasarımı alanında teknoloji merkezli değişime dikkat çektiği ve bu konuda yapılan çalışmalarla sektörel bilgiyi bir araya getirdiği için önem arz etmektedir. Araştırma yöntemi gereği yarı yapılandırılmış olarak hazırlanan sorular yüz yüze görüşme ile iletişmiş ve ardından alınan cevaplar gruplandırılarak sunulmuştur.

5.2. Bulgular

Görüşme 1: İlk yarı-yapılandırılmış görüşme Söz-Taş Kuyumculuk sahibi Doğan Sözkese ile yapılmıştır. 27 yıldır sektörde olan girişimci, çıraklığını İzmir’de tamamlamış, teknoloji eğitimini İtalya’da almış ve ardından kendi işyerini kurarak Ankara’da hizmete başlamıştır. Kültür ve Turizm Bakanlığı Somut Olmayan Kültürel Miras Taşıyıcılarının Tespit ve Kayıt İşlemleri kapsamında Sanatçı kartı sahibi olan girişimcinin teknolojinin sektöre etkisine dair verdiği bilgiler; teknolojinin katkıları, sakıncaları ve teknolojik değişime uyum sağlama yöntemleri başlıkları altında şu şekilde derlenmiştir.

Teknolojinin sektöre olan olumsuz etkileri:

-Yeterince hazırlanmadan sektöre giriş sorunu:

Sektörde eskiden çıraklık döneminde takı tasarımı ve üretimiyle ilgili tüm aşamalar öğrenilebilirken şuan günümüzde çocukluktan yetişkinliğe kadar eğitim alma yerine aylık kurslarla bazı bilgileri edinerek yeni girişimler kurma ya da aile işletmesi olduğu için babadan işi devralma eğilimi

görülmektedir. Bu hızlı geçiş maliyet hesaplarını yapamayan ve iş süreçlerinin tamamı hakkında bilgi sahibi olmayan bireylerin farkında olmadan sektöre zarar vermesiyle sonuçlanmaktadır. Çünkü işine özen gösteren, kalite odaklı ustaların yoğun emek vererek ürettikleri ürünler hak ettiği değeri görememektedir.

-İşsizlik sorunu:

El işçiliğine dayalı ustaların çalışmaları, teknolojinin getirdiği kolaylaştırıcı uygulamalar nedeniyle tercih edilmez duruma geldiğinden bu alanda işsizlik başlamıştır.

-Kalite sorunu:

Kaplama ürünler tüketiciler tarafından yoğun şekilde tercih edildiğinden modellerde emek hırsızlığı kolaylaşmış ve yaygın hale gelmiştir.

Ürünle ilgili detaylı bilgisi olmayan kişilerin sektörde yer alması sonucunda madenlerin içeriği bilinçsiz şekilde ayarlanmakta ve bu kişilerin başarısızlığı tüm sektöre mal edilmektedir. Bu nedenle sektöre katkı sağlayacak yeni nesiller yetiştirecek takı teknolojisi ve tasarımı eğitimi veren bölümlerin sektör açısından değeri oldukça yüksektir.

Teknoloji yardımıyla hazırlanan döküm kalıplarda üretilen ürünlerle, el işçiliğiyle elde edilen ürünlerin kalite ve estetik algısı farklılık göstermektedir.

Teknolojinin takı tasarımına olan katkıları:

Takı tasarımı ve kuyumculuk alanında teknolojinin birçok avantajı bulunmaktadır. Öncelikle batıya olan bağımlılık azalmış ve benzer kalitede ürün çıkarma imkânı doğmuştur. 3 boyutlu çizimden, model ve mum işleme sanatına hatta döküme kadar üretimin tüm aşamalarında teknolojinin etkileri görülmüştür.

Aynı çizim ve döküm kalıplarını kullanarak bir üründen çok fazla sayıda üretme imkânı artmıştır.

Hem teknoloji hem de ustalık bilgisini kullanan yetişmiş eleman sayısı sınırlı olduğundan, yalnızca teknolojiyi kullanarak üretim yapan ve işçilik gerektiren kısımları dışarıdan hizmet alımıyla gerçekleştiren yeni girişimler oluşmuştur. Elbette ki teknoloji kullanırken kendi ustalığını da kullanan girişimciler maliyet avantajıyla birlikte oldukça kaliteli ürünler elde etmektedir.

Kauçuk yardımıyla hazırlanan kalıplarda bir üründen yüzlerce hatta binlerce yapılabilmesi maliyet avantajı sağlamaktadır. Bu alanda, yalnızca teknolojiyi kullanarak döküm yapan işletmeler de bulunmaktadır.

Eskiden Taylandlı ustalar tüketicinin siparişini mum işlemede hızlı şekilde hazırlayıp sunmalarıyla meşhurken, şuan 3 boyutlu çizimlerle işlemler yürütölmektedir. Bilgisayar destekli çizimler sıfır hatayla olurken elde işlemede simetri hataları olabilmektedir. Bu nedenle çizim araçları birçok atölyede aktif olarak kullanılmaktadır. Her makine için en az üç kişi gerektiğinden yeni bir istihdam alanı doğmuştur.

Teknolojiye uyum sağlama:

Takı alanında teknolojiye uyum sağlamak bir zorunluluktur. Emek yoğun üretimle teknoloji yoğun üretim arasındaki en büyük fark, zaman ve kârlılık açısından ortaya çıkmaktadır. Üretim için gerekli makinalar oldukça pahalı olmasına rağmen malzeme maliyeti azaldığından teknoloji uzun dönemde verimliliği artırmaktadır.

Tüketiciler ürünün nasıl üretildiğiyle değil nasıl görüldüğüyle ilgilendiklerinden işçilik maliyetine fazla ödeme yapmaktan kaçınmaktadır, bu nedenle yeni teknoloji üretim aletlerini edinmek zorunlu hale gelmiştir.

Görüşme 2: Geleneksel Kuyumculuk Teknikleri kitabının yazarı ve Ahumay Silver Design Sanatevi'nin sahibi Ahmet Umut Aydemir, 23 yıllık sektör tecrübesine dayanarak teknolojinin takı tasarımındaki rolüne şu şekilde değerlendirmektedir:

Teknolojinin takı tasarımına olan katkıları:

Takı üretiminde elde edilen hız arttığı için maliyetler azalmış ve çok sayıda üretim imkânı doğmuştur. Bu nedenle daha fazla sayıda takı üretimi daha ucuz ürün satışı sağlamıştır. Bir ustanın el emeğiyle yaptığı bir ürün bilgisayar destekli tasarımlarla kusursuz olarak üretilebilir hale gelmiştir.

Hatta henüz ürün üretilmeden bilgisayar destekli programlarla ürünün ağırlığı ve malzeme maliyeti hesaplanabildiğinden nihai ürün oluşmadan maliyetini değerlendirme imkânı oluşmuştur.

Günümüzde firmaların neredeyse %90'ı bilgisayar destekli tasarımlar, 3D yazıcılar ve ilgili diğer teknolojileri kullanmaktadır.

Teknolojinin sakıncaları:

Teknolojinin en büyük sakıncası el işi butik takı üretimini kolaylaştırdığından sektörle ilgisi olmayan kişilerin eğitim almadan bu alana yönelmeleri olmuştur. Bu nedenle bazı tasarımcılar atölye ile tanışmadan kendi markalarını oluşturarak toptan ve perakende ürün satışına başlamışlardır. Sonuç

olarak, sektörün iç dinamiklerini bilmeyen kişilerin sektörün gidişatıyla ilgili söz sahibi olması durumu doğmuştur. Bu gelişmeler el işçiliğini baltalamış ve bitme noktasına getirmiştir.

Daha önce bir bütün olan kuyumculuk sektörü teknoloji nedeniyle neredeyse yirmi parçaya bölünmüştür. Cila, döküm ve kalıp gibi her iş sürecinin kendi içinde uzmanlaşmış ekipleri oluşmuştur. Bu nedenle kara-usta denilen ve kuyumculuk sektörünün her alanını bilen ustaların yerini, işbölümü nedeniyle yalnızca kendi alt alanında uzmanlaşmış kişiler almıştır.

Hızlı, ekonomik ve kusursuz takılar üretilmesini sağlayan teknolojik gelişmeler, gelecek nesillerin kuyumculuk alanındaki genel teknikleri öğrenmesinin önüne geçmiştir. Çünkü artık bu bilgiler olmadan takı üretebildiğinden, yeni nesiller kuyumculuk bilgisi almadan takı üretimi yapacak ve bu bilgiler kaybolmaya yüz tutacaktır.

Sektör gelecekte daha yüzeysel bilgiye sahip kuyumculuk alanında derinlemesine ve tüm yönleriyle bilgisi olmayan nitelik açısından nispeten daha düşük elemanlarla çalışmaya devam edecektir.

Görüşme yapılan girişimci, teknolojiye uyum sağlama konusunda; geleneksel sanatlara bağlı kalarak el işçiliğine dayalı sanat temelli kişiye özel ürünler üretmeyi tercih etmiş ve bilinçli olarak teknoloji temelli tasarım ve üretim yöntemlerini tercih etmemiştir. El işçiliğine önem veren tüketicilere hitap eden girişimci, bu tercihinden dolayı teknolojiye mesafeli durmanın hem avantajlarını hem de dezavantajlarını yaşadığını belirtmektedir. Örneğin tasarım, döküm ve kalıp gibi tüm süreçler el emeğiyle hazırlandığından daha uzun sürede bir ürün üretilmekte ancak tüketicinin işçiliğe önem vermesiyle kazanç kaybı yaşanmamaktadır.

6. SONUÇ

Teknolojinin her alanda görülen yansımaları tüm sektörlerde kendini gösterdiği gibi emek yoğun ve sanat içerikli alanlarda da etkilerini göstermiştir. Yeni iş alanlarının doğması, sektörel değişimler ve maliyet avantajları gibi birçok katkısı olduğu düşünülen teknoloji, rekabete yön veren en önemli faktörlerden biri olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle varlığını sürdürmek isteyen işletmeleri kendine uyum sağlamaya zorlayan teknolojik gelişmeler, değişim yönetimi, kriz yönetimi ya da takım çalışması gibi insan odaklı ve katılımcı yönetim yaklaşımlarının benimsenmesini sağlamıştır. Operasyonel faaliyetlerden stratejik seviyeye kadar her alanda iş süreçlerini etkileyen, değiştiren ve yönlendiren teknolojik gelişmeler girişimcilerin, işletmelerinde yeni kurum kültürlerine ve yeni iş yapış biçimlerine yönelmelerini de sağlamıştır. Çalışmada, takı tasarımı ve kuyumculuk gibi sanat merkezli sektörlerde teknolojinin ne tür etkileri olduğunu ve bu etkilere uyum sağlama sürecinde girişimcilerin neler yaptığını anlamak için yarı-yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Uzun yıllardır

tasarımcı, sanatkâr ve usta olarak sektörde yer alan girişimcilerin yaptığı değerlendirmeye göre teknoloji takı tasarımı alanına maliyet, hız ve satış miktarında artış gibi getiriler sağlamıştır. Ancak el emeğine dayalı olarak çalışan ve iş süreçlerinin tamamını bilen ustaların yerine makinaların kullanılması geleneksel yöntemlerin sonunu getirerek bu alanda işsizliğe neden olmuştur. Tasarımdan nihai ürüne kadar tüm süreçleri öğrenmek için uzun yıllarını veren ustaların yerine işbölümü yapılarak her işin farklı işletmeler tarafından yapılması şeklinde gelişen yeni uzmanlık alanları grafik tasarım, bilgisayar destekli çizim ve baskı alanlarında yeni istihdam alanları sağlamıştır. Yapılan görüşmelerde teknolojiye uyum sağlama ve bu alandaki değişimi yönetmenin keyfi bir durum değil bir zorunluluk olduğu belirtilerek, gelecekte sektörün bilgi odaklı değil teknoloji odaklı gelişim göstereceği vurgulanmıştır. Alanında uzman girişimcilerin aktardığı bilgiler, literatürde belirtilen değişim göstergeleriyle örtüşmektedir. Bu nedenle takı tasarımı alanında teknolojinin katkıları olumsuz yönleriyle birlikte yaşanmaktadır. Gelecekte yapılacak çalışmalarla yeni nesillere kuyumculuk bilgisinin tüm yönleriyle aktarılması, bu bilgilerin kaybolmaması için hayati önem arz etmektedir. Aksi halde yalnızca dâhil olduğu kısımlara yönelik bilgisi olan ve bir takımın tüm yönlerini bilmeyen gençler iş hayatında yerini alacaktır. Sektörün ve eğitimcilerin bu alanda yapacakları işbirlikleri kültürel mirasın korunması, yaşatılması ve geleceğe aktarılması konusunda oldukça önemlidir. Genç girişimcilerin teknolojinin katkılarından faydalanırken küresel rekabette ülke ekonomisine katkı sağlayabilmeleri için yerel değerleri de önemsemeleri gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Bensghir, T. K. (1996). Bilgi teknolojileri ve örgütsel değişim (No. 274). TODAİE, Ankara.
- Bingöl, M.P. (2016). Temel Tasarım Eğitiminde Kavramdan Üç Boyuta Geçişe Yönelik Bir Uygulama Örneği, İDİL Dergisi, 5(21):339-362.
- Cammarano, A., Michelino, F., Lamberti, E., & Caputo, M. (2019). Investigating technological strategy and relevance of knowledge domains in R&D collaborations. *International Journal of Technology Management*, 79(1), 60-83.
- Imran, M., Hamid, S., Aziz, A., & Hameed, W. (2019). The contributing factors towards e-logistic customer satisfaction: a mediating role of information technology. *Uncertain Supply Chain Management*, 7(1), 63-72.
- Karaçalı, B. (2017). Temel Sanat/Tasarım Olgusu-Yeni Yaklaşımlar. *Anadolu Üniversitesi Sanat & Tasarım Dergisi*, 8(1), 170-185.

Karaçam, S.,& Aydın, F. (2014). Ortaokul öğrencilerinin teknoloji kavramına ilişkin algılarının metafor analizi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 13(2), 545-572.

Lewis, L. (2019). *Organizational change: Creating change through strategic communication*. Wiley-Blackwell, USA.

Norman, D. A.,&Verganti, R. (2014). Incremental and radical innovation: Design research vs. technology and meaning change. *Design issues*, 30(1), 78-96.

Porter, M. E. (1996). Competitive advantage, agglomeration economies, and regional policy. *International regional science review*, 19(1-2), 85-90.

Teece, D. J.,Pisano, G., &Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic management journal*, 18(7), 509-533.

Thakur, V.,&Mangla, S. K. (2019). Change management for sustainability: Evaluating the role of human, operational and technological factors in leading Indian firms in home appliances sector. *Journal of CleanerProduction*, 213, 847-862.

Toffler, A. (1980). *The third wave* (Vol. 484). New York: Bantam books.

Zhou, C.,&Purushothaman, A. (2019). Developing creativity and learning design by Information and Communication Technology (ICT) in developing contexts. In *Advanced Methodologies and Technologies in Artificial Intelligence, Computer Simulation, and Human-Computer Interaction* (pp. 499-511). IGI global, USA.