



Cilt/Volume :5 Sayı/Issue :2 Yıl/Year :2019(AĞUSTOS) ISSN-2149-6161

# ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND  
STRATEGIES RESEARCH



## İÇİNDEKİLER

### SAĞLIK KURUMLARINDA DEĞİŞİM LİDERLİĞİ

CHANGE LEADERSHIP IN HEALTHCARE INSTITUTIONS (Arş. Gör. Uzm. Duygu ÜREK, Arş. Gör. Uzm. İpek BİLGİN DEMİR, Arş. Gör. Uzm. Sevilay KARAMAN) (Derleme makale 89-103)

### İŞGÜCÜ PİYASASINDA CİNSİYET AYRIMCILIĞININ ÜCRET POLİTİKASINA YANSIMASI VE BİRLEŞMİŞ MİLLETLER ANTLAŞMALARINDAKİ YERİ

REFLECTIONS OF GENDER DISCRIMINATION ON WAGE POLICIES IN LABOUR MARKET AND ITS ROLE IN UNITED NATIONS AGREEMENTS (Duygu Sezen MAKTAV) (Derleme makale 104-117)

### AVRUPA SAĞLIK YÖNETİMİ BİRLİĞİ (EHMA) KONFERANSLARINDA SUNULAN SAĞLIK YÖNETİMİ BİLDİRİLERİNİN GÖRÜNÜMÜ

THE APPEARANCE OF HEALTH MANAGEMENT PROCEEDINGS PRESENTED AT THE EUROPEAN HEALTH MANAGEMENT ASSOCIATION (EHMA) CONFERENCES (Gülcan ŞANTAŞ) (Araştırma makalesi 118-125)

### SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YAŞANAN ETİK DIŞI DAVRANIŞLARI ALGILAMA DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI

INVESTIGATION OF THE PERCEPTION LEVELS OF UNETHICAL BEHAVIORS OF HEALTH SCIENCES STUDENTS IN HEALTH SECTOR (Prof. Dr. Sezer KORKMAZ, Nezafet UZUNSES) (Araştırma makalesi 126-138)

### KLİNİK MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARINDA FMEA YÖNTEMİ İLE PREANALİTİK SÜREÇTEKİ HATA KAYNAKLARININ ANALİZİ

THE ANALYSIS OF THE ERROR RESOURCES IN THE PREANALYTIC PROCESS WITH THE FMEA METHOD IN CLINICAL MICROBIOLOGY LABORATORY (Ülkü VERANYURT, Dr. Öğretim Üyesi Ali ARSLANOĞLU) (Araştırma makalesi 139-154)

### İSTİSMARCI YÖNETİM DAVRANIŞININ İŞTEN AYRILMA NİYETİNE ETKİSİ: HASTANE ÇALIŞANLARINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

THE EFFECT OF ABUSIVE SUPERVISION ON THE INTENTION TO QUIT THE JOB: A RESEARCH ON HOSPITAL EMPLOYEES (Serkan DENİZ, Mesut ÇİMEN) (Araştırma makalesi 155-164)

### SAĞLIK KURULUŞLARINDA UYGULANAN İÇ DENETİM VE DIŞ DENETİMİN ÇALIŞANLAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

THE IMPLEMENTATION OF THE INTERNAL AUDIT AND EXTERNAL AUDIT OF THE HEALTH ORGANIZATIONS ON EMPLOYEES (Dr. Öğr. Üyesi Naim KARAGÖZ, Erol YAMAN) (Araştırma makalesi 165-183)

### KÜÇÜK VE ORTA ÖLÇEKLİ İŞLETMELERİN (KOBİLERİN) YÖNETİMİNDE MUHASEBE BİLGİ SİSTEMİNİN YERİ VE ÖNEMİ: ANKARA TEKSİL İŞLETMELERİ ÖRNEĞİ

THE PLACE IMPORTANCE OF BOOKKEEPING KNOWLEDGE SYSTEM ON SMALL AND MEDIUM SCALED ENTERPRISES (SMEs): EXAMPLE ANKARA TEXTILE MANAGEMENT (Dr. Öğretim Üyesi Özge YILMAZER, Dr. Öğretim Üyesi Öznur ERDEM) (Araştırma makalesi 184-215)

### SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISI

ORGANIZATIONAL STRUCTURE OF THE MINISTRY OF HEALTH (Arş. Gör. Ayhan DURMUŞ, Merve Nur DURMUŞ) (Derleme makale 216-229)

### BİR KAMU HASTANESİNDE YATAK KULLANIM ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ASSESSMENT OF BED UTILIZATION EFFICIENCY IN A PUBLIC HOSPITAL (Arş. Gör. İzzet AYDEMİR) (Araştırma makalesi 230-242)

### İLLERİN SAĞLIK PERFORMANSLARININ ÖLÇÜLMESİ: VERİ ZARFLAMA ANALİZ YÖNTEMİ İLLERİN SAĞLIK PERFORMANSLARININ ÖLÇÜLMESİ: VERİ ZARFLAMA ANALİZ YÖNTEMİ

MEASUREMENT OF PROVINCIAL HEALTH PERFORMANCES: DATA ENVELOPMENT ANALYSIS METHOD (Arş. Gör. Osman ŞENOL, Arş. Gör. Kevser SEZER KORUCU, Arş. Gör. Aşlı METİN) (Araştırma makalesi 243-256)

## SAĞLIK KURUMLARINDA DEĞİŞİM LİDERLİĞİ

### CHANGE LEADERSHIP IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

#### Arş. Gör. Uzm. Duygu ÜREK,

Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,  
duyguurek@hacettepe.edu.tr  
orcid: 0000-0001-6471-5601

#### Arş. Gör. Uzm. İpek BİLGİN DEMİR,

Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,  
ipekbilgin@hacettepe.edu.tr  
orcid: 0000-0002-5267-4248

#### Arş. Gör. Uzm. Sevilay KARAMAN

Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,  
sorak@hacettepe.edu.tr  
orcid: 0000-0003-4367-9466

Makale gönderim-kabul tarihi (02.05.2019-07.07.2019)

#### Özet

Günümüz iş dünyasını karakterize eden en önemli kavramlardan biri değişim kavramıdır. Oldukça zor ve hassas bir süreç olan değişim; bir taraftan etkili bir yönetim gerektirirken, diğer taraftan daha da önemlisi hassas insan unsurlarıyla katı iş eylemlerini bütünleştirebilen üstün bir liderlik gerektirmektedir. Bir örgütte değişimi başlatacak, organize edecek ve takıma kaptanlık edecek kişinin normal bir yönetici ya da liderden farklı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu bağlamda, gerekli olan liderlik tarzının ise değişim liderliği olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmanın amacı, örgütler için önemli kavramlar olan değişim ve değişimin başlatılması, gerçekleştirilmesi ve sürdürülmesinde büyük bir öneme sahip olan değişim liderliği kavramlarını detaylı bir şekilde ortaya koymak ve pek çok ülkede yoğun değişim hareketlerinin yaşandığı sağlık sektörü için değişim liderliğinin taşıdığı öneme dikkat çekmektir.

**Anahtar Sözcükler:** Değişim, Değişim Liderliği, Sağlık Sektörü, Sağlık Kurumları

#### Abstract

One of the most important concepts that characterize today's business world is change. Organizational change is a very difficult and sensitive process; it requires effective management, while on the other hand, it requires a superior leadership, which, more importantly, integrates sensitive human factors with rigid business actions. The person who will initiate, organize and captain the change in an organization must have different characteristics than an average manager or leader. In this context, it is stated that the required leadership style is change leadership. The aim of this study is to highlight the concepts of change and change leadership which have great importance in the initiation, realization and maintenance of change, which are important concepts for organizations and to draw attention to the importance of change leadership for healthcare sector in which intensive change movements are experienced in many countries.

**Key Words:** Change, Change Leadership, Healthcare Sector, Healthcare Institutions

## GİRİŞ

Günümüz iş dünyasını karakterize eden en önemli kavramlardan biri “*değişim*” kavramıdır. Kavram, özellikle son yıllarda yaşanan yüksek rekabet ve küreselleşme faaliyetleri nedeniyle daha çok ön plana çıkmıştır. İçinde bulunulan yüzyılda artık kültürler, pazarlar, toplumlar ve ülkeler arasında var olan sınırlar ortadan kalkmış; şebeke ve sanal örgütler, birleşmeler ve stratejik ortaklıklar gibi yapılanmaların sayıları artmış ve örgütler daha farklı ve geniş bölgelerde faaliyet gösterir hale gelmişlerdir. Bu duruma ek olarak; ekonomik, sosyo-kültürel, demografik, yasal, politik, teknolojik ve uluslararası çevre unsurlarının da oldukça dinamik ve belirsiz olduğu gerçeği de eklendiğinde; pek çok sektörde örgütlerin kendilerini sürekli olarak değiştirmesi ve geliştirmesi kaçınılmaz bir gereklilik olmuştur.

Dünyanın pek çok ülkesinde *değişim* hareketlerinin en yoğun şekilde yaşandığı sektörlerin başında sağlık sektörü gelmektedir. Yeni teknolojiler, genetik tedaviler ve bilimsel keşifler hastaları tedavi etme yöntemlerini değiştirmektedir. Son dönemlerde maliyetlerin kontrol altına alınması, kalitenin iyileştirilmesi ve gelir akışının sürdürülmesi konusundaki baskılar nedeniyle de sağlık kurumları sağlık hizmeti sunma yollarını yeniden gözden geçirmek zorunda kalmışlardır (Kruppan, Dunlap ve Waldrum, 2016: xiii). Bunlara ek olarak; demografik açıdan yaşanan *değişimler*, hükümet düzenlemeleri gibi hususlar da söz konusudur. Tüm bu nedenlerden dolayı, sağlık kurumları liderlerinin hem günlük faaliyetleri yönetebilmeleri hem de yeni çevreye adapte olabilmeleri ve bu yeni çevreyi yönlendirebilmelerine her zamankinden daha çok ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kapsamda, sağlık kurumları da dâhil olmak üzere *değişimin* yoğun bir şekilde yaşandığı bütün örgütlerde bugün artık geleneksel yönetim ve liderlik yaklaşımlarının ötesinde farklı ve güçlü özelliklere sahip liderlik tarzlarının varlığı çok daha önemli hale gelmiştir. Bu liderlik tarzlarından biri de “*değişim liderliği*”dir.

Bu çalışmanın amacı, örgütler için önemli kavramlar olan *değişim* ve *değişimin* başlatılması, gerçekleştirilmesi ve sürdürülmesinde önemli role sahip olan *değişim liderliği* kavramlarını detaylı bir şekilde ortaya koymak ve pek çok ülkede yoğun *değişim* hareketlerinin yaşandığı sağlık sektörü için *değişim liderliğinin* taşıdığı öneme dikkat çekmektir.

## DEĞİŞİM VE ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM KAVRAMLARI

1990’lı yılların başından itibaren en çok konuşulan kavramlardan biri olan *değişim*, bütün sistemler için sabit kalan ve kaçınılmaz olan tek olgu olarak kabul edilmektedir (Öztürk, 1998: 2; Manion, 2005: 13). Örgütler geleneksel anlamda aslında süreklilik için tasarlanmış olsalar da, aynı zamanda çevreyle sürekli etkileşimde bulunan birer açık sistemler oldukları için, çevrede meydana gelen *değişimlere* göre iç bünyelerinde *değişiklikler* yaparak dinamik dengeyi sürdürmeye de çalışmaktadırlar. Dolayısıyla, örgütlerin bu dengeyi sürdürebilmeleri için *değişimi* kabul etmeleri ve *değişebilmek* için de özel çaba sarf etmeleri kaçınılmaz olmaktadır (Drucker, 2014: 106; Koçel, 2014: 313).

*Değişim* kavramı en basit ifadeyle, bir şeyleri farklı hale getirmek (Olkun, 1996: 565) ya da insanların yeni bir duruma yönelmeleri (Töremen, 2002: 196) olarak tanımlanabilir. *Değişim*; bir aktör, bir sistem ve bir çevre arasında meydana gelen karşılıklı bir etkileşim olayıdır ve bu olay bir kesinti, dengesizlik veya fark oluşturan bir uyarıcı ile başlayan bir süreç şeklinde gerçekleşmektedir (Çetin, 2008: 120). Bir diğer tanıma göre *değişim*, mevcut odak alanında dengeyi etkilemeye eğilimli olan başkalaşma olarak açıklanmaktadır (Pathak, 2011: 62). Puccio, Mance ve Murdock (2011: 5) *değişimi*, yeni bir şeye giriş; Koçel (2014: 784) ise, herhangi bir şeyi bir düzeyden başka bir düzeye getirmek şeklinde ifade etmektedir.

Örgütsel değişim ise; mevcut durumda, iletişim ve irtibat halinde olunan çevre koşullarının ihtiyaçları karşılama çaresiz ve kayıtsız kalması durumunda yeniden yapılandırılacak ve o ihtiyaçları giderebilecek düzeyde örgütsel anlamda yeni fikirler üretilemeye karar verme ve bunu uygulama süreci olarak tanımlanabilir (Vardar, 2001: 15). Robbins, Decenzo ve Coulter (2013: 200) örgütsel değişimi; örgütteki insanlarda, örgüt yapısında ya da teknolojisinde yapılan herhangi bir değişiklik olarak tanımlamaktadırlar. Başka bir tanıma göre ise; örgütü oluşturan farklı unsurlar ve bunların birbirleriyle ya da örgütün tamamıyla olan ilişkisinde oluşabilecek farklılaşmalardır (Çağlar, 2015: 54).

Örgütsel değişimin esas amacı; değişen iç ve dış çevre koşullarına karşın örgütün etkinlik ve verimliliğini artırmak, üyelerinin en yüksek doyumunu sağlamlarına ve gelişmelerine olanak veren bir örgütsel yapı kurmaktır (Ülgen, 1993: 177). Eski alışkanlıklar, kalıplaşmış davranış biçimleri, fazlaca rutinleşmiş iş yapma teknikleri, abartılı hiyerarşik bağlılıklar gibi durumlar örgütsel yapıyı monotonlaştıran ve hantallaştıran unsurlardır. Sürekli aynı işleri, aynı yöntemlerle yapmak belli bir süre sonra rutinleşmeyi ve ardından da monotonluğu getirmektedir. Monotonluk ise, iş tatminini azaltan ve başarıyı engelleyen bir etkidir. Bir örgütte, her şey yolunda gitse bile bu durum çalışanların sıkılmasına sebep olabilir. Örgütsel değişim bu unsurların sık sık gözden geçirilerek gelişmelerle uyumlu hale getirilmesini ifade etmektedir. Dolayısıyla değişimin, sadece sorun veya sıkıntı yaşandığında uygulanacak bir olgu olmadığı söylenebilir (Çetin, 2008: 117-118; Çağlar, 2015: 55). Örgütsel değişim olgusu genel olarak şu özellikleri taşımaktadır (Moran ve Brightman, 2000: 67-68):

- *Doğrusal değildir.* Açıkça tanımlanmış bir başlangıcı ya da sonu yoktur.
- *Etkili değişim pek çok iyileştirme çabasıyla birlikte gerçekleşir.* Bir iyileştirmedeki başarı diğer bir iyileştirme ihtiyacını tetiklemektedir. Bugün tek bir doğru cevap yoktur, ancak örgütü gelecekte rekabet edebilir hale getirmek için örgütün değişimi başarması için pek çok çaba gerekmektedir.
- *Değişim, yukarıdan aşağıya ve aşağıdan yukarıya gerçekleşir.* Değişim; vizyonu gerçekleştirmek ve yapı oluşturmak amacıyla yukarıdan aşağıya doğru, katılımı teşvik etmek ve destek oluşturmak amacıyla aşağıdan yukarıya doğru olmak zorundadır.
- *Örgütsel değişim önemli bir kişisel boyuta sahiptir.* Değişim ne kadar içten olursa, kişilerin kendi değer ve inançlarını yeniden değerlendirmeleri ve uyarlamaları için fırsatlar yaratmak o kadar önemli olmaktadır.
- *Ölçüm yapmak, başarılı ve sürdürülebilir değişimin anahtarıdır.* Örgütün amaçları ne kadar iyi ölçülebilirse ve o amaçlara doğru olan ilerleme bireysel performansa ne kadar çok bağlı olursa, o kadar çok başarılı ve kalıcı bir değişim olmaktadır.

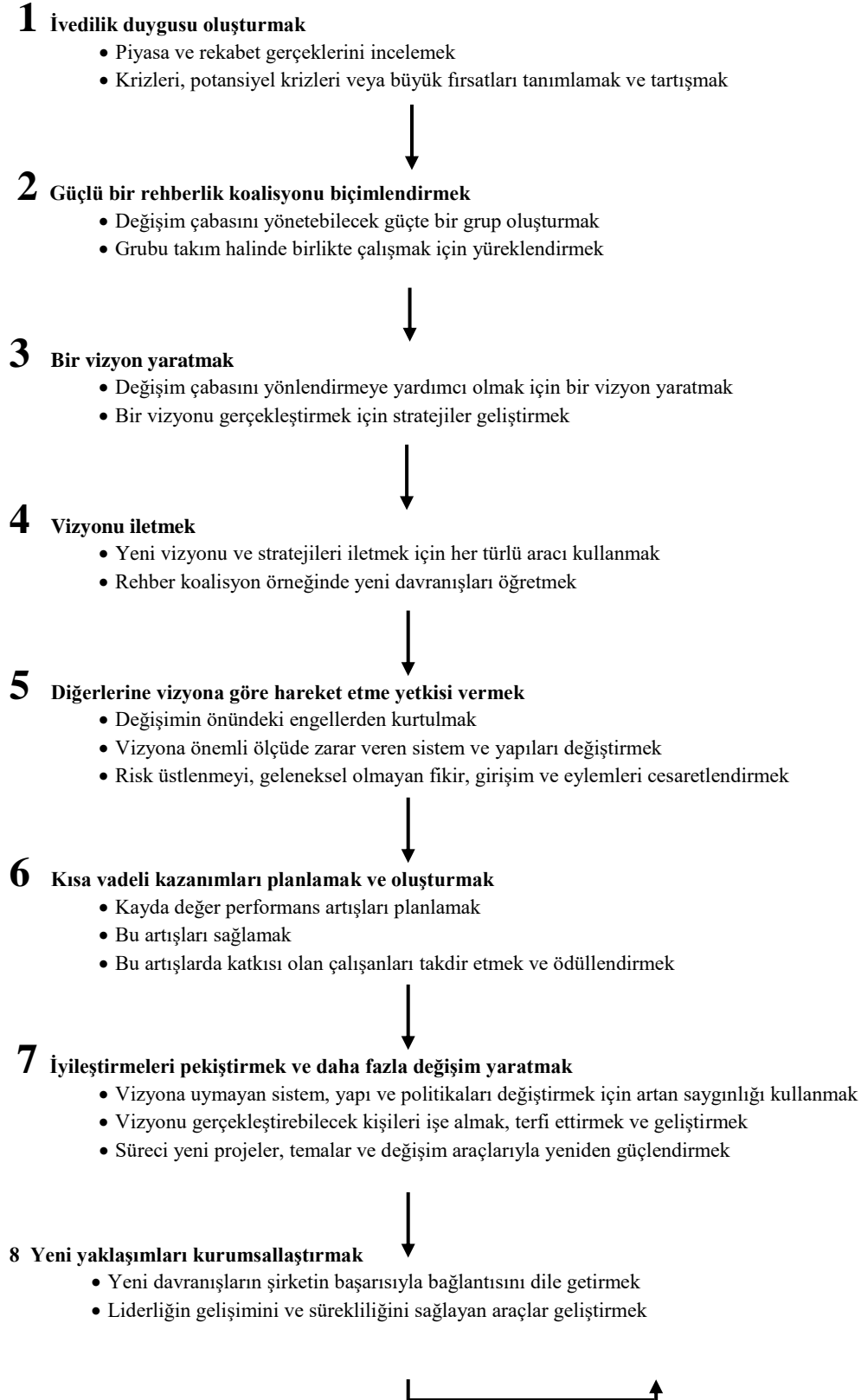
Örgütsel değişim; örgütlerin hızlı, çevik, sezgisel ve yenilikçi olmasını (Kanter, 1999: 17), örgüt içerisinde gelecek için politikalar, değişimi arayan ve sezen sistematik metotlar, değişimin örgüt içinde ve dışında doğru olarak tanıtılması ve değişimi ve sürekliliği dengeleyen politikaların varlığını gerektirmektedir (Drucker, 2014: 87). Bu değişimler bazen belli süreçlerdeki küçük iyileştirmeleri içeren dar kapsamlı değişimler olabilirken, bazen de tüm sistemi derinden etkileyen ve örgütü bir bütün olarak dönüştüren, geniş kapsamlı değişimler olarak ortaya çıkabilmektedir (Sabuncuoğlu, 2008: 78). Değişim asla tamamen negatif değildir, aynı zamanda büyük bir fırsattır; ancak bu süreçte bazı kayıpların yaşanması da muhtemeldir (Kanter, 1985: 56; Barutçugil, 2014: 300).

## Örgütsel Değişim Süreci

Örgütsel anlamda değişebilmek ve gerektiğinde yeniden yapılanabilmek, bireysel anlamdaki değişime nazaran çok daha zor ve karmaşık bir süreçtir. Çünkü örgütleri değişime iten çevresel koşullardaki hızlı değişim fark edilse bile, o değişiklikleri hayata geçirene kadar yeni bir çevresel değişim etkisiyle karşı karşıya kalınabilir (Vardar, 2001: 16). Örgütsel değişim süreci planlama ve uygulama ile ilgili olarak literatürde bahsedilen iki önemli model bulunmaktadır. Bunlardan ilki, Kurt Lewin'in 1947 yılında ortaya attığı değişim süreci modelidir. Söz konusu model; çözülme, değişim ve yeniden donma aşamalarından oluşmaktadır (Herold, Fedor, Caldwell ve Liu, 2008: 348). İlk aşama olan çözülmede; değişime konu olan sistemin kendisini daha iyi olmaya iten güçlerle, daha iyi olmasını engelleyen güçlerin oluşturduğu "mevcut denge durumundan" rahatsız olması söz konusudur. İkinci aşama olan değişim aşamasında, yeni ve arzulanan bir denge durumu (hedef, vizyon) belirlenir ve oraya doğru harekete geçilir. Son aşama olan yeniden donmada ise, ulaşılan yeni denge durumunda istikrara kavuşulması söz konusudur. Ancak, her yeni ulaşılan denge durumu, bir müddet sonra "rahatsız edici mevcut denge" durumuna dönüşebileceğinden, "değişim" ve "değişimin yönetilebilmesi" olguları geçici bir heves ya da moda olarak görülmemelidir. Tam aksine, tüm sistemler için (birey, örgüt ya da toplum) yaşam boyu süren bir gerekliliktir ve bu gerekliliğin yeterince karşılanamaması yaşamsal bir tehdit oluşturabilir (Kılınç, 2001: 1; Robbins ve diğ., 2013: 203).

Literatürde en çok bahsedilen ve çeşitli araştırmalara konu olan bir diğer örgütsel değişim süreci modeli ise John P. Kotter'a aittir. Büyük ve küçük, çeşitli ülkelerde kurulu olan, çökmek üzere olan ve iyi kazanan 100'den fazla işletmeyi izleyen Kotter, bu işletmelerin hemen hemen hepsinin temel amacının yeni ve daha zorlayıcı bir piyasa ortamıyla başa çıkmalarına yardımcı olacak için köklü değişiklikler gerçekleştirmek istemeleri olduğunu ileri sürmektedir (Kotter, 2013: 7). Değişim sürecinde olan 100'den fazla farklı örgüt ile yaptığı görüşmeler sonrasında Kotter, ilk olarak 1995 yılında Harvard Business Review dergisinde yayımlandığı "*Leading Change: Why Transformation Efforts Fail*" başlıklı makalesinde, örgütlerini başarılı bir şekilde dönüştüren liderlerin 8 şeyi doğru biçimde ve doğru sırada yaptığını ortaya koymuştur. Kotter'ın örgütsel değişim için tanımladığı bu sekiz aşamalı bir süreç Şekil 1'deki gibidir.

Şekil 1: Kotter'ın 8 Aşamalı Örgütsel Değişim Modeli



Kaynak: Kotter, 2013: 8

## DEĞİŞİM LİDERLİĞİ

Günümüzde eski yönetim, organizasyon ve liderlik yolları artık etkili olarak kabul edilmemekte ve örgütsel değişim, öğrenme ve inovasyon kavramları ise bütün örgütlerin etrafını sarmış durumdadır. Örgütler geleneksel yollarla artık faaliyet gösterememekte; kaliteyi iyileştirmek, müşterilere daha iyi hizmet sunmak ve kıt kaynakların doğru dağıtımını yapmak için yeni sistemler, hizmetler ve teknolojiyle birlikte değişim için yeniden yapılanmak ve fırsatlar araştırmak zorunda kalmaktadırlar. Dolayısıyla şu anki çevrede, daha az çalkantılı zamanlarda yeterli olan liderlik becerilerinden daha farklı becerilere ihtiyaç duyulduğu bir gerçektir (Pearlmutter, 1998: 23; Wallin, 2010: 5).

Örgütler genel olarak incelendiğinde; örgütsel süreçleri önemli ölçüde etkileyen ve şekillendiren, aynı zamanda da bu süreçlerden etkilenen iki önemli aktör ile karşılaşmaktadır. Bunlar, liderler ve yöneticilerdir. Bu aktörler değişim zamanlarında etkin rol oynayarak örgütlerinin kaderlerini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedirler (Çapraz, 2014: 34). Kolayca yönetilebilecek bir süreç olmayan değişim; bir taraftan etkili bir yönetim gerektirirken, diğer taraftan daha da önemlisi hassas insan unsurlarıyla katı iş eylemlerini bütünleştirebilen üstün bir liderlik gerektirmektedir (Joiner, 1987: 1; Aitken ve Higgs, 2010: 4; Gill, 2011: 22). Çünkü değişim sürecindeki sorunların üstesinden gelinememesinin esas sebebi olarak; değişimin kötü bir şekilde yönetilmesi değil, değişime etkili bir şekilde liderlik edilememesi gösterilmektedir (Gill, 2003: 307). Bu durum Amerikan Yönetim Derneği'nin 1994 yılında yapmış olduğu bir araştırmayla da kanıtlanmıştır. Araştırma sonucunda, başarılı değişimin anahtarlarından ilki ve en önemlisi liderlik olarak bulunmuştur (Gill, 2003: 309). Benzer şekilde Annison (1994: 1) da; durağanlık zamanlarında her zaman yapılan işleri yapmaya devam ederek başarılı olunabileceğini ve bu zamanlarda odağın yönetim ve o anki durumu sürdürmek olduğunu, ancak değişim zamanlarındaki odağın ise yapılan işleri değiştirmek ve liderlik olduğunu belirtmiştir.

Kouzes ve Posner (1995: 28); örgütsel değişime liderlik etmek için “bir dağa tırmanmak” metaforunun çok uygun olduğunu, “dağın zirvesi”nin ise vizyon olarak düşünülebileceğini ifade etmektedir. Vardar (2001: 82) ise; bir örgütte değişimi başlatacak, organize edecek ve takıma kaptanlık edecek kişinin normal bir yönetici ya da liderden farklı özelliklere sahip olması gerektiğini ileri sürmektedir. Bu bağlamda, gerekli olan liderlik tarzının ise *değişim liderliği* olduğu belirtilmektedir. Değişim liderliği; bir taraftan değişime direnci azaltırken, diğer taraftan değişimin içeriden kabul edilmesini sağlamak için yürütülen değişimin insani yönlerini vurgulayan bir dizi prensip, teknik veya faaliyetler olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla değişim liderliği, değişimi hep beraber oluşturan liderler ve çalışanlar arasındaki iş birliği olarak düşünülebilir (Griffith-Copper ve King, 2007: 14). Herold ve diğ. (2008: 346)'ne göre değişim liderliği, belirli bir değişim durumuyla karşı karşıya kalan liderlerin neler yapması gerektiğine odaklanan bir liderlik yaklaşımıdır. Wallin (2010: 11)'e göre ise; bir taraftan takımın güçlü yönleri üzerine inşa edilip değişimi onaylayıp sürdürürken, diğer taraftan geleceği tahmin eden, iç ve dış çevreyi analiz eden, hesap verebilirliği sağlamak için doğru ve zamanında bilgiyle eylemde bulunan liderliktir. Bir başka tanıma göre ise değişim liderliği, spesifik bir değişim girişimi için liderin (ya da liderlik takımının) takındığı yaklaşım olarak ifade edilmektedir (Farkas, 2013: 17).

Değişim liderleri; örgütlerini mevcut çevreye uyarlamak için mücadele eden, çalışanlarına güven duygusu sağlamak için istikrarı garanti eden ve aynı zamanda gelecekteki çevreye hazırlıklı olabilmek için değişimi teşvik eden kişilerdir. Bu durum literatürde *liderlik paradoksu* olarak adlandırılmaktadır. Çalışanlar istikrar istediğinde değişim liderlerinin değişimi teşvik etme görevi zorlaşmaktadır. Çalışanlar örgütün “hareketsiz” olduğu bir zaman periyodu isterler, ancak dış çevre sürekli olarak değişmeye devam etmektedir. Bir örgütte değişim liderinin görevi; çalışanların amaç,

kimlik ve uzmanlığını gerekli örgütsel değişim ile uyumlaştırmak için mücadele etmektir (Moran ve Brightman, 2000: 68).

Değişim liderleri; değişim hareketinin ilk hızı kazanmasında, uygulanmasında, koordinasyonunun sağlanmasında ve denetim aşamasında motive edici gücüne ihtiyaç duyulan kişilerdir (Vardar, 2001: 81). Bu kişiler aynı zamanda; değişimi tahmin edebilen, çevreyi analiz edebilen, kararlı ve işbirlikçi bir şekilde hareket edebilen ve değişimin değerini görebilen liderlerdir (Wallin, 2010: 5). Hızlı yapısal değişim döneminde yaşamını sürdürebilecek olanların sadece değişim liderleri olduğunu belirten Drucker (2014: 87-88) bu liderlerin; değişimi fırsat olarak gören, değişimi arayan, doğru değişimleri bulmayı ve bu değişimlerin örgüt içinde ve dışında nasıl verimli kılınacağını bilen, hem halen yapılmakta olan şeyleri değiştirme hem de yepyeni, farklı şeyler yapma istek ve becerisi olan kişiler olduğunu ileri sürmektedir. Değişim liderleri çalışanların değişim sürecine katıldığı, kendilerini yeni fikirlere ve kavramlara açabildikleri, eski varsayımları sorgulayabildikleri, yeni varsayımları benimseyebildikleri bir çevre yaratmak ve çalışanların düşmanlığının ve değişime dirençlerinin üstesinden gelmek zorundadırlar. Değişim liderleri istikrar ve değişim arasında denge kurmaya çalıştıklarının farkındadırlar. Bu denge; örgütler hızla değişen çevre koşullarına uyum sağlamak için hazır olmak zorunda iken, çalışanlar düzen ve istikrar istedikleri için oluşturulması zor ve hassas bir dengedir (Moran ve Brightman, 2000: 69).

Caldwell (2003: 285), örgütlerde değişimi başlatan ve destekleyen değişim liderlerinin rollerinin geleneksel yönetsel rollerin karşıtı olduğunu ifade etmektedir. Ona göre, yöneticiler (özellikle orta kademe yöneticiler); değişim yaratma ve yönetme konusunda esas olan esneklik, risk alma ve yeni fikirlere açıklık açısından yetersizdirler. Çünkü yöneticiler; yenilikçilikten ziyade, mevcut kurallara uyum sağlayan (kontrol odaklı, vizyondan yoksun olan ve risk almaya istekli olmayan) kişilerdir. Caldwell, değişime liderlik etme ve değişimi yönetme rollerini karakterize eden özellikleri belirlemek için 10 değişim uzmanıyla yapmış olduğu görüşme sonrasında; bu iki rolün özelliklerinin farklı, ancak tamamlayıcı olduğunu bulmuştur. Caldwell bu çalışmada özellikle risk alma, belirsizlikle başa çıkma yeteneği ve yeni fikirlere açık olma da dâhil olmak üzere çeşitli niteliklerin değişim liderleri ile ilişkilendirilebileceğini tespit etmiştir.

Bruhn (2004: 133)'a göre ise, değişimi yönetmenin ya da değişime liderlik etmenin herhangi bir formülü yoktur. Ona göre; değişime liderlik etmek bilimden çok bir sanattır, sadece bir liderin tarzı ya da kişiliği ile ilgili değildir, değişimin nasıl oluşturulacağı ve değişimi en iyi şekilde gerçekleştirmek için örgütün bütün kaynaklarını harekete geçirmek konusunda liderin felsefesidir. Değişimi yönetmek ise; örgütteki istikrarı sürdürmek, istenmeyen ve beklenmeyen değişim etkilerine odaklanmak anlamına gelmektedir. Değişim fethedilebilecek, alt edilebilecek ya da önlenilecek bir şey değildir. Değişim liderlerini değişim yöneticilerinden ayıran özellikler daha ayrıntılı bir şekilde aşağıdaki tabloda özetlenmiştir (bkz. Tablo 1).

Değişim liderliği genel olarak dört boyuta sahiptir. Bunlar (Gill, 2003: 311-312):

- *Entelektüel/bilişsel boyut:* Etkili liderlik; bilgiyi algılamak, anlamak ve bir mantığa oturtmak, olasılıkları tahmin etmek, sezgileri kullanmak, yargılarda bulunmak, problemleri çözmek ve kararlar almak için entelektüel ya da bilişsel yetenekleri gerektirmektedir. Bu yetenekler vizyon, misyon, paylaşılan değerler ve stratejileri beraberinde getirmektedir.
- *Ruhsal boyut:* Liderliğin manevi boyutu; insanların neyi aradıkları ve ne yaptıkları konusunda harekete geçiren anlamlı ve değer duygusu arzusu ile ilgilidir. Bu anlamlı ve değer duygusu vizyon ve paylaşılan değerlere dayanmaktadır. Günümüzde insanlar iş yaşamlarında anlam ve amaç aramaktadırlar. Bunu bulduklarında ise örgütün misyonuna ortak olurlar ve onu



gerçekleştirmeye çalışırlar. Bugün liderlik sadece para kazanmak değildir, aynı zamanda anlam kazanmaktır. Etkili liderlik, insanların ruhunu kazanmakla ilgilidir.

• *Duygusal boyut:* Etkili liderlik aynı zamanda gelişmiş bir duygusal zeka gerektirmektedir. Duygusal zeka; diğer insanları anlama, öz kontrol ve özgüven sergileme ve diğer insanlara uygun yollarla cevap verme yeteneğiyle ilgilidir. Duygusal olarak zeki olan liderler pozisyona dayalı güç ya da otoriteden ziyade kişisel güçlerini kullanırlar. Bilişsel ve ruhsal zekaya ek olarak duygusal zeka; vizyon, misyon ve stratejilerin takibini destekleyen paylaşılan değerleri belirleme ve teşvik etme ve insanları güçlendirme ve onlara ilham verme konusunda kilit önem taşımaktadır. Duygusal olarak zeki olan liderler insanların kalbini kazanırlar.

• *Davranışsal boyut:* Liderliğin gerektirdiği davranışsal yetenekler bir taraftan duyguları kullanmayı ve onlara cevap vermeyi kapsarken (örneğin beden dili aracılığıyla); diğer taraftan yazma, konuşma ve dinleme aracılığıyla diğer yollarla da iletişim kurmayı içermektedir. İletişim; örgütün yaşaması için gerekli kan, örgütün içindeki değişimin de oksijeni olarak görülebilir.

**Tablo 1:** Değişim Liderlerini Değişim Yöneticilerinden Ayıran Özellikler

Değişim Liderleri	Değişim Yöneticileri
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Üyelerin örgütün en büyük varlığı olduğuna inanırlar. Gelenekleri ve bürokrasiyi en büyük engeller olarak görürler. Değişimin planlanması sürecine bütün personelin katılımını teşvik ederler.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemlerin temel kaynağının insanlar olduğunu düşünürler. Değişimin planlanması ve uygulanmasını üst yönetimin sorumluluğunda görürler.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Değişim yaratırken örgüt kültürünü korurlar. Çünkü kültür ve misyon örgütlerin kuzey yıldızları gibidirler.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problem çözüme üzerine odaklanırlar. Kültür ve misyonu cepte görürler.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Değişimi aşamalı olarak uygularlar, ancak örgütün bütünü için değişim hakkında önceden eksiksiz bir plan oluştururlar. Değişim liderleri, değişimdeki arzu edilen amaçlar hakkında ya da değişimi nasıl uygulayacakları hakkında sır saklamazlar. Üyelerin değişimin mantığını anladıklarında değişimi daha kolay kabul edeceklerine, destekleyeceklerine ve kolaylaştırabileceklerine inanırlar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Örgütsel problemleri değişim için bariyer olarak görürler, problemler kendilerini göstermedikçe üstlerine eğilmezler. Bilgi konusunda daha koruyucudurlar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Örgütün değişim planı için sorumluluk üstlenirler, detaylar konusunda yetki devrederek değişimin uygulanmasını takip ve rehberlik ederler. Hiçbir lider örgütü tek başına başarılı yapamaz. Bir planı gerçekleştirmek için bütün örgütün katılımı gereklidir. Değişim liderleri adalet, doğruluk ve odak sağlayarak değişimin uygulanmasındaki kendi katılımlarını sınırlandırır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Örgüt şeması aracılığıyla problem ve değişimi yönetirler, yöneticiler aracılığıyla değişim sorunları ile baş ederler. Uzun dönemli bir plan uygulanmadan önce değişim için bütün bariyerlerin kaldırılmasını isterler. Onlara göre problemleri çözmek ve örgütü değişim için hazırlamak çoğunlukla zaman alıcıdır.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Örgütün yaşam döngüsü aşamalarında uygun değişim stratejileri uygularlar. Örgütler yaşam döngülerinde buldukları aşamaya göre değişim için farklı stratejiler benimseyebilirler.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Örgütsel birimlerdeki problemleri yönetirler.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vizyonlarını gerçekçi ve uyarlanabilir şekilde tutarlar. Yaratıcı değişim liderleri vizyonlarını asla terk etmezler, onların canlı kalmasını ve başarılması için ufak düzeltmeler yaparlar. Yaratıcı değişim liderleri örgütleri için iyimser, enerjik ve heyecanlı bir atmosfer oluştururlar. Değişim liderleri ne olabileceği konusunda hayal kuranlardır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bir vizyondan ziyade kısa süreli amaçlara odaklanırlar. Örgütte değişim aracılığıyla tutarsızlık yaratmak yerine tutarlılık sağlamaya odaklanırlar. Vizyonlar nedeniyle çoğu zaman rahatsızdırlar, çünkü vizyonlar stratejik plan olana kadar değişken, belirsiz, ölçülemez ve yönetilemezdir. Ne olduğuyla ilgilenen realistlerdir.</li> </ul>

**Kaynak:** Bruhn, 2004: 133-135

Literatürde değişim liderlerinin çeşitli özellikleri olduğundan bahsedilmektedir. Örneğin; Mendez-Morse (1992: 16) değişim liderlerinin; çalışanlarıyla paylaştıkları bir vizyonları olduğunu, örgütteki personele değer verdiklerini, proaktif olduklarını, risk aldıklarını, müşterilerin çıkar ve ihtiyaçlarındaki değişikliklerin farkında olduklarını, değişim ihtiyacını öngörebildiklerini ve statükoyu sorguladıklarını ileri sürmektedir. Kanter (1999: 16-17) ise değişim konusunda yetenekli olan örgütlerin üç anahtar özelliği paylaştıklarından ve bu özelliklerin her birinin de liderler için özel bir rol olduğundan bahsetmektedir. Bu özellikler; yenilik gerçekleştirmek için hayal gücüne sahip olmak, yeniliği uygulamak için profesyonellik ve işbirliğine açık olmak şeklindedir. Bunların olmadığı örgütlerde liderler değişime karşı savunmaya geçerler ve etkili olmayan bir şekilde tepki gösterirler. Dolayısıyla da değişimleri genellikle bir fırsat olarak değil, bir tehdit olarak görülürler. Moran ve Brightman (2000: 68) ise etkili değişim liderlerinin şu özelliklere sahip olduğunu vurgulamaktadır:

- Değişimi, bireyler üzerindeki etkilerinin yanı sıra bütün bir örgüt açısından bir çerçeveye oturturlar. Çalışanların kendilerini yeni örgütsel değişimle uyumlaştırmaları için mücadele ederler ve gerekli kaynakları sağlarlar.
- Değişim örgüt kültüründe kök salarken çalışanların yeni değişimi test etmelerini, öneriler oluşturmalarını ve yeni faaliyet yolları denemelerini sağlayacak bir atmosfer yaratırlar.
- Değişim çabalarına her kelime ve eylemleriyle liderlik ederler. Örgüt için rol modeldirler. Değişim liderleri değişim için ikna edici ve haklı çıkarıcı nedenler oluşturma ve aynı zamanda potansiyel direnç kaynaklarını belirleme ve üstesinden gelme sorumluluğuna sahiptirler.
- Değişimi bir gerçekliğe dönüştürecek sürekli bir adanmışlık sergilerler. Sonuç ve başarı odaklıdır, başarısızlığın nedenlerini analiz ederler ve çalışanları sürekli olarak tekrar denemeleri konusunda cesaretlendirirler.
- Değişimin kim, ne, ne zaman, nerede, niçin ve nasılımı açıklamak için örgütteki bireyler ve gruplarla etkileşim halindedirler. Değişim liderleri gerekli değişimi haklı çıkarmak, mücadeleyi teşvik etmek ve soruları cevaplandırmak için diğerleriyle etkileşime geçmeyi sağlayan her fırsattan faydalanırlar.

Benzer şekilde Tager (2004: 6-7) de yürütmüş olduğu bir değişim liderliği çalışmayı sonrasında; bir vizyona sahip olma, motivasyon yaratma, güven aşılama, bir yön belirleme, kaynak sağlama unsurlarının değişim liderliğinin belirleyicileri olduğunu ve iyi bir değişim liderinin aynı zamanda iletişim, destek, açıklık, empati ve esneklik sağlaması gerektiği sonucuna ulaşmıştır. Anderson ve Ackerman Anderson (2010: 5) değişim girişiminin başarıyla sonuçlanmasının en önemli belirleyicisi olarak değişim liderinin zekâsı ve tarzını göstermektedir. Değişim liderlerinin entelektüel zekânın yanı sıra çabuk kavrayan, sezgileri kuvvetli ve çabuk cevap verebilen kişiler olması, diğer bir deyişle duygusal zekalarının yüksek olması gerekmektedir. Özellikle değişime çabuk yanıt verebilmek ve değişimi uygulayıp sürdürebilmek bugünkü değişim liderleri için gerekli olan en özel yetenek ve becerilerinden biri olarak kabul edilmektedir (Wallin, 2010: 6-9; Puccio ve diğ., 2011: 5).

Wallin (2010: 7-8)'e göre ise, değişim liderliği dört esas özelliği bünyesinde barındırmakta ve bunlara değişim liderinin dört A'sı (Anticipate, Analyze, Act, Affirm) adını vermektedir. İlk olarak, değişim lideri *öngörüde bulunur*. Değişim lideri vizyoner ve ileri görüşlüdür. Tutucu bir şekilde düşünmekten ya da eylemde bulunmaktan sakınır. İkinci olarak, değişim lideri karar vereceği konular hakkında güvenilir bilgi toplamak için sürekli olarak örgütün iç ve dış çevresini *analiz eder*. O andan en iyi şekilde yararlanmak için stratejik ve taktik planlarla meşgul olur. Üçüncü olarak, değişim lideri *eylemde bulunur*. Eylemler; kapsamlı, iş birliği ve aynı zamanda ani ve kesin sonuca götüren eylemlerdir. Son olarak, değişim lideri *onaylar*. Bir vizyona, plana ve

eyleme sahip olmak yeterli değildir. Eylem uygulandığında değişimi değerlendirmek ve onaylamak için sürekli olarak dikkat gösterilmelidir.

Al Mazam (2011: 15-27) değişim liderlerinin; vizyon ve değerleri çalışanlarıyla paylaşan, değişim girişimi için açık amaçlar ortaya koyan, çalışanların en önemli kaynak olduğunu bilen ve çalışanların çabalarını ve başarılarının farkında olan, proaktif olan, statükoyu sorgulayarak değişim ihtiyacını tahmin edebilen, yaşam boyu öğrenmeye inanan, planlanan değişim hakkında çalışanlarıyla arasında güven ortamı yaratan ve onlarla etkili iletişim kurabilen, özellikle değişime direnç gösterme eğilimi yüksek olan çalışanları değişimin planlanması ve uygulanmasına dahil eden kişiler olması gerektiğini ileri sürmektedir.

Drucker (2014: 88-98) ise değişim liderlerinin geliştirmeye ihtiyaç duydukları üç politikanın varlığından bahsetmektedir. Bu politikalardan ilki *dünü terk etmektir*. Buna göre, artık hiçbir katkısı olmayan ve sonuç vermeyen kaynakları serbest bırakmak gerekir. Çünkü dünü terk etmeden yarın yaratılamaz. Dünü sürdürmek daima örgütün en nadir ve en değerli kaynaklarını ve hepsinden de önemlisi en yetenekli insanlarını sonuç vermeyen işlere iter. Değişim lideri her ürünü, her süreci, her pazarı, her dağıtım kanalını, her müşteri ve son kullanıcıyı ömür açısından denemeye tabi tutar. Eğer bir ürünün, pazarın veya sürecin “birkaç yıllık iyi ömrü varsa” vazgeçmek en doğru karardır. Değişim lideri için ikinci politika *organize iyileştirmedir*. Bir örgütün içe ve dışa dönük yaptığı her şeyin sistematik bir şekilde ve devamlı olarak iyileştirilmeye ihtiyacı vardır. Bunlar; ürün, üretim işlemleri, pazarlama, servis, teknoloji, çalışanların eğitimi ve geliştirilmesi, bilginin kullanımı olabilir. Değişim liderinin geliştirmeye ihtiyaç duyduğu üçüncü politika ise *başarıdan yararlanmaktır*. Buna göre başarılı değişim için ilk ve genellikle de en iyi fırsat, kişinin kendi başarılarından yararlanması ve bu başarılarının üzerine yenilerini eklemesidir.

## SAĞLIK KURUMLARINDA DEĞİŞİM VE DEĞİŞİM LİDERLİĞİ

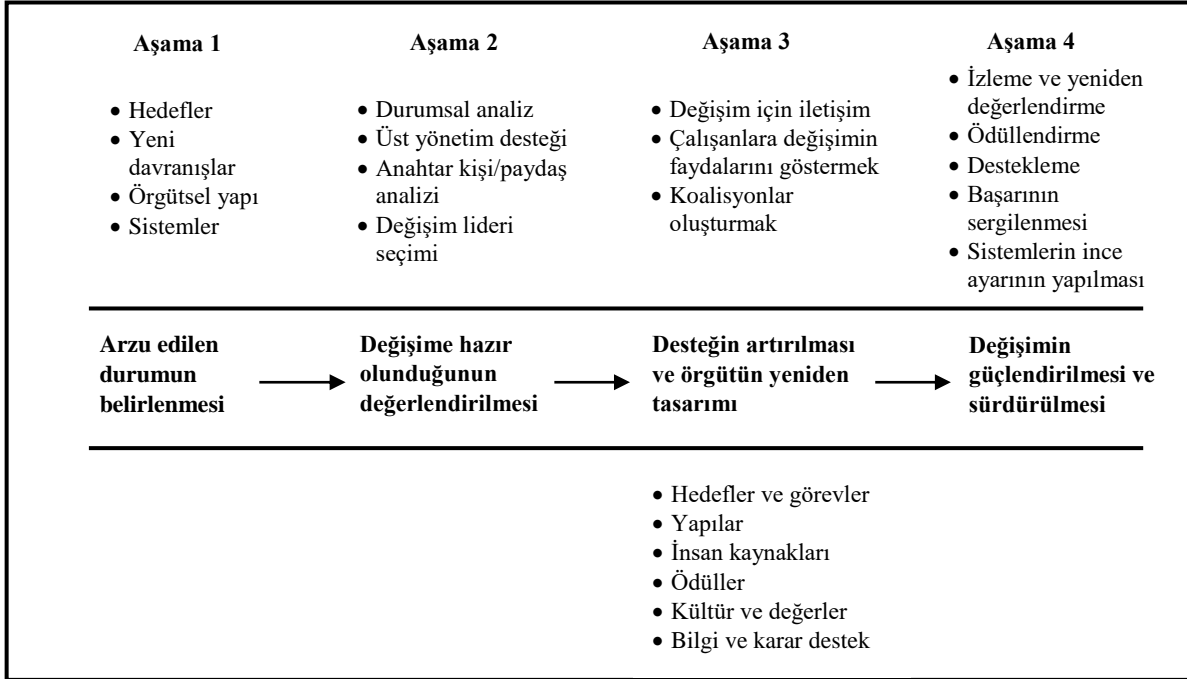
Günümüzde pek çok ülkede en büyük endüstrilerden birisini oluşturan sağlık sektörünün karşı karşıya kaldığı sorunların başında, meydana gelen hızlı değişimlere ayak uydurmak için kurum içerisinde değişime duyulan ihtiyaç gelmektedir. Gerek teknolojik, gerek demografik, gerekse de hukuki bazda yaşanan değişiklikler diğer endüstrilere nazaran sağlık sektörünü daha hızlı ve radikal bir şekilde etkilemekte ve bir kurum için temel bir gereklilik olan “tüketicilerin ihtiyaçlarını gerçekten karşılama”yı daha da zorlaştırmaktadır (Speziale, 2015: A3).

Değişim süreci bütün endüstrilerdeki örgütler için oldukça karmaşık bir süreç olmasına rağmen; son zamanlarda pek çok ülkede yüksek kalitede hizmet sunumu, artan etkinlik ve maliyet azaltma ihtiyacı nedeniyle ciddi bir yeniden yapılanma süreci içerisine giren sağlık sektörü için örgütsel değişimin çok daha karmaşık olduğu ve sağlık kurumları yöneticilerinin bu süreçte çok daha fazla zorlukla karşı karşıya kaldıkları ifade edilmektedir (Golden, 2006: 11; Salmela, Eriksson ve Fagerström, 2012: 4223). Bu zorluklardan ilki, çok farklı profesyonel meslek grubunun (hekimler, hemşireler, eczacılar, sağlık yöneticileri gibi) ve paydaşın (hastalar ve devlet gibi) bulunması ve bu kişilerin çıkarlarının, bakış açılarının ve zaman tercihlerinin birbirleriyle çatışmasıdır. İkinci zorluk, sağlık kurumlarının birden fazla misyona sahip olmasıdır. Örneğin; sağlık kurumları aynı anda hem topluma sağlık hizmeti sunmak, hem mali açıdan güçlü kalmak hem de toplum içerisinde birincil istihdam sağlayıcı konumunda olmak zorundadırlar. Üçüncü zorluk, hekim ve hemşire gibi meslek gruplarının profesyonel otonomiye değer vermeleri ve bu meslek gruplarındaki çalışanların kararlarının sağlık harcamalarının önemli bir kısmını belirliyor olmasıdır. Dördüncü zorluk ise, sağlık kurumlarında değişim sürecini yönetmek için gerekli olan bilginin yetersiz olmasıdır (Golden, 2006: 10-11). Tüm bu zorluklar doğası gereği zorlu ve hassas bir süreç olan örgütsel değişimin sağlık kurumlarında gerçekleştirilmesini daha da zor bir hale getirmektedir.

Şimdiye kadar tasarlanmış ve yönetimi en karmaşık örgüt formu olarak nitelendirilen sağlık kurumları (Drucker, 2012: 83) çok sayıda farklı kişi ve kurumla sürekli bir iletişim ve etkileşim içinde faaliyet göstermek zorundadırlar. Bu nedenle gerek iç çevre, gerek hizmet çevresi, gerekse de genel çevre faktörlerinde meydana gelebilecek herhangi bir küçük değişiklik sağlık kurumunun faaliyetlerini doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilmekte ve örgütsel anlamda ciddi değişimleri gerekli kılabilir. Bu kapsamda sağlık kurumları yöneticilerinin faaliyette buldukları pazarda güçlü bir konuma sahip olup varlıklarını sürdürebilmek amacıyla, gerekli değişiklikleri örgütlerinde dikkatli bir şekilde başlatıp gerçekleştirmesi için değişim liderliği tarzını benimsemeleri oldukça önemlidir.

Sağlık kurumu liderleri için dört aşamalı bir örgütsel değişim süreci önerilmektedir (bkz. Şekil 2; Golden, 2006: 11-18). Bu sürecin ilk aşaması, *arzu edilen durumun belirlenmesidir*. Bu aşamada sağlık kurumu liderinin örgütte bir performans açığı fark ederek değişim ile ilgili ilk düşüncelerinin ortaya çıktığı aşamadır. Performans açığı, mevcuttaki gerçek performans ile beklentiler arasında farklılığı ifade etmektedir. Çoğu durumda bu açık, kötü yönetimden değil, örgütün daha iyi olmasına olanak sağlayan stratejik veya teknik fırsatların ortaya çıkmasından kaynaklanmaktadır. Arzu edilen yeni bir duruma ulaşmak bir yolculuğa benzetilebilir, ancak oldukça büyük ve karmaşık olan sağlık kurumlarında bu yolculuk beklenmedik şekilde değişebilmektedir. Bu nedenle değişim liderinin bu yolculuk için hazırlıklı olması ve değişim planından ayrılmanın gerekli olduğu durumlarda, arzu edilen durumu her zaman göz önünde bulundurması ve bu durumun herkes için net olmasını sağlaması gerekmektedir. İkinci aşama, *değişime hazır olunduğunun değerlendirilmesidir*. Amaçlar net olarak anlaşıldıktan sonra sıra örgütün değişime hazır olup olmadığının değerlendirilmesine gelmektedir. Bu aşama kapsamlı bir durumsal analizle başlamaktadır. Bu analizle; değişimden etkilenecek kişiler tarafından değişim ihtiyacının kabul edilip edilmediği, diğer değişim programlarının üst yönetimin ilgisi ve kaynaklar konusunda rekabet edip etmediği, örgütün performans açığını kapatmak için yeni kabiliyetler geliştirmek zorunda olup olmayacağı ve örgütün geçmişinde çalışanların değişim lehine ya da aleyhine bir yatkınlığı veya daha genel olarak değişim liderinin bu konuda öğrenmesi gereken durumların olup olmadığının belirlenmesini içermektedir. Bu kapsamda bu analizde; “Değişimden etkilenecek muhtemel bireyler, klinisyenler, diğer profesyonel gruplar ve departmanlar kimlerdir?”, “Bu kişiler değişimi destekliyorlar mı, yoksa değişime karşılar mı?”, “Değişimin ne yapacağını ya da ne yapmayacağını görmek istiyorlar?” ve “Değişimin gerçekleşmesi ya da değişimden vazgeçme konusunda kimler daha etkili ve güçlüdür?” soruları cevaplanmaktadır.

Şekil 2. Sağlık Kurumları İçin Değişim Süreci



**Kaynak:** Golden, 2006: 12

Üçüncü aşama, *desteğin artırılması ve örgütün yeniden tasarımıdır*. Desteğin artırılması, değişim programının yüksek hıza geçtiği noktada devreye girmektedir. Bu aşamaya kadar çalışmaların çoğu sahnenin arkasında yürütülmüşken, artık değişim liderleri ile bu değişimden etkilenecek kişiler arasında daha fazla etkileşime ihtiyaç duyulmaktadır. Desteğin artırılması ya da bir diğer ifadeyle değişime karşıtlığın azaltılması aşamasının merkezinde iletişim süreci yer almaktadır. Değişimin etkili olduğu örgütlerde, değişim liderlerinin iletişim konusunda sahip oldukları iki ortak özellik bulunmaktadır. Bunlar; üst yönetim tarafından desteklenen değişim liderlerinin değişimin amaçları ve yolları hakkında tutarlı bir mesaj oluşturması ve bu mesajın birden çok ortamda en iyi şekilde iletilmesini sağlamasıdır. Bu aşamada ayrıca değişim liderlerinin örgütün yeniden tasarımına odaklanması, bir diğer ifadeyle örgütün değişimi destekleyecek şekilde yeterince hazır olduğundan emin olması gerekmektedir. Dördüncü aşama, *değişimin güçlendirilmesi ve sürdürülmesidir*. En başarılı değişim liderleri bile üçüncü aşamanın sonunda çalışmalarının başarılı olduğunu söylemekten kaçınırlar. Değişim programları sürdürülebilir nitelikteyse dördüncü aşamaya taşınmalıdır. Bu aşama; performansın izlenmesi, başarıların sergilenmesi, destekleyenlerin ödüllendirilmesi, değişimle ilişkili kayıpların belirlenmesi ve desteklenmesi, yeni bilgiler ve fırsatlar ışığında hedeflerin yeniden değerlendirilmesi ve yeniden uyarlanmış sistemlerin ince ayarının yapılması konusunda çabaları içermektedir. Dördüncü aşama, hem değişim sürecini (Değişim farklı şekilde mi uygulanmalıydı?, Daha hızlı mı uygulanmalıydı? Daha az ya da daha fazla kaynakla mı uygulanmalıydı?) hem de değişimin kendisini (Uygulanan değişim en doğru değişim miydi?) iyice düşünme zamanıdır (Golden, 2006: 14-18).

Değişim, sağlık kurumları liderlerinin faaliyetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu nedenle sağlık kurumlarında da örgütsel değişim sürecinin başlatılıp sürdürülmesinde değişim liderliğine ihtiyaç duyulmaktadır. Gerekli değişimleri başarılı bir şekilde uygulayan sağlık kurumları liderlerinin bu sayede; hizmet sunum kalitesini ve dolayısıyla memnuniyet oranlarını artıracabilecekleri ve aynı zamanda performanslarını da iyileştirebilecekleri ifade edilebilir.

## SONUÇ

Örgütsel değişim bütün örgütler için oldukça zorlu ve hassas bir süreçtir. Mevcut durum kötü olsa bile onu devam ettirmek çoğu çalışanın ya da yöneticinin istediği bir durumdur. Çünkü örgütsel değişim alışkanlıkların ve iş yapma biçimlerinin terk edilmesi, rollerin ve konumların değişime uğraması anlamına gelmektedir. Ancak değişim hiçbir zaman tam anlamıyla kötü değildir, sadece etkili bir şekilde liderlik edilemeyen ve dolayısıyla kötü sonuçlar doğuran değişim vardır. Etkili bir şekilde liderlik edilen örgütsel değişimler ise; yapılan işleri kolaylaştırarak ve çalışanların da tatmin olmalarına yardımcı olarak müşterilere daha iyi hizmet sunulmasına katkıda bulunabilir.

Liderlik kavramı; örgütsel değişimlerin başlatılmasında, gerçekleştirilmesinde ve sürdürülmesinde her zaman gerekli bir unsur olarak kabul edilmiştir. Ancak söz konusu değişimlerin başarılı bir şekilde yönlendirilebilmesi için geleneksel liderlik yaklaşımlarının dışında farklı özelliklere sahip güçlü liderlerin varlığı büyük bir önem taşımaktadır. Değişim liderleri olarak adlandırılan bu liderler; örgütün iç ve dış çevresini dikkatli bir şekilde analiz edebilen, değişimi öngörebilen ve fırsata çevirebilen, değişim gerçekleşirken ortaya çıkan zorlukları minimize edebilen, değişime direnç gösteren çalışanların dirençlerini azaltabilen ve onları da değişim sürecine dâhil edebilen, yaşam boyu öğrenmeyi teşvik eden, etkili iletişimin gücüne inanan, vizyoner kişilerdir. Değişimin hızını ve önemini kaybetmediği ve kaybetmeyeceği iş dünyasında değişim liderlerine ve değişim liderliği takımına sahip olan örgütlerin hayatta kalıp başarılı olabileceği apaçık bir gerçektir. Özellikle pek çok ülkede yoğun değişim süreci içerisinde olan sağlık sektöründe faaliyet gösteren kurumlar için değişim liderlerinin önemli stratejik kaynaklar arasında yer aldığı söylenebilir. Bu liderlerin hem değişim sürecine hem de sağlık sonuçlarına sağlayacağı olumlu katkıların sağlık sektörü için oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Aitken, P. and Higgs, M. (2010). *Developing Change Leaders: The Principles and Practices of Change Leadership Development*. New York, USA: Taylor & Francis Ltd.
- Al Mazam, F. M. A. K. (2011). "Characteristic of Leaders of Change for Principals in Al Ain Schools, The United Arab Emirates", Master Thesis, United Arab Emirates University Faculty of Education.
- Anderson, D. and Ackerman Anderson, L. (2010). *How Command and Control as a Change Leadership Style Causes Transformational Change Efforts to Fail*. Durango, CO: Being First Inc.
- Annison, M. (1994). Leadership. *Westrend Letter*, June, 1-4.
- Barutçugil, İ. (2014). *Liderlik*. İstanbul: Kariyer Yayıncılık.
- Bruhn, J. G. (2004). Leaders Who Create Change and Those Who Manage It. *The Health Care Manager*, 23(2), 132-140.
- Caldwell, R. (2003), "Change Leaders and Change Managers: Different or Complementary?", *Leadership & Organization Development*, 24(5), 285-293.
- Çağlar, İ. (2015). *Bireysel, Örgütsel ve Toplumsal Düzeyde Değişim ve Değişim Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- Çapraz, B. (2014). Değişim Kitabı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.
- Çetin, C. (2008). Yöneticilerin Liderlik Stilleri, Değişim Yönetimi ve Ekip Çalışması Arasındaki İlişkilerin Çok Yönlü Olarak Değerlendirilmesi. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları.
- Drucker, (2012). Managing in the Next Society. USA: Butterworth-Heinemann.
- Drucker, P. F. (2014). 21. Yüzyıl İçin Yönetim Tartışmaları (4. Baskı). İstanbul: Epsilon Yayıncılık Hizmetleri Tic. San. Ltd. Şti.
- Farkas, M. G. (2013). Building and Sustaining a Culture of Assessment: Best Practices for Change Leadership. *Reference Services Review*, 41(1), 13-31.
- Gill, R. (2003). Change Management or Change Leadership?. *Journal of Change Management*, 3(4), 307-318.
- Gill, R. (2011). Theory and Practice of Leadership (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oak, California: Sage Publications Inc.
- Golden, B. (2006). Transforming Healthcare Organizations. *Healthcare Quarterly*, 10, 10-19.
- Griffith-Cooper, B. and King, K. (2007). The Partnership between Project Management and Organizational Change: Integrating Change Management with Change Leadership. *Performance Improvement*, 46(1), 14-20.
- Herold, D. M., Fedor, D. B., Caldwell, S. and Liu, Y. (2008). The Effects of Transformational and Change Leadership on Employees' Commitment to a Change: A Multilevel Study. *Journal of Applied Psychology*, 93(2), 346-357.
- Joiner Jr., C. W. (1987). Leadership for Change. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company.
- Kanter, R. M. (1985). Managing the Human Side of Change. *Management Review*, April, 52-56.
- Kanter, R. M. (1999). The Enduring Skills of Change Leaders. *Leader to Leader*, Summer, 15-22.
- Kılınç, T. (2001) Değişimi Kim Yönetmeli?. *Executive Excellence*, 5(49), 1-3.
- Koçel, T. (2014). İşletme Yöneticiliği (Genişletilmiş 15. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Kotter, J. P. (2013). Değişimi Yönetmek: Dönüşüm Çabaları Neden Başarısız Kalıyor?. M. İnan (Çev.). *Değişim*. İstanbul: Optimist Yayınları.
- Kouzes, J. M. and Posner, B. Z. (1995). Leadership is Everyone's Business and Other Lessons from over a Dozen Years of Leadership Research. *The Organization Development Network*, 27(1), 25-34.
- Kruppan, C. M., Dunlap, N. E. and Waldrum, M. R. (2016). *Operations Management in Healthcare: Strategy and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Manion, J. (2005). From Management to Leadership (2<sup>nd</sup> ed.). San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc.

- Mendez-Morse, S. (1992). Leadership Characteristics that Facilitate School Change. Austin, Texas: Southwest Educational Development Laboratory.
- Moran, J. W. and Brightman, B. K. (2000). Leading Organizational Change. *Journal of Workplace Learning*, 12(2), 66-74.
- Olkun, S. (1996). Örgütsel Değişimin Yönetimi: Örgüt Kültürü ve Liderlik Faktörü. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 2(4), 565-574.
- Öztürk, A. (1998). Değişim Yönetimine Çağdaş Yaklaşım: Örgüt Geliştirme. Adana: Nobel Kitabevi.
- Pathak, H. (2011). Organizational Change. India: Dorling Kindersley Pvt. Ltd.
- Pearlmutter, S. (1998). Self-Efficacy and Organizational Change Leadership. *Administration in Social Work*, 22(3), 23-38.
- Puccio, G. J., Mance, M. and Murdock, M. C. (2011). Creative Leadership: Skills that Drive Change (2<sup>nd</sup> ed.). USA: Sage Publications Inc.
- Robbins, S. P., Decenzo, D. A., and Coulter, M. (2013). Fundamentals of Management (8<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Sabuncuoğlu, E. T. (2008). Liderlik, Değişim ve Yenilik. C. Serinkan (Ed.). *Liderlik ve Motivasyon: Geleneksel ve Güncel Yaklaşımlar (1. bs.)*, (s. 63-82). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Tic. Ltd. Şti.
- Salmela, S., Eriksson, K., and Fagerström, L. (2012). Leading Change: A Three-dimensional Model of Nurse Leaders' Main Tasks and Roles During a Change Process. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 423-433.
- Speziale, G. (2015). Strategic Management of a Healthcare Organization: Engagement, Behavioural Indicators, and Clinical Performance. *European Heart Journal Supplements*, 17(suppl\_A), A3-A7.
- Tager, M. J. (2004). What People Really Need from a Change Leader. *Leader to Leader*, Winter, 6-9.
- Töremen, F. (2002). Eğitim Örgütlerinde Değişimin Engel ve Nedenleri. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(1), 185-202.
- Ülgen, H. (1993). İşletmelerde Organizasyon İlkeleri ve Uygulaması (2. bs). İstanbul: İ. Ü. İşletme Fakültesi Yayını.
- Vardar, A. (2001). Bireysel ve Kurumsal Değişimde Yeniden Yapılanma Stratejileri. İstanbul: Kariyer Yayıncılık İletişim Eğitim Hizmetleri Ltd. Şti.
- Wallin, D. L. (2010). Looking to the Future: Change Leaders for Tomorrow's Community Colleges. *New Directions for Community Colleges*, No: 149, Spring, 5-12.





## İŞGÜCÜ PİYASASINDA CİNSİYET AYRIMCILIĞININ ÜCRET POLİTİKASINA YANSIMASI VE BİRLEŞMİŞ MİLLETLER ANTLAŞMALARINDAKİ YERİ<sup>1</sup>

### REFLECTIONS OF GENDER DISCRIMINATION ON WAGE POLICIES IN LABOUR MARKET AND ITS ROLE IN UNITED NATIONS AGREEMENTS

**Duygu Sezen MAKTAV**

Gazi Üniversitesi

[duygumaktav@gmail.com](mailto:duygumaktav@gmail.com)

[orcid.org/0000-0002-0920-5606](http://orcid.org/0000-0002-0920-5606)

Makale gönderim-kabul tarihi (10.05.2019-14.06.2019)

#### Özet

Kadınlar günlük hayatlarında sıklıkla ayrımcılık ile karşılaşmaktadır. İş hayatında ise istihdama dahil olma, taciz, ücret ayrımcılığı, cam tavan gibi pek çok alanda ayrımcılık temelli muameleye tabi tutulmaktadır. 'Kadın işi' ve 'erkek işi' diye ayrılan meslekler kadınları daha düşük ücretli, kadının karakterine dair stereotipleştirmelere göre olduğu düşünülen işlerin olduğu sektörlerle sıkıştırılmaktadır. İnsan hakları alanındaki düzenlemeler ile 'eşit işe eşit ücret' kavramının ortaya çıkması ücret ayrımcılığı ile mücadelede ilk önlemler arasındaki yerini İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ile almıştır. Zaman içinde 'eşit ücret' için 'eşit iş' kriteri yeterli gelmemeye başlamıştır. Kadın ve erkeğin eşit değerinde iş görmelerine rağmen kadının aleyhine eşitsiz bir ücret politikası uygulanması uzun zamandır dünyada kadına yönelik ayrımcı uygulamalar arasında öncelikli sorunlar arasındadır. Kadın emeğinin toplumsal cinsiyet algıları sebebiyle düşük görülen değeri, 90'lı yılların ikinci yarısından itibaren uluslararası örgütlerin anlaşma ve tavsiyeleri sayesinde hakkettiği gibi eşit ve adil ücret talebi ile daha sık tartışılmaya başlanmıştır. Çalışmada Türkiye'nin de imzaladığı bu anlaşmaların son yıllardaki cinsiyet eşitsizliğine ve ücret açığına etkisi incelenmiştir. Ücret eşitsizliğinin arkasında yatan nedenler irdelenerek, görüş ve öneriler sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Ücret eşitsizliği, Toplumsal Cinsiyet, Sosyal Politika

#### Abstract

Women often face discrimination in their daily lives. In their business life, they have discrimination in many areas such as employment, harassment, wage discrimination and glass ceiling. The professions that are allocated as 'women's work' and 'men's work' are compelling women to work into lower pay sectors which have jobs that

<sup>1</sup>Bu çalışma, Duygu Sezen Maktav tarafından Hacı Bayram Veli Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Prof. Dr. Bülent Bayat danışmanlığında yürütülen "Cinsiyete Dayalı Ücret Ayrımcılığı ile Mücadelede Sosyal Politikalar" başlıklı yüksek lisans tezinden hazırlanmıştır.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

are considered to be suitable for the stereotyping of women's character. In the field of human rights, the emergence of 'the equal pay for equal work' was in placed by the Universal Declaration of Human Rights. In time, 'the equal work equal pay 'has become insufficient to meet the present needs. Although women and men work equally, and unequal wage policy against women has been one of the priority problems of women in the world for a long time. The value of women's labor which has been underestimated due to gender perceptions, has been discussed more frequently with the demands of equal and fair wages as of the second half of the 90s thanks to the agreements and recommendations of the international organizations. In this study, recent effects on gender inequality and gender pay gap of these agreements which are signed by Turkey. The causes of gender pay gap are examined; opinions and suggestions are presented.

**Key Words: Gender Pay Gap, Gender, Social Policy,**

### GİRİŞ

Kadınlar toplumsal cinsiyet kalıpları sebebiyle hem sosyal hayatta hem iş hayatında ayrımcılığa uğramaktadır. Sağlık, eğitim gibi en temel insan haklarından faydalanırken dahi sorun yaşayan kadınlar, emek piyasasına girişte ve çalışma hayatını sürdürürken yalnızca cinsiyetleri sebebiyle adaletsiz işlemlere maruz kalabilmektedirler. İşverenler tarafından talep edilen beşeri sermayeyi oluşturma aşamasında erkeklerle aynı fırsatlara sahip olmayan kadınlar, iş hayatına eşitlikli rekabet koşulları içinde başlamaktadırlar. İşgücü piyasasına girmeyi başarabilen kadın, cinsiyeti sebebiyle tacize, düşük ücret seviyelerine, mesleki eğitimden yoksun bırakılmaya ve ayrımcı daha başka pek çok uygulamaya maruz kalmaktadır. Ücret ayrımcılığının arkasında yatan sebepler oldukça çeşitli olabilir. Günümüzde uluslararası insan hakları örgütleri, kadın hareketleri ve akademik çalışmaların ortaya koyduğu kadarıyla ücret ayrımcılığı, kadının emek piyasasında karşı karşıya kaldığı en önemli sorunlardan biridir. Birleşmiş Milletler'in (UN) ve Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) ücret ayrımcılığı ile mücadele etmek amacıyla yayınladığı anlaşmalar dünya çapında ücret ayrımcılığında farkındalık yaratmış ve yavaş dahi olsa cinsiyetler arası ücret açığı kapanmaya başlamıştır.

Çalışmanın amacı, kadının maruz kaldığı ayrımcı uygulamaların sebeplerini ortaya koymak, Birleşmiş Milletler mevzuatındaki yerine değinmek ve 21.yüzyılda çağdışı kalması gereken kadın ve erkek arasındaki ücret farklılıklarının ortadan kaldırılması yönünde görüş ve tavsiyelerde bulunmaktır. Ücret ayrımcılığı kadınların, işgücü piyasasında yüzleşmek zorunda bırakıldığı ayrımcı uygulamalardan yalnızca biri iken kadının hayatına etkisi göz önüne alındığında mücadele gerekliliği önem kazanmaktadır.

#### 1. Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık

Ayrımcılık, kişinin ait olduğu gruba dayanan önyargı ve tutumlara dayanarak kişinin aleyhine sonuç doğuracak bir eylemde bulunmak, diğerlerinden farklı bir uygulamaya tabii tutmak olarak tanımlanır. Bir kişinin veya grubun aleyhine sonuç yaratacak bir muamelelerin herhangi bir meşru neden olmaksızın uygulanması sonucunda ortaya çıkan ayrımcılık türü doğrudan ayrımcılıktır. Bu anlamıyla hukuksal temelde şekli eşitliğe aykırı yapılan uygulamalar doğrudan ayrımcılık olarak nitelendirilir. Örneğin engelli çalışanların ücretli izin hakkından diğer işçilerin aksine faydalandırılmaması doğrudan ayrımcılık kapsamındadır. Dolaylı ayrımcılıkta ise herkes için aynı koşulları öngören mevcut bir işlemin kişinin veya grubun üzerinde diğerlerinden farklı ve daha az iyi sonuç doğurmasıdır. (Gül ve Karan, 2011 13-15)

Kadınlara yönelik ayrımcılık, doğrudan ve dolaylı ayrımcılık olarak şekil bulmaktadır. Bu tür eşitsiz durumlar kadınların hayatlarında pek çok alanda büyük ve telafisi mümkün olmayan hasarlar yaratmaktadır. Kadının eğitim hakkını kullanamaması, siyasal temsil ve katılımının yetersiz olması, yoksulluk riski, taciz ve kadına yönelik şiddet bu sorunlardan yalnızca bazılarıdır. Emek piyasasında kadın çalışanların cinsiyeti sebebiyle diğer çalışanlardan farklı işlem ve muameleye maruz kalması ve/veya tacize uğraması cinsiyet ayrımcılığının işgücü piyasasındaki yansımaları arasında doğrudan ayrımcı davranışlara örnek olarak değerlendirilmektedir. (aktaran Rehman, 2003: 344-346)

Ücret ayrımcılığı sorununun nedenlerine ve sonuçlarına değineceğimiz bu çalışmada öncelikle kadın ve erkek çalışan arasındaki ücret farklılığı tanımlanmalıdır. Aynı işi veya aynı değerde işi yapan kadının toplumsal cinsiyete dair önyargılardan başka bir sebep olmaksızın erkeklerden daha düşük ücret sistemine tabii tutulmasıdır. Kadınların hayatları boyunca karşılaştığı eşitsiz durumların ücret seviyelerine etkisi de cinsiyet temelli ücret ayrımcılığının değinilmesi gereken bir başka boyutudur. Kadınların çalışma hayatında erkeklerle eşit ücret alamamalarının önünde bulunan engellerden bazıları; ev hayatı ile iş hayatının dengelenmesinde adil olmayan sorumluluk dağılımı, cinsiyetlere bölünmüş işgücü piyasası ve önyargılar, fırsatlara erişimde eşitsizlik, cam tavan engeli ve doğrudan cinsiyet temelli ücret ayrımcılığıdır.

### 1.1. Ev içi Sorumlulukların İş Hayatına Etkisi

Ev içi bakım ve işler olarak adlandırabileceğimiz temizlik, çocuk bakımı, beslenme ihtiyaçları toplumsal cinsiyet rolleri gereğince adaletsiz bir bölüşüm sonucu kadının omuzlarına yüklenen sorumluluklar arasındadır. Herkesin ihtiyaç duyduğu bu türden bakım hizmetlerinin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'nın yüzde 10 ile 39'u oranında ekonomiye katkısı olduğu bilinmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar ücretsiz ev içi emeğe erkeklere oranla 2,5 kat daha fazla zaman ayırmak zorunda kalmaktadırlar. Kadının istihdamda olmasına rağmen ev içi bakım hizmetlerindeki dağılımın oranı değişmemektedir. Kadınların tam zamanlı işlerine ev içi işlere ayırdığı zaman ve emek eklendiğinde erkeklere kıyasla gün içinde çok uzun çalışma süreleri ile fiziksel kapasitelerinin zorlandığı anlaşılmaktadır. (ILO, 2016:19-20)

Bu sorumluluk kimi zaman kadın çalışanın ücretsiz izin olarak iş hayatına ara vermesi, çalışma saatlerini azaltması veya iş hayatından tamamen ayrılması gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Kadınların evlilik, çocuk bakımı ve ev idaresi konusunda partnerinden daha fazla sorumluluk almak zorunda kalması ve faydalanabileceği sosyal yardım ve destekten yoksun olması kadının kariyer çizgisini ve gelirini olumsuz etkilemektedir. (Wetzels, 2007:234-235) Evliliğin erkek çalışanlardan farklı olarak kadınların çalışma hayatında gözlemlenen bir başka etkisi ise evlilik bazı iş kollarına girişte kadınlara engel yaratmaktadır. Özellikle yüksek nitelik ve eğitim gerektiren pozisyonlarda evli kadınlar evli olmayanlara göre daha az tercih edilmekte, bu sektörlerde çalışmakta olan evli olmayan kadınlar ise evlendikten sonra işveren tarafından işten çıkarılmaktadır. Fakat evlilik daha az vasıf gerekliliği bulunan garsonluk, temizlik işçiliği gibi istihdam kollarında aynı etkiyi göstermemektedir. Anlaşıldığı kadarıyla eğitim seviyesi ve mesleki niteliği yüksek kadınların iş hayatında evlilik, düşük ücretli işlere doğru itici bir etki göstermektedir. (Borjas, 2016:402-403)

## 1.2. Cinsiyetlere Bölünmüş İşgücü Piyasası ve Önyargılar

Cinsiyetler arasında bölünmüş emek piyasasında kadınların erkek meslekleri olarak görülen yüksek ücretli ve statülü pozisyonlarda erkeklerle eşit şartlarda yarışmaması, daha düşük ücretli sektörlere kaymasına yol açmaktadır. Toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde kadın ve erkeklere uygun olduğu genel kanısıyla ikiye bölünen işler, iş ilanlarında, mülakat aşamasında ve bu süreçlerin sonucunda aday seçiminde kendini açıkça göstermektedir.

Bölünmüş işgücü piyasasında kadın işçilerin istihdamda yığılma gösterdiği sektörler ‘kadın işi’ olarak tanımlanmaktadır. Bu sayıca az sektörlerde kadın emek arzının fazla olması sebebiyle işverenler genellikle yarı zamanlı ve düşük ücret ile işçi çalıştırma yoluna gitmektedirler. Yarı zamanlı çalışmanın yoğun olduğu sektörler yapısal olarak işverenlerin kadın işçinin aleyhine ücret belirlemesine ve cinsiyetler arası eşitsiz uygulamalara zemin oluşturmaktadır. Bölünmüş sektörlerde yapılan başvurularda; kadın adayların mühendislik, teknikerlik, şoförlük gibi erkek mesleği olarak değerlendirilen pozisyonlarda, erkek adayların ise temizlikçilik, öğretmenlik, mağaza satış görevlisi gibi pozisyonlarda mülakata çağrılmakta daha düşük geri dönüşler aldığı görülmektedir. (Carlsson, 2011) Bu tür sektörlerde kadın işçinin ayrımcılığa temel oluşturacak başka bir özelliğinin daha olması; örneğin göçmen olması, çoklu (kesişen) ayrımcılığa uğramasına ve bunun sonucu olarak da çoklu dezavantaja sahip olmasına yol açmaktadır. Çoklu ayrımcılık, kişinin birden fazla zeminde aynı anda ayrımcılığa uğraması durumudur. Örneğin engelli ve kadın bir adayın iş başvurusunda hem engeli hem de cinsiyeti sebebiyle ayrımcılığa uğraması durumu çoklu ayrımcılığa örnek verilebilir (Gül ve Karan, 2011:21). Göçmen kadınlar, ev sahibi ülkenin vatandaşı olan kadınlara kıyasla iş hayatında daha düşük ücret seviyelerinde çalışmak zorunda kalmaktadırlar (aktaran Nilsson ve Wrench, 2009:28-30).

Lawler ve Bae’in (1998) tarafından Tayland’da önde gelen çok uluslu şirketlerin ilanları üzerinde yapılan çalışmaya göre; Bangkok Post gazetesinde yayınlanmış İngilizce ilanların yüzde 25,8’inde erkek aday, yüzde 13,9’u ise kadın aday talebi ilan metninde açıkça belirtilmiştir. İlanların yalnızca yüzde 33,4’ü herhangi bir cinsiyet vurgusu olmayan bir dille yayınlanmıştır. Çalışmaya göre özellikle ileri düzeyde sanayileşen ve cinsiyetçilik alanında sıkı tedbirlere sahip olan ülkelere ait firmalar kendi ülkelerinde yayınlanan ilanlarının aksine Asya ülkelerinde yayınlanan ilanlarda cinsiyet kısıtlamaları barındıran istihdam arayışına girmekte sakınca görmemektedir. Çin’de iş ilanlarının yayınlandığı bir internet sitesi üzerinde yapılan çalışmaya göre ise, yirmi hafta boyunca incelemeye alınan ilanların üçte birinde cinsiyet tercihi belirtildiği ortaya konmuştur. İlanlarda tespit edilen ayrımcılık oranının yüksek olması, ülkede bu alanda yasal mevzuatın olmamasına dayandırılmaktadır. Firmalar yüksek statülü pozisyonların bulunduğu aday havuzunu kadın adaylar için doğrudan engellemeyi tercih etmemektedir. Fakat daha az vasıf aranan pozisyonlar için kadın işçi tercihlerini ilanlarda kullanarak sektörün cinsiyete göre bölünmesine yol açmaktadırlar (Kuhn ve Shen, 2011).

Şeşen (2006), Türkiye’de yayınlanan iş ilanlarında ayrımcılığı incelediği çalışmasında cinsiyet tercihi yapılan ilanların oranının yüzde yirmi olduğunu saptamıştır. Ayrımcılık yapıldığı saptanan ilanlarda, özellikle seyahat gerekliliği bulunan pozisyonlar için aday cinsiyeti belirtilmiş ve tercihin erkeklerden yana kullanıldığı anlaşılmıştır.

İlanlarda cinsiyet tercihinin belirtilmesi yoluyla yapılan cinsiyet ayrımcılığı istihdama dahil olma aşamasında en net gözlemlenebilir ayrımcı uygulamalardandır. Bunun yanı sıra metin içinde cinsiyet belirtilmeksizin mülakat için davet edilen adaylar belirlenirken kadın adayların başvurularının cinsiyet



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

sebebiyle elenmesi ise bu alanda tespit edilmesi zor olan ayrımcı bir davranıştır. Mülakat aşamasına gelindiğinde ise kadın ve erkek adaylara yöneltilen sorular farklılık göstermektedir. Kadın adaylar için gerekleriyle ilgisi olmamasına rağmen, evlenip evlenmeyeceği veya evlendikten sonra çocuk sahibi olmayı düşünüp düşünmediği gibi sorularla karşılaşmaktadır. Bu soruların geri planında ev içi sorumluluğu ve çocuk bakımı becerisi daha fazla olduğu düşünülen kadının tercih yapması gerekmesi durumunda işten ayrılması eğiliminin yüksek olacağı veya performansının düşeceği beklentisi yatmaktadır.

Kadınlara yönelik önyargıların ayrımcı davranışlara dönüşmesi ve kadınların hayatına yansımalarına dair etkileyici bir örneğe göre 1900'lü yılların ortalarında Amerika'nın uluslararası üne sahip büyük senfoni orkestralarında en fazla kadın müzisyene sahip olan orkestrada kadın oranı yüzde on civarındadır. 1970 ve 80'li yıllarda söz konusu büyük orkestralardan bazıları demokratikleşme ve müzisyen seçimlerinin tarafsızlığına güveni artırma adına adayları ilk elemelerde perde arkasından seçim yöntemi ile değerlendirmeye başlamıştır. Orkestrada müzisyen olmak için başvuran aday ile jüri arasında perde asılmakta, aday perdenin arkasında enstrümanını çalmakta ve son karar verilene kadar jüri üyeleri ile adayın kimlik bilgileri paylaşılmamaktadır. Yöntemin değiştirilmesinden sonra ilk elemeyi geçen kadın sayısında yüzde elli artış olurken diğer elemeleri geçerek finale gelen ve orkestrada kendine sandalye bulan kadınlar yüzde yirmi beş oranında artmıştır (Goldin ve Rouse, 2000).

### 1.3. Fırsatlara Erişimde Eşitsizlik

Cinsiyetler arasında ücret farklılığı kadının sosyal ve kurumsal hayatın farklı safhalarında uğradığı ayrımcılık sebebiyle de yaşanıyor olabilir. Eğitim hakkından yeterince faydalanamayan kadınlar emek piyasası taleplerine gereğince cevap veremeyebilirler. Dünya üzerinde pek çok bölgede kadınların eğitime erişimindeki sorunlar, geleneksel önyargılar, erken evlilikler ve bölgesel eğitim olanaklarının eksikliği sebebiyle devam etmektedir. Kadınların erken yaşta ekonomik, evsel ve eğitimsel sorumlulukları aynı anda yönetmek zorunda kalmaları kadınları eğitimin ilk aşamalarında sistemin dışına çıkmaya mecbur bırakmaktadır. Ayrıca toplumsal cinsiyet rollerinden arındırılmamış, cinsiyet klişeleri içeren müfredat ve eğitim materyalleri mevcut cinsiyet eşitsizliğini ve çocuklar arasında ayrımcı eğilimleri güçlendirmektedir (UN, 1996:26-27).

Dünya üzerinde pek çok bölgede kadınlar uygun sağlık eğitimi ve erişim koşullarının olmaması sebebiyle sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları oranında yararlanamamaktadır. Kadının sağlık hizmetinden faydalanamaması, kadının yaşamının diğer alanlarını da olumsuz etkileyerek çok boyutlu olumsuzluklara yol açmaktadır. Sağlık hakkından gerektiği gibi faydalanamamasının kadının sosyal ve ekonomik hayatına etkileri; cinsiyet ayrımcılığı sebebiyle yoksulluk, şiddet mağduru olma riski, ekonomik bağımlılık oranının artması, kendi bedeni ve doğurganlığı üzerinde karar almasının engellenmesi veya kısıtlanması olarak sıralanabilir. Kadınların erken yaşta evlenmeye, hamileliğe ve çocuk sahibi olmaya zorlanması kadının yaşam boyu sürecek fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları ile karşılaşma riskini arttırmaktadır. Genellikle, kadınlar için erken evlilik ve erken annelik istihdam fırsatlarını büyük oranda azaltmaktadır. Kadınların bu sebeple artan ekonomik bağımlılığının hem kadının hem de sahip olduğu çocuğun yaşamında uzun vadede olumsuz etkilere sebep olması muhtemeldir. Bu açıdan bakıldığında toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadınların hayatında yarattığı pek çok sorun doğrudan veya dolaylı olarak kadının iş hayatını etkilemekte ve düşük ücretle çalışmaya mecbur bırakmaktadır.

#### 1.4. Cam Tavan

Kadınların iş hayatında düşük ücretle çalışmasına yol açan diğer bir ayrımcı uygulama ‘cam tavan’ adıyla anılmaktadır. Cam tavan benzetmesi kadınların çalıştığı organizasyonda daha üst düzey pozisyonlar ve daha yüksek ücret seviyeleri için yarışma koşullarında erkek meslektaşlarından daha dezavantajlı olması durumudur. Pozisyonun gerektirdiği niteliklere ve eğitime sahip olmasına rağmen kadının sahip olduğu düşünülen ve yöneticilik vasıflarıyla uyumlu görülmeyen toplumsal cinsiyet rolleri mevcut açık pozisyon için değerlendirilmemesine yol açmaktadır. Kadın çalışan terfi almaya hak kazanması önünde herhangi bir engel görmezken, karar verici pozisyonda bulunan kişinin kadınlar hakkındaki önyargıları (duygusal, stres kaldıramayan gibi) kadınların kariyer basamakları arasında çoğu zaman kırması çok zor cam tavanlar olarak yer edinmektedir. Böylece kadınları daha düşük ücret seviyelerine, becerilerinden daha az gereklilik gerektiren işlerde çalışmaya mecbur bırakmaktadır (Wirth, 2001:25). Cam tavanın kadın çalışanın zihin sağlığı ve motivasyonu üstündeki olumsuz etkileri kadının kariyerinde duraklamaya, gerilemeye veya kesinti kararı almasına sebep olabilir. Genellikle performansına rağmen cam tavana takılarak kademe olarak ilerleyemeyen kadın, kendi başarısını küçümseme veya eleştirme, mücadele azmini kaybetme gibi zihinsel yüklerle bu engelleri aşmayı denemekten vazgeçmektedir (aktaran Sheetz-Runkle,2011:21).

Kadınların aynı eğitim düzeyindeki erkek meslektaşlarıyla gelirlerinin karşılaştırıldığı pek çok araştırmada ortaya çıkan yüksek ücret farklılıkları cam tavan sorunun görünür hale gelmesinin sonucu olarak değerlendirilebilir. 1990’lı yıllarda Uruguay, Arjantin ve Bolivya’da yapılan araştırmalarda kadınlar aynı eğitim seviyesindeki erkek meslektaşlarından sırasıyla yüzde elli, yüzde otuz ve yüzde yetmiş varan seviyede daha düşük ücret almaktadır. 1997’de İngiltere’de ücret ayrımcılığı üzerine bir çalışmanın sonuçlarına göre ise kadınlar eğitimde erkeklerden daha yüksek başarı göstermesine rağmen kadın ve erkek çalışanlar arasında yüzde on altı oranında ücret farklılıklarına rastlanmaktadır. Aynı dönemde İngiltere’de yapılan bir başka çalışmada ise kadın ve erkek yöneticilerin aynı ücret sistemi ile istihdam edilmiş olmalarına karşın erkek yöneticilerin yan haklar ve ikramiyeler ile gerçek kazancının kadın yöneticilerden daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (aktaran Wirth, 2001: 15-50).

#### 1.5. Doğrudan Cinsiyet Temelli Ücret Ayrımcılığı

Çalışmanın önceki bölümlerinde bahsedilen ve ücret ayrımcılığını farklı boyutlarıyla etkileyen kadına yönelik eşitsiz koşulların yanı sıra kadının yalnızca cinsiyeti sebebiyle erkek işçilere kıyasla düşük ücretle çalıştırılması yoluyla da ücret ayrımcılığı yasağı delinmektedir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) tarafından Toplumsal Cinsiyet Tavsiyeleri raporunda sunulmak üzere üye ülkelerde yapılan anketin sonuçları Şekil 1.’de görülmektedir. Üye ülkelerden toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile ilgili en acil müdahale gerektiren sorunlardan ilk üçünü sıralamaları istenmiştir. Şekil 1.’de görüldüğü üzere 37 ülkeden 21’i ‘Kadınlara yönelik şiddet’ başlığını en acil ilk üç sorun arasında saymaktadır. İkinci sırada 16 ülkenin öncelikli sorunlar listesine aldığı ‘ücret eşitsizliği’ sorunu bulunmaktadır. Aynı veya eşit değerde işi yapan kadın ve erkeklerin eşitsiz ücret alması pek çok OECD ülkesinde öncelikli müdahale gerektiren sorunlar arasında sayılmaktadır. Listede bulunan diğer sorunlardan; kadınların erkeklere oranla okuldan ayrılma oranının yüksek olması, yeterli sağlık hizmetine erişimin olmaması sonucu olarak düşük yaşam beklentisi ve önyargılar ücret eşitsizliği sorununun daha da büyümesine yol açan cinsiyet eşitsizliği sorunlarından (OECD, 2017:32).

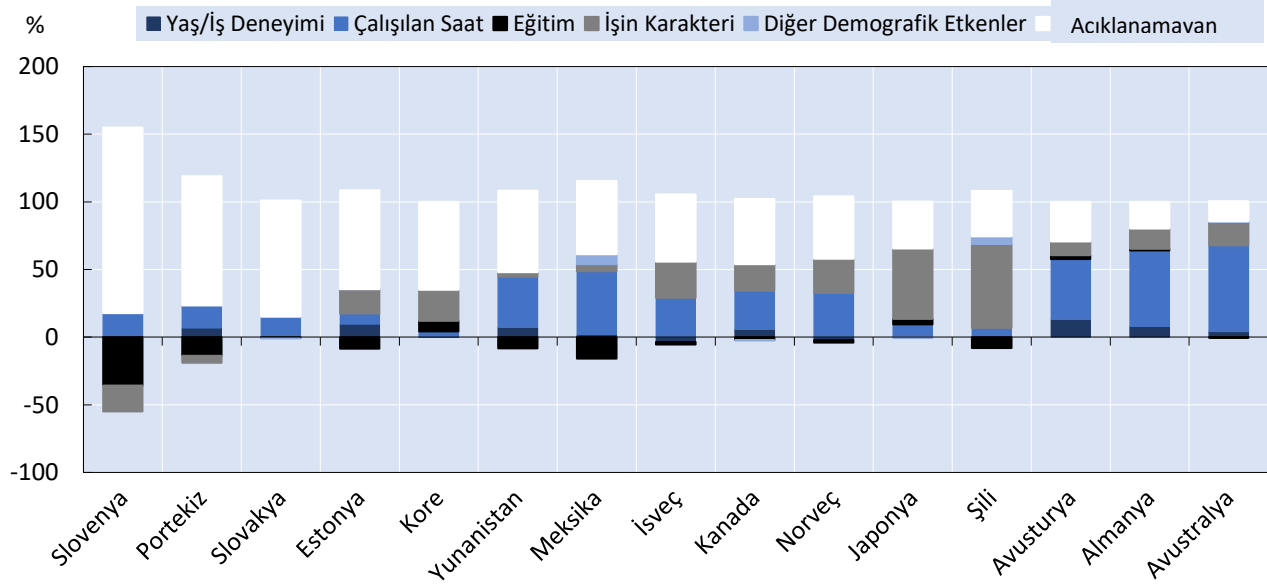
Şekil 1. Cinsiyet Eşitsizliğinde Öncelikli Sorunlar



*Not: Ankete 35 ülke cevap verdi. Her ülke en fazla üç öncelikli konu seçti. 2013 Toplumsal Cinsiyet Tavsiyeleri için OECD ülkelerinin kendi ülkelerinde ele alınması gereken en acil üç cinsiyet eşitliği sorunu sıralamasına göre hazırlanmıştır. Kaynak: OECD The Pursuit of Gender Equality An Uphill Battle, 2017 s.32 <http://dx.doi.org/10.1787/9789264281318-en>*

Birleşmiş Milletler, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile tüm insanlığa eşitsizliğin azaldığı, iklim değişikliğinin durdurulduğu, daha adil ve barışçıl bir gelecek kurmak için çağrıda bulunmaktadır. Birleşmiş Milletler'in idealize ettiği gelecek tablosunda ulaşılması planlanan amaçlar arasında eşitsizliği azaltmak, toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak, herkes için insana yakışır iş ve ekonomik kalkınmayı sağlamak gibi başlıklar yer almaktadır. Hedefler arasında bulunan 5 numaralı 'Cinsiyet Eşitliği' hedefi kadınlara ekonomik hakların kullanımında eşit fırsatlar sağlamayı amaçlamaktadır. Kadın girişimciliğinin güçlendirilmesini ve teşvik edilmesini, eğitim-sağlık gibi her türlü sosyal haktan faydalanarak kadınların güçlendirilmelerini öngörmektedir. Birleşmiş Milletler, bu yolla cinsiyetler arasındaki ücret farklılığı ile de mücadele etmeyi ve ücret açıklığını kapatmayı hedefleri arasına almıştır.

Şekil 2. Cinsiyetler arasında ücret farkının ayrıştırılması: Çalışılan saat ve iş türü farklılıkları ile



Not: Ülkeler açıklanamayan cinsiyet ödeme açığı oranına göre soldan sağa doğru sıralanmıştır.

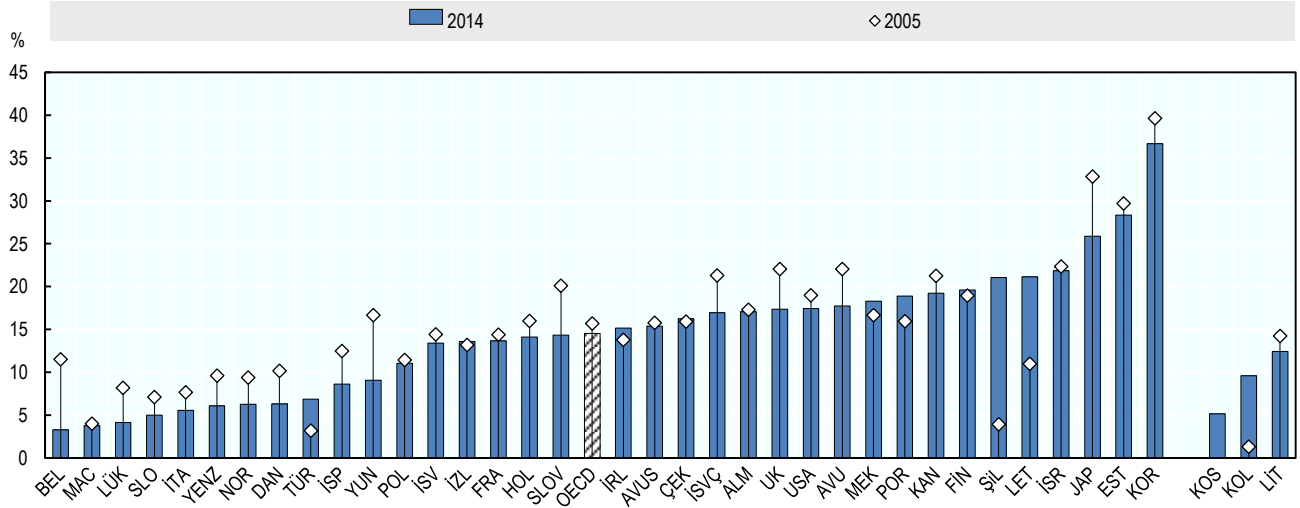
Kaynak: OECD (2012), *Closing the Gender Gap: Act Now*  
<https://doi.org/10.1787/9789264179370-graph63-en>.

Ücret ayrımcılığının çalışmamızda bahsedilen boyutlarıyla cinsiyetler arasındaki ücret farkının sebeplerinin tamamen ayrıştırılarak incelenmesi son derece zordur. Kadın işçiye sunulan ücret oranının erkek işçiden düşük olmasının sebebi çalışılan saat, iş deneyimi, eğitim seviyesi olabileceği gibi yalnızca kadın olması sebebiyle doğrudan ayrımcılık da olabilir. Kadın ve erkek çalışanların ücret farkının ayrıştırıldığı Şekil 2’de incelemeye dahil edilen ülkelerde aradaki farkın açıklanamayan kısmı cinsiyete dayalı doğrudan ayrımcılık olarak değerlendirilmektedir. İş deneyimi, çalışılan saat ve eğitim gibi ücreti etkilemesi konusunda objektif kriterlerin dışında herhangi bir açıklama getirilemeyen ücret farklılıkları ‘açıklanamayan’ başlığı altında gösterilmektedir. Açıklanamayan başlığı; cinsiyet önyargıların, kadına yönelik ayrımcılığın veya çalışan ile ilgili kişisel özelliklerin ücret belirleme aşamasındaki etkileri olarak değerlendirilmektedir (ILO, 2011:15). Almanya ve Avustralya gibi açıklanamayan sebeplerle ücret farklılığının düşük olduğu ülkelerde cinsiyetler arası ücret farkının yüzde 50’den fazlası çalışılan saat ile açıklanmıştır. İşin karakteri ise farkın açıklanmasında cinsiyete göre bölünmüş işgücü piyasalarının daha yoğun olduğu Şili ve Japonya gibi ülkelere yüzde 50’nin üzerinde ücret farklılıklarının sebebi olarak görülmektedir. Kadınların meslek seçimlerinin kısıtlanması gelir farklılıklarına yol açabilmektedir (OECD, 2012: 171).



### Şekil 3. Tam zamanlı işlerde ücrette cinsiyet eşitsizliği

Tam zamanlı çalışanların (15 yaş ve üstü) ücretlerinde cinsiyete göre farklar, 2005 ve 2014



<http://www.oecd.org/social/oecd-employment-outlook-19991266.htm>

StatLink 2 <http://dx.doi.org/10.1787/888933778649>

OECD ülkelerinin pek çoğunda 2005 ve 2014 yılları arasında tam zamanlı işlerde cinsiyetler arası ücret eşitsizliğinde düşüş gözlemlenmiştir. Fakat Şekil 3'te görüldüğü üzere Türkiye on bir yıllık sürede eşitsizlik farkını kapatmayıp daha da açıldığı ülkeler arasında yer almıştır. Türkiye'nin oranı incelenen dönem içinde ikiye katlanırken; bu mücadelede en başarılı olan ülkeler Belçika, Japonya, İsveç ve Yunanistan'dır. OECD ülkelerinin ortalamasına bakıldığında 2005 yılında yüzde 15,7 olan ücret eşitsizliği 2014 yılında yüzde 15,2'ye düşmüştür. Yani OECD ülkeleri genelinde kadın işçi, erkek meslektaşından ortalama olarak yüzde on beş oranında daha az kazanmaktadır. Kadınların yüksek eğitime katılımındaki artışın bu oranı kapatmadaki etkisi de göz önüne alındığında, yapılan yasal düzenleme ve tedbirlerin ücret açığının kapanmasında beklenenden daha yavaş bir etki gösterdiği anlaşılmaktadır.(OECD, 2018: 222) Uluslararası İşgücü Örgütü (ILO)'nün 2011 yılında yapılan 100. Emek Konferansı'nın raporuna göre tüm dünyada cinsiyetler arası ücret ayrımcılığını ortadan kaldırmaya yönelik yapılan tedbirlere ek olarak yeni bir eylem planı yapılmadığı takdirde aradaki farkın kapanma hızı ile ücret eşitliği ancak 2086 yılında kapanacaktır. Örgütün yaptığı bu uzun vadeli öngörü, alınan tedbirlerin ve yasal düzenlemelerin etkisinin sorunun önemi karşısında yeterli etkiyi gösteremediğinin kanıtı niteliğindedir (ILO, 2011:11).

## 2. BİRLEŞMİŞ MİLLETLER MEVZUATINDA CİNSİYETE DAYALI ÜCRET AYRIMCILIĞI

İnsan hakları alanında çalışan uluslararası bir kuruluş olan Birleşmiş Milletler 'in ayrımcılık alanında sahip olduğu mevzuat ayrımcılık yasağı hukukunun temel kaynağını oluşturmaktadır. Kadına yönelik ücret ayrımcılığı hem devletler hem de işverenler için yasaklanmış, taraf devletlere yasağın işlevselliğinin sağlanması adına yasal düzenlemeleri ve uygulamaları yürürlüğe koyma ve koruyucu olma sorumluluğu yüklenmiştir.

## 2.1. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi

İnsan hakları alanında en temel belgelerden biri olan 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi 23. Maddesi ile kadın ve erkekler arasında ücret ayrımcılığı yapılmasını yasaklamıştır. Beyanname, tüm insanların ayrımcılık yapılmaksızın eşit iş için eşit ücret almaya hakkının olduğunu belirtmektedir. Çalışan herkes adil ve insan onuruna yakışır bir ücret almaya hak kazanmaktadır. Beynamedeki eşit ücret hakkındaki madde, herhangi bir ayrımcılık temelinden bahsetmeyi tercih etmemiş, herkesin eşit ücret almaya hakkı olduğunu belirtmiştir (Brown, 2016:110). Türkiye, 1949 yılında belgeyi onaylayarak Beyanname’de taraf ülkeler için sıralanan sorumluluklar altına girmiştir.

## 2.2. Eşit Değerde İş İçin Erkek ve Kadınlar Arasında Ücret Eşitliği Hakkında 100 No’lu ILO Sözleşmesi

Uluslararası Çalışma Örgütü Genel Kurul’unda kabul edildikten 16 yıl sonra onaylanarak Türkiye’de 1967 yılında yürürlüğe giren ‘Eşit Değerde İş İçin Erkek ve Kadınlar Arasında Ücret Eşitliği Hakkında 100 No’lu ILO Sözleşmesi’ emek piyasasında ücret ayrımcılığı ile mücadeleyi temel amacı edinmesi bakımından çalışmamız açısından önem arz etmektedir. Sözleşme, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nden farklı olarak eşit ücret talebini ve ücret eşitsizliği yasağını ‘eşit değerde iş için eşit ücret’ olarak güncellemiştir. Örgüt bu talep değişikliği ile eşit ücret talebinde çoğu zaman yanlış ücret politikalarına veya farklı yorumlamalara yol açan ‘eşit iş’ kavramını, işe değer biçilmesi yoluyla daha objektif bir ücret sistemi yoluyla çözüme önerisi getirmektedir. Kadın emeğinin tarihsel ve toplumsal olarak düşük görülen değeri, bölünmüş işgücü piyasasında kadın yoğun sektörlerde ücretin daha düşük belirlenmesine; öte taraftan erkek yoğun sektörlerin ise daha yüksek beceri ve güç gerektirdiği ön kabulü sonucu daha yüksek belirlenen ücret sistemleri ile kadınları bu sektörlerden dışlayarak sistematik olarak düşük ve eşitsiz ücrete mecbur bırakmaktadır.

ILO’nun 100 no’lu Ücret Eşitliği Sözleşmesi ile küresel olarak kullanılmaya başlanan iş değerlendirme metodu ücret eşitsizliğini tamamen ortadan kaldırmayı garanti edemese de tarafsız ve şeffaf bir ücret sistemi ile büyük oranda azaltılabileceğini savunmaktadır. İşin gerektirdiği bilgi, yetenek, beceri ve sorumluluk gibi kriterlere atfedilen puanlar ve bu puanlamaya göre belirlenen yapılan ücret ölçeği eşit değerde işlere eşit ücret verilmesini öngörmektedir. Bu yöntemle farklı işleri yapsalar dahi cinsiyet boyutu ortadan kaldırılarak daha adil bir ücretlendirme sistemi oluşturulması amaçlanmaktadır (Bender ve Pigeys, 2017:13-17).

### 2.3. Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşmesi, 1966 yılında onaylanmış fakat yürürlüğe girmesi bu tarihten 10 yıl sonra 1976 yılında gerçekleşmiştir. Sözleşmeye göre sosyal, kültürel ve ekonomik haklardan faydalanmada herkes eşittir. Haklara erişimde ayrımcı uygulamalar yasaklanmıştır. Ücret ayrımcılığını yasaklarken özellikle kadın ve erkek çalışanlar arasında eşit işe eşit ve adil ücret öngörürken aynı maddenin devam eden fıkrasında çalışanların terfi fırsatlarından faydalandırılmasında liyakat dışında herhangi bir ayırım gözetilmesine izin verilemeyeceğini vurgulanmıştır. Bu fıkra ile çalışmamızda da bahsedilen cam tavan yoluyla ayrımcılık yapılması yasaklanmıştır. 2000 yılında sözleşme Türkiye tarafından imzalanmış ve 2003 yürürlüğe konmuştur.

### 2.4. Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW)

Kadın hakları alanında en önemli uluslararası düzenlemelerden biri olan Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW), 1979 yılında Birleşmiş Milletlere üye devletler tarafından onaylanmıştır. CEDAW, tüm dünyada kadınlara yönelik şiddet, işkence, taciz, ayrımcılık ve her türlü insan hakkından faydalanmanın önünde engel oluşturabilecek uygulamayı yasaklamıştır. Taraf devletler kadınların siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel haklarından faydalanmaları için her türlü tedbiri alacak ve sosyal politikaları uygulamaya koyacaktır. Sözleşme iş hayatında dair de önemli koruyucu tedbirler barındırır. Tazminatlar da dahil olmak üzere eşit değerde işe eşit ücret, emeklilik, işsizlik, hastalık, meslekte ilerleme gibi konularda kadınların eşitliğini sağlamak taraf devletlerin görevidir. Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi Türkiye tarafından 1985 yılında Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Sözleşmenin ek protokolleri ise ülkemizde 2002 yılında onaylanmıştır (Korkut, 2009:18).

### 2.5. Uluslararası Eşit Ücret Koalisyonu (The Equal Pay International Coalition)

OECD, ILO ve Birleşmiş Milletler Kadın Birimi (UNWOMEN)’nin tüm sektörlerde ve tüm ülkelerde eşit değerde işe eşit ücret garantisinin olduğu bir işgücü piyasası oluşturmak amacıyla bir araya gelerek uluslararası düzeyde çalışan bir koalisyon oluşturmuşlardır. Uluslararası Eşit Ücret Koalisyonu (EPIC), ulusal düzeyde çalışma hayatından sorumlu bakanlıkları, özel sektörü, kamu kurumlarını, Birleşmiş Milletler Ajanslarını, sendikaları, akademiye ve sivil toplum kuruluşlarını ücret ayrımcılığı ile mücadelede beraber çalışmaya davet etmektedir. EPIC, eşit ücret hedefinin yanında cinsiyet stereotipilerini kırmayı, sosyal adaleti desteklemeyi ve cinsiyet ayrımcılığına dair farkındalık yaratmayı amaçlamaktadır. Faaliyetlerini, ulusal ve uluslararası düzeyde anketler, eylem planları ve kampanyalar, bu süreçlerin takibi ve değerlendirmesi olarak tanımlamaktadır (EPIC, 2018:10-11).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada bahsedildiği gibi ücret ayrımcılığının yanı sıra daha pek çok sorunun kaynağında bulunan toplumsal cinsiyet rolleri, kadın ve erkek cinsiyetlerine biçtiği davranış, karakter ve dış görünüş kalıpları ile insanların tüm hayatını olumsuz etkilemektedir. Kadınların narin ve kırılğan, erkeklerin ise güçlü ve dayanıklı olduğuna dair kalıp roller işgücü piyasasındaki meslekleri cinsiyete göre bölmüş ve kadınlar aleyhine ücret sistemleri oluşmasına yol açmıştır. Kadınların iş hayatına dahil olma



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

aşamasında yaşadığı sorunlar ve üst kademelere geçmeye çalışırken önlerine çıkan cam tavanlar, kadınların düşük ücret seviyelerine takılı kalmalarıyla veya kimi zaman çalışma hayatının dışına itilmeleri ile sonuçlanmaktadır.

Günümüzde alınan tedbir ve önlemlere rağmen halen dünyada cinsiyetler arası ücret eşitliğinin tamamen sağlanabildiği bir ülke yoktur. Ücret ayrımcılığı alanındaki yasal düzenlemelere ve yasaklara, ücret sistemlerinde kullanılan yeni yöntemlere rağmen elde edilen ücret açığındaki yavaş kapanma eğilimi, bu açığın temelinde yatan nedenin ortadan kaldırılmasının gerekliliğini göstermektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadına yönelik ayrımcılık köklü bir şekilde ortadan kaldırılmadığı sürece başarıya ulaşmak zorlaşmaktadır. Birleşmiş Milletlerin 2030 yılı hedefleri arasına koyduğu cinsiyet eşitliği hedefi, başarıldığı takdirde kadının ücret eşitsizliği sorununun yanında işgücü piyasasındaki pek çok problemin de ortadan kalkması beklenmektedir. Toplumsal cinsiyet rollerinin ortadan kaldırılması ve bu önyargıları temel alan her türlü davranış ve uygulamanın yasaklanması gerekmektedir. Herkesin eşit muamele gördüğü, cinsiyet kalıplarından arındırılmış ve düşünce özgürlüğünün garanti altına alındığı bir eğitim sistemi yaratılması cinsiyet eşitsizliğinin ortadan kaldırılmasında etkili olacaktır.

Aynı zamanda mevcut eşitsizlikleri göz önüne alarak kadın işgücünün güncel sorunlarına daha kısa vadede cevap verebilmek adına yeni istihdam modelleri ve eylem planları uygulamaya koymanın gerekliliği söz konusudur. Kadınların istihdam piyasasındaki dezavantajlı konumu düşünüldüğünde cinsiyet eşitliği toplumun her kesiminde, kamuda, özel sektörde, sendikalarda, sivil toplum örgütlerinde korunmalı ve kadınlar lehine sonuç doğuracak aktif karakterli sosyal politika önlemleri (kadın kotası, mesleki eğitimler gibi) alınmalıdır. Cinsiyete dayalı ücret ayrımcılığı ile mücadelede yasal tedbirlerin yürürlüğe girmesinden itibaren sonuçlarının incelendiği ve elde edilen sonuçlar ışığında kanun yapıcıya öneri ve tavsiyelerde bulunma amacı taşıyan akademik araştırmaların bu alana katkısı büyük önem arz etmektedir. Kadınların siyasal ve kamusal alanda etkili katılımı arttırılmalı, cinsiyet eşitliğini sağlamak amacıyla yürürlükte olan yasal düzenlemelerin işlevselliği değerlendirilmeli, eksiklerin tespit edildiği noktalarda gereken destek sağlanmalıdır.

### KAYNAKÇA

Bender A. and Pigeyre F. (2017) Job Evaluation and Pay Equity: Stakes and Methods, Conference EURAM, Jun 2014, Valencia, Spain.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01340259/document>

Brown, G. (Editör) (2016) The Universal Declaration of Human Rights in the 21st Century: A Living Document in a Changing World, Open Book Publishers, Cambridge

Borjas G.J. (2016) Labor Economics Seventh Edition, McGraw-Hill Educaiton, The United States

Carlsson M. (2011) Does Hiring Discrimination Cause Gender Segregation in the Swedish Labor Market? Feminist Economics, Volume 17,2011- Issue 3, Pages 71-102 <https://doi.org/10.1080/13545701.2011.580700>



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Equal Pay International Coalition (EPIC) (2018) ILO, UNWOMEN AND OECD'S Vision for the Equal Pay International Coalition (EPIC) To Contribute To The Achievement of SDG Target 8.5 Focusing on Equal Pay Between Women and Men For Work of Equal Value <https://www.equalpayinternationalcoalition.org/wp-content/uploads/2018/10/EPICs-Vision.pdf>

Goldin, C., and C. Rouse (2000) Orchestrating Impartiality: The Impact of "Blind" Auditions on Female Musicians, The American Economic Review 90(4), 715-741.

Gül, İ. ve Karan, U. (2011). AyrımcılıkYasağı: Kavram, Hukuk, İzlemeveBelgeleme, İstanbul Bilgi ÜniversitesiYayımları, İstanbul

ILO (2011) Report of Director General: A New Era of Social Justice, International Labour Conference, 100<sup>th</sup> Session, ILO, Geneva, s. 14-15

Korkut, Levent, (2009), AyrımcılıkKarşıtıHukuk, İnsanHaklarıGündemiDerneğiYayımları, Ankara.

Kuhn, P.J.and Shen, K. (2011) Gender Discrimination in JobAds: Theory and Evidence(September 2011) NBER Working Paper No. w17453., National Bureau of EconomicResearch <http://www.nber.org/papers/w17453>

Lawler, J.J. and Bae, J.(1998), "Overt Employment Discrimination by Multinational Firms: Cultural and Economic Influences in a Developing Country", Industrial Relations,Vol. 37, Issue 2, p. 126-152.

Nilsson A. and Wrench J. (2009) 'Ethnic İnequality and Discrimination in the Labour Market', Kraal K., Roosblad J. and Wrench J. (Editors) Equal Opportunities and Ethnic İnequality in European Labour Markets Discrimination, Gender and Policies of Diversity, Amsterdam University Press

OECD (2012) Closing Gender Gap Act Now, OECD Publishing.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179370-en>

OECD (2017), The Pursuit of Gender Equality: An Uphill Battle, OECD Publishing, Paris.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264281318-en>

Rehman, J. (2003) International Human Rights Law: A Practical Approach, Pearson Education Limited, United Kingdom s. 344-346

Sheetz-Runkle B. (2011) Sun Tzu for Women: The Art of War for Winning in Business, Adams Media, United States of America. s. 21-22

The International Labour Office (ILO) (2011) A New Era of Social Justice, International Labour Conference, The International Labour Office, Switzerland

The International Labour Office (ILO) (2016) Women at Work Trends 2016, The International Labour Office, Geneva



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

United Nations (UN) (1996) Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995, New York

Wetzels C. (2007) Motherhood and Wages, Del Boca D. And Wetzels C (Editors) Social Policies, Labour Markets and Motherhood: A Comparative Analysis of European Countries, Cambridge University Press

Wirth, L. (2001) Breaking Through the Glass Ceiling. Women in Management, International Labour Office (ILO), Geneva

<https://humanrightscenter.bilgi.edu.tr/tr/content/120-ekonomik-sosyal-ve-kulturel-haklara-iliskin-uluslararası-sozlesme/>

[https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS\\_377269/lang--tr/index.htm](https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377269/lang--tr/index.htm)

**AVRUPA SAĞLIK YÖNETİMİ BİRLİĞİ (EHMA) KONFERANSLARINDA  
SUNULAN SAĞLIK YÖNETİMİ BİLDİRİLERİNİN GÖRÜNÜMÜ**

**THE APPEARANCE OF HEALTH MANAGEMENT PROCEEDINGS PRESENTED  
AT THE EUROPEAN HEALTH MANAGEMENT ASSOCIATION (EHMA)  
CONFERENCES**

**Dr. Öğr. Üyesi Gülcan ŞANTAŞ**

Yozgat Bozok Üniversitesi  
gulcan.santas@bozok.edu.tr  
orcid: 0000-0002-0488-9375

Makale gönderim-kabul tarihi (10.05.2019-15.07.2019)

**Özet**

Bu çalışmada, son beş yılda EHMA tarafından düzenlenen konferanslarda sunulan sözlü ve poster bildirilerin konu dağılımlarının genel çerçevesini ortaya koymak amaçlanmıştır. EHMA konferansı, sağlık yönetimi alanında uluslararası en kapsamlı ve en saygın konferanslardan biridir. Araştırma, tanımlayıcı niteliktedir. Avrupa Sağlık Yönetimi Birliği (EHMA) tarafından 2014-2018 yılları arasında (son beş yılda) düzenlenen konferanslarda sunulan tüm sözlü ve poster bildiriler araştırma kapsamına dâhil edilmiştir. Bu çalışmada son beş yılda toplamda 491 bildirinin sunulduğu, sunulan bildirilerin 375 tanesinin sözlü bildiri ve 116 tanesinin poster bildiri olduğu belirlenmiştir. Konferanslarda en fazla sunum yapılan konuların “hastalık ve tedavi yönetimi ile hasta güçlendirme” (%13.21), “sağlık kuruluşlarında insan kaynakları” (%9.46) ve “sağlık kuruluşlarında örgütsel davranış” (%8.65) konuları olduğu belirlenmiştir. En az sunum yapılan konuların ise “ilaç politikaları” (%1.31), “tıbbi cihaz sektörü” (%0.49) ve “sağlık turizmi” (%0.49) olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sağlık yönetimi alanında son dönemde çalışılan konuları ortaya koyması ile yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık tezlerinde konu arayışında olan öğrenciler, sağlık yönetimi alanında çalışan araştırmacılar ve akademisyenler için fikir sağlayıcı nitelikte olabileceği söylenebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Yönetimi, Sağlık Kurumları, Sağlık Politikası, EHMA, Bildiri

**Abstract**

This study aims to reveal the general framework of the distribution of subjects of oral and poster presentations presented at conferences organized by EHMA in the last five years. The EHMA conference is one of the most comprehensive and respected international conferences in the field of health management. The research is descriptive. All oral and poster presentations presented at conferences organized by the European Health Management Association (EHMA) between 2014-2018 (last five years) were included in the research. In this study, it was determined that 491 papers were presented in the last five years, 375 of them were oral presentations and 116 of them were poster presentations. It has been identified that the most presented topics in the conferences were “disease and treatment management and patient empowerment” (13.21%), “human resources in health care organizations” (9.46%) and “organizational behavior in health care organizations”



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

(8.65%). The least frequently presented topics in the conferences were “drug policies” (1.31%), “medical device sector” (0.49%) and “health tourism” (0.49%). As this study reveals the recently studied topics in the field of health management, it can be an idea for the students who are searching for topics in master theses, doctoral theses and medical theses, and researchers and academicians working in the field of health management.

**Keywords:** Health Management, Health Institutions, Health Policy, EHMA, Proceeding.

### GİRİŞ

Sağlık yönetimi, artan fırsatlarıyla gelişen mesleklerden biridir. Sağlık yönetimi, toplumun sağlık statüsünü korumak ve iyileştirmek için sağlık hizmetlerinin sunumunda maddi ve beşeri kaynakların planlanması, örgütlenmesi, harekete geçirilmesi ve denetlenmesi süreci olarak tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 103-104).

Sağlık kuruluşları bazı temel özellikleri ile diğer kuruluşlardan ayrılmaktadır. Sağlık kuruluşlarında, özellikle profesyonel klinik sağlık hizmeti sunucuları ile bu hizmetleri alan hastalar arasında bilgi asimetrisi bulunmaktadır. Bu bilgi asimetrisi iki taraflı olabilmektedir. Örneğin hasta hekim ilişkisinde, hekim sağlık durumuna yönelik hastaya göre daha fazla bilgi sahibidir. Bu durumda arz edenin bilgisi, talep edene göre daha fazla olmaktadır. Hasta-sigorta kurumu arasındaki ilişkide ise hasta, kendi sağlık geçmişi hakkında daha fazla bilgiye sahip olup, sağlık sigortası yapan kurum sigorta riskini kendine sunulan bilgiler ölçüsünde tahmin edebilmektedir. Dolayısıyla, her iki örnekte de karşılıklı bağımlılıklar söz konusudur. Ayrıca sağlık hizmetleri sunulan kişiler ile verilen hizmetler için ödeme yapanlar arasında zayıf bir bağlantı bulunmaktadır. Diğer kuruluşlardan farklı olarak, sağlık kuruluşlarında hizmet sunumu sırasında ödemeler, çoğu zaman hastalar tarafından doğrudan cepten yapılmamaktadır. Genel olarak sağlık kuruluşları içinde teknolojik ve profesyonel heterojenlik söz konusu olmaktadır. Bu durum, organizasyonu bir bütün olarak anlama zorluğunu artırmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun doğası, bu kuruluşların yönetimlerinin anlaşılmasını zorlaştırabilmektedir (McDaniel ve Driebe, 2001: 11-12).

Sağlık kuruluşlarını kendi doğası içinde yönetebilmek ve amaçlarına ulaşabilmesine katkı sağlayabilmek için “sağlık yöneticiliği” kavramı önemli bir unsur olmaktadır. Sağlık kuruluşlarının amaçlarına ulaşabilmesinde öne çıkan koşullardan biri, bilimsel işletmecilik ve yönetim ilkelerine göre yönetilebilmeleridir. Bilimsel ölçütlere bağlı bir sağlık yönetimi, sağlık hizmetlerinin sunumunda çeşitli bölüm, birim ve kurumlara sağlanan liderlik ve yönlendirme hizmetini kolaylaştırabilmektedir. Diğer insanların sağlıklarında ve yaşamlarında değişiklik yaratmada sağlık yönetimi mesleği önemli rol oynamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 103-104; Thompson vd., 2012: 1-2).

Sağlık sektöründe son yıllarda önemli reformlar ve yenilikler meydana gelmektedir. Bu reform ve yenilikler, olumlu birçok sağlık sonucu ortaya çıkarmakla birlikte, aynı zamanda sağlık harcamalarını artırabilmektedir. Sağlık kuruluşlarında kullanılan kaynakların niceliksel büyüklüğü düşünüldüğünde, bu kaynakların etkili ve verimli şekilde kullanımına ve istenen miktarda, hakkaniyetli, ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmetleri üretilmesine daha fazla önem verilmesi gerekmektedir. Bütün bu özelliklerin bir arada üretilebilmesi ve katma değer yaratılabilmesi için, sağlık kuruluşlarının etkin yönetimi konusu dikkat çekmektedir.

Günümüzde sağlık kuruluşlarında, kliniklerde ve hekim uygulamalarında yönetsel pozisyonlara duyulan ihtiyacın giderek arttığı söylenebilir. Son yıllarda hızlı şekilde değişen teknoloji, dinamik tüketici istekleri, kıt kaynakların varlığı, büyük bütçelerin yönetimi sorunu, farklı disiplinlerden ve eğitim potansiyeline sahip profesyonellerin varlığı gibi sebepler, sağlık kuruluşlarında yönetimi zorlaştırabilmektedir (Shewchuk vd., 2005: 32; Çimen, 2010: 137; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 103-104; Tengilimoğlu vd., 2014: 560). Bu sebeple, sağlık kuruluşlarında işletmecilik ve yöneticilik bilgileriyle donanmış profesyonel sağlık yöneticilerine yüksek düzeyde ihtiyaç duyulmaktadır.



Avrupa Sağlık Yönetimi Birliği (EHMA), yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık yönetiminin kapasitesini artırmaya odaklanan kar amacı gütmeyen bir üyelik organizasyonudur. 1982 yılından beri sağlık ve sağlık hizmetlerini iyileştirmeye kararlı olan herkese aktif olarak hizmet sunmaktadır. Bu birlik, sağlık politikasının “nasıl” uygulandığına dair sorulara odaklanmaktadır ve bilgi paylaşımı, eğitim ve araştırmalar yoluyla sağlık politikaları uygulamalarını iyileştirmeye çabalamaktadır. Birlik tarafından düzenlenen konferanslarda sağlık yöneticileri, sağlık profesyonelleri, sağlık politikası belirleyicileri, araştırmacılar ve eğitimciler bir araya gelerek sağlık sorunları tartışılmaktadır. EHMA, kanıtlara ve deneyimlere değer verilen bir tartışma ortamı sağlamaktadır. Avrupa'nın merkezinde bulunan bir sekreteryaya ile EHMA, 30 ülkede 100'den fazla üye ile faaliyet göstermektedir (EHMA, 2019).

EHMA, uluslararası platformda sağlık yönetimi alanı için en önemli ve en prestijli konferanslardan birini düzenlemektedir. Her yıl belirli bir güncel tema kapsamında farklı ülke sağlık sistemlerinden bildiriler hazırlanarak bu konferansta sunulmaktadır. Bu çalışma kapsamında, EHMA'nın son beş yılda düzenlediği konferanslarda sunulan bildirilerin ana temaları ve konu başlıkları incelenmektedir. Sağlık yönetiminin en önemli konferanslarından biri olması sebebiyle, bu araştırma ile uluslararası alanyazında son yıllarda yaşanan ve çözüm aranan sağlık yönetimi sorunlarına yönelik bir çerçeve sunulması amaçlanmaktadır.

## 1. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Bu çalışmada, 2014-2018 yılları arasında Avrupa Sağlık Yönetimi Birliği (EHMA) tarafından düzenlenen konferanslarda sunulan sözlü ve poster bildirilerin konu dağılımlarının genel çerçevesini ortaya koymak amaçlanmaktadır. Araştırma kapsamında EHMA konferansında sunulan bildirilerin seçilmesinin sebebi, sağlık yönetimi alanı için uluslararası en kapsamlı ve en saygın konferanslardan biri olmasıdır. Bu konferansta sunulan bildiri konu başlıklarının ortaya konulmasının sağlık yönetimi alanında çalışan araştırmacılar ve akademisyenler için faydalı olacağı düşünülmektedir.

Araştırma, tanımlayıcı niteliktedir. Avrupa Sağlık Yönetimi Birliği (EHMA) tarafından 2014-2018 yılları arasında (son beş yılda) düzenlenen konferanslarda sunulan tüm sözlü ve poster bildiriler araştırma kapsamına dâhil edilmiştir. Ancak çalıştay konuları ve özel davetli konuşmacıların konuşma başlıkları, konferans ana temasını yansıttığından bu araştırma kapsamında incelenmemiştir. Konferanslarda sunulan bazı bildirilerin konu başlıkları birden çok konunun kapsamına girebildiğinden, bu bildiri başlıkları her iki gruba da dâhil edilmiştir.

## 2. BULGULAR

EHMA tarafından düzenlenen konferanslar, her yıl belirli bir güncel tema çerçevesinde oluşturulmaktadır. Bu konferanslarda sunulan bildirilerin yanı sıra, düzenlenen çalıştaylar, etkinlikler ve davetli konuşmacıların sunumları da belirlenen temaya göre hazırlanmaktadır. EHMA'nın son beş yılda düzenlemiş olduğu uluslararası sağlık yönetimi konferanslarının ana temaları ve konferansların yapıldığı ülkeler Tablo 1'de verilmektedir.

**Tablo 1. Kongre ana temaları ve kongrenin yapıldığı yer**

Yıl	Kongre ana teması	Kongrenin yapıldığı yer
2014	Sağlık hizmetlerinde liderlik: Hasta yatağından yönetim kuruluna	Birmingham Üniversitesi, İngiltere
2015	Kanıtla dayalı yönetim: Daha iyi kararlar, daha iyi sağlık	Amrâth Hotel Brabant, Breda, Hollanda
2016	Yeni sağlık hizmeti modelleri, Sağlığın yeniden yapılandırılması: Neden, ne, nasıl?	Porto Üniversitesi, Portekiz

2017	Sağlığın geleceği	Milan, İtalya
2018	Sağlık politikalarının gerçekleştirilmesi	Semmelweis, Budapeşte, Macaristan

EHMA'nın güncel temaları kapsamında konferansa kabul edilen sözlü ve poster olarak sunulan bildiriler incelendiğinde, son beş yılda toplamda 491 bildirinin sunulduğu görülmektedir. Sunulan bildirilerin 375 tanesi sözlü bildiri ve 116 tanesi poster bildiridir. Bu bildirilerin yıllar içinde dağılımının farklılaştığı, ancak son iki yılda poster bildirilerin yerine sadece sözlü bildirilerin sunulduğu gözlenmektedir (Tablo 2).

**Tablo 2. Kongrelerde sunulan bildirilerin yıllara göre dağılımı**

Yıl	Sözlü Bildiri Sayısı	Poster Bildiri Sayısı	Toplam Bildiri Sayısı
2014	56	33	89
2015	67	42	109
2016	51	41	92
2017	64	-	64
2018	137	-	137
<b>Toplam</b>	<b>375</b>	<b>116</b>	<b>491</b>

Tablo 3'te EHMA tarafından düzenlenen konferanslarda sunulan bildirilerin yıllar itibarıyla konu dağılımları görülmektedir. Son beş yılda konferanslarda en fazla sunum yapılan bildiri konularının "hastalık ve tedavi yönetimi ile hasta güçlendirme" (%13.21), "sağlık kuruluşlarında insan kaynakları" (%9.46) ve "sağlık kuruluşlarında örgütsel davranış" (%8.65) konuları olduğu tespit edilmiştir. Bu konuları sırasıyla "genel sağlık politikaları", "hastaların hizmet kalitesi ve yaşam kalitesi", "sağlık teknolojisi ve sağlık teknolojisi değerlendirme", "sağlıkta stratejik yönetim ve karar verme", "sağlık hizmetlerinde operasyon yönetimi", "sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan güvenliği" "sağlık hizmetlerinde talep yönetimi ve erişim", "birinci basamak sağlık hizmetleri", "sağlık hizmetleri pazarlaması", "sağlık hizmetleri finansmanı, ödeme sistemleri ve maliyetleri", "ruh sağlığı hizmetleri", "sağlık eğitimi", "sağlık sosyolojisi ve sağlık psikolojisi" ile "sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği" konuları takip etmektedir. Son beş yılda konferanslarda en az sunum yapılan bildiri konularının ise "ilaç politikaları" (%1.31), "tıbbi cihaz sektörü" (%0.49) ve "sağlık turizmi" (%0.49) olduğu belirlenmiştir.

Bildirilerin konu dağılımlarına bakıldığında, kongre ana temasıyla tutarlı şekilde yıllara göre belirli konuların arttığı söylenebilir. 2014 yılında sağlık hizmetlerinde liderlik ana teması kapsamında en fazla çalışılan bildiri konuları, "sağlık kuruluşlarında örgütsel davranış" ve "sağlık kuruluşlarında insan kaynakları" olarak belirlenmiştir. 2015 yılına gelindiğinde, kanıta dayalı yönetim ana teması kapsamında "hastalık ve tedavi yönetimi ile hasta güçlendirme" ve "sağlıkta stratejik yönetim ve karar verme" konu başlıkları dikkat çekmektedir. 2016 yılında yeni sağlık hizmeti modellerinin ve sağlığın yeniden yapılandırılması ana teması çerçevesinde, "hastalık ve tedavi yönetimi ile hasta güçlendirme" ve "sağlık teknolojisi ve sağlık teknolojisi değerlendirme" konuları daha fazla çalışılmıştır. 2017 yılı incelendiğinde, sağlığın geleceğinin tartışıldığı konferansta en fazla çalışılan konular, "hastalık ve tedavi yönetimi ile hasta güçlendirme" ve "sağlık teknolojisi ve sağlık teknolojisi değerlendirme" olarak tespit edilmiştir. Son olarak 2018 yılında, sağlık politikalarının gerçekleştirilmesi ana teması çerçevesinde, "hastalık ve tedavi yönetimi ile hasta güçlendirme" ve "genel sağlık politikaları" konularının daha fazla çalışıldığı söylenebilir (Tablo 3).

**Tablo 3. Kongrelerde sunulan bildirilerin yıllar itibariyle konu başlıklarına göre dağılımı**

Bildiri Konu Başlıkları	2014	2015	Yıl 2016	2017	2018	Toplam	Yüzde (%)
Hastalık ve tedavi yönetimi ile hasta güçlendirme	11	17	16	10	27	81	13.21
Sağlık kuruluşlarında insan kaynakları	13	16	9	5	15	58	9.46
Sağlık kuruluşlarında örgütsel davranış	20	5	13	7	8	53	8.65
Genel sağlık politikaları	2	12	11	6	20	51	8.32
Hastaların hizmet kalitesi ve yaşam kalitesi	8	13	8	9	13	51	8.32
Sağlık teknolojisi ve sağlık teknolojisi değerlendirme	6	6	15	10	13	50	8.16
Sağlıkta stratejik yönetim ve karar verme	1	18	10	8	12	49	7.99
Sağlık hizmetlerinde operasyon yönetimi	6	7	11	3	12	39	6.36
Sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan güvenliği	8	5	5	5	5	28	4.57
Sağlık hizmetlerinde talep yönetimi ve erişim	1	9	8	4	4	26	4.24
Birinci basamak sağlık hizmetleri	2	5	9	1	8	25	4.08
Sağlık hizmetleri pazarlaması	12	6	1	1	1	21	3.43
Sağlık hizmetleri finansmanı, ödeme sistemleri ve maliyetleri	1	3	3	3	6	16	2.61
Ruh sağlığı hizmetleri	1	7	3	-	5	16	2.61
Sağlık eğitimi	3	4	2	1	5	15	2.45
Sağlık sosyolojisi	4	2	2	1	2	11	1.79

ve sağlık psikolojisi							
Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği	1	1	1	3	3	9	1.47
İlaç politikaları	1	2	-	2	3	8	1.31
Tıbbi cihaz sektörü	-	1	1	-	1	3	0.49
Sağlık turizmi	-	-	2	1	-	3	0.49
<b>Toplam</b>	<b>101</b>	<b>139</b>	<b>130</b>	<b>80</b>	<b>163</b>	<b>613</b>	<b>100</b>

### 3. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmada, son beş yılda EHMA tarafından düzenlenen konferanslarda sunulan sözlü ve poster bildirilerin konu dağılımlarının genel çerçevesini ortaya koymak amaçlanmıştır. EHMA konferansı, sağlık yönetimi alanında uluslararası en kapsamlı ve en saygın konferanslardan biridir. Bu konferansta son beş yılda 375 tanesi sözlü bildiri ve 116 tanesi poster bildiri olmak üzere toplamda 491 bildiri sunulduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada, uluslararası sağlık yönetimi konferansının en fazla üzerinde durduğu konu başlığının hastalık ve tedavi yönetimi ile hasta güçlendirme olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma kapsamında hastalık yönetimi programları, hastanın tedaviye uyumunu artırmaya yönelik uygulamalar, kronik hastalık müdahaleleri ve klinik çalışma sonuçlarını içeren bildiri başlıkları, bu başlıkta ele alınmıştır. Kanıta dayalı hastalık yönetimi ve değer odaklı kanıta dayalı uygulamalar, son beş yılda düzenlenen konferanslardan birinin ana teması olması sebebiyle, bu konuyla ilgili yapılan çalışma sayısını artırmaktadır. Bununla birlikte, hasta katılımının ve hastanın güçlendirilmesinin (patient involvement) hastalık ve tedavi yönetimindeki rolleri ile entegre edilmiş bakım (integrated care) bu başlık kapsamında dikkat çeken ve sıkça yer verilen bildiri konuları arasında ele alınmıştır. Özellikle kronik hastalıkların ve yaşlanmanın artış gösterdiği ülkelerde sağlık hizmetlerinin daha az maliyetle, daha yüksek etkinlikle, hastalara daha yüksek yaşam kalitesi sunulabilecek şekilde organize edilmesi, hastalığı ve tedaviyi yönetebilme mekanizmalarının başarısına bağlı olmaktadır.

Çalışmanın bir diğer bulgusuna göre, sağlık kuruluşlarında insan kaynakları, EHMA'da en fazla tartışılan konular arasında yer almaktadır. Bu belirtilen iki konu da, Türkiye'de sağlık yönetiminin ve sağlık sistemlerinin çözüm aranan önemli sorun alanları arasında yer almaktadır. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti üretiminin ve sağlık sisteminin en önemli üretim faktörleri arasındadır. Bu çalışanların işe yerleştirilmesi, ücretleri, işte terfi edilmeleri, eğitim ve geliştirme uygulamaları, iş yükü dağılımlarının belirlenmesi gibi faaliyetler, örgütsel başarıda önemli olmaktadır. Bunun gibi faaliyetler, aynı zamanda sağlık kuruluşlarının önemli insan kaynakları sorunları arasında yer almaktadır. EHMA bildirilerinde de bu ve benzeri insan kaynakları sorunları tartışılmıştır.

Çalışma bulgularından hareketle, sağlık kuruluşlarında örgütsel davranış konularına da önemli ölçüde yer verildiği görülmektedir. Sağlık kuruluşları çok sayıda ve farklı eğitim geçmişine sahip çalışanın bir arada ve ekip halinde çalıştığı kuruluşlardır. Emek ve teknoloji yoğun özellikler gösteren sağlık kuruluşlarında çalışan personel, sağlık hizmetlerinin doğası gereği genellikle stresli, karmaşık ve yoğun bir örgütsel ortamda görev yapmaktadır. Dolayısıyla böyle bir ortamda insan kaynağının algıları, tutumları, davranışları ve geçmiş deneyimleri bir araya gelerek insanlar arasında çeşitli etkileşimler ortaya çıkmaktadır. Örgütsel davranış, karmaşık bir örgütsel ortamda sağlık çalışanlarının (bireylerin ve grupların) etkileşim ve dinamiklerini analiz etmeye odaklanmaktadır. İnsanın örgütsel psikolojisini ve etkileşimlerini doğru anlamlandırabilme, sağlık hizmetleri sunumunun başarısını etkileyebilmektedir. Örneğin bir sağlık çalışanı iş tatminsizliği yaşıyorsa veya düşük performans



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

gösteriyorsa, bu durum belirlenerek bu çalışmanın örgütüne yönelik algısını iyileştirmeye ve kişisel iş performansını pozitif anlamda artırmaya yönelik çözümler geliştirilebilir. Bu sebeple, EHMA konferanslarında da araştırmacılar ve akademisyenler, çeşitli uluslararası sağlık kuruluşlarında yürüttükleri örgütsel çalışmalarını sunarak, bu kuruluşlardaki örgütsel ortam ve beşeri kaynaklı sorunlara dikkat çekmişlerdir.

Son olarak, bu çalışmada son beş yılda EHMA konferanslarında en az sunum yapılan bildiri konularının ilaç politikaları, tıbbi cihaz sektörü ve sağlık turizmi olduğu belirlenmiştir. Bu başlıklar, her biri kendi içinde ve sağlık sistemi bütününde oldukça önemli konu başlıklarıdır. Son beş yılda sunulan bildirimler kapsamında geniş yer verilmemekle birlikte, daha sonraki yıllarda bu alanlarda sunulan bildiri sayısı artırılabilir. Bu konuda yürütülen çalışma sayısının niceliksel azlığı, Türkiye örneği üzerinden açıklanabilir. İlaç sektörü, tıbbi cihaz sektörü ve sağlık turizmine yönelik makro ölçekli veri bulmak, Türkiye’de araştırmacılar için düşünüldüğünde zorlayıcı olabilmektedir. Makro ölçekli veri toplama süreci ise hem yüksek bütçeler gerektirmektedir hem de araştırmaların yürütülmesi uzun zaman alabilmektedir. Dolayısıyla, bu konuda Sağlık Bakanlığı’nın ulusal veri tabanları oluşturması ve bu verileri mümkün olduğu ölçüde araştırmacılar ile paylaşması önerilebilir. Böylece, uluslararası sağlık yönetimi uygulamalarının tartışıldığı bir uluslararası platformda, Türkiye’nin önemli ilerlemeler kaydettiği ilaç ve tıbbi cihaz sektörü ile sağlık turizmi alanlarında mevcut durumu ve bilimsel araştırmaları tartışılabilir.

Bu çalışma tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olup, EHMA konferanslarının yalnızca son beş yıldaki görünümünü ortaya koymayı amaçlamıştır. Sağlık yönetiminde uluslararası alanda en önemli kongrelerden biri olan EHMA’da tartışılan konuları bilmenin ulusal sağlık yönetimi alanyazınına ve sağlık politikaları uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Güncel uluslararası sağlık yönetimi alanyazınında tartışılan konuların ulusal sağlık sistemindeki karşılığı ve uygulama alanının belirlenebilmesi, birçok sağlık sistemi sorununun önlenmesi ve giderilmesine katkı sağlayabilir. Yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık tezlerinde konu arayışında olan öğrenciler, sağlık yönetimi alanında çalışan araştırmacılar ve akademisyenler, bu konferans bildirimleri aracılığıyla ulusal ve uluslararası akademik bilgi birikimlerini arttırabilirler. EHMA bildirimleri aracılığıyla, araştırmacılar güncel sağlık gündemi ile akademik bilgi birikimlerini harmanlayabilirler.

### KAYNAKÇA

- Çimen, M. (2010). Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetim Eğitimi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(3), 136-139.
- EHMA. (2014). Leadership in Healthcare: From Bedside to Board. EHMA Annual Conference Abstract Book 2014. 24-26 June, Birmingham University, England.
- EHMA. (2015). Evidence-Based Management: Better Decisions, Better Healthcare. EHMA Annual Conference Abstract Book 2015. 15-17 June, Amrâth Hotel Brabant, Breda, the Netherlands.
- EHMA. (2016). New Models Of Care, Reinventing Healthcare: Why, What, How. EHMA Annual Conference Abstract Book 2016. 14-16 June, Porto, Portugal.
- EHMA. (2017). Health Futures. EHMA Annual Conference Abstract Book 2017. 13-15 June, Milan, Italy.
- EHMA. (2018). Making it Happen. EHMA Annual Conference Abstract Book 2018. 20-22 June, Semmelweis University, Budapest, Hungary.
- EHMA. (2019). About. <https://ehma.org/about/> (Erişim: 26.06.2019).



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (3. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- McDaniel, R. R., & Driebe, D. J. (2001). Complexity Science and Health Care Management. *Advances in Health Care Management*, 11-36, doi: 10.1016/S1474-8231(01)02021-3
- Shewchuk, R. M., O'Connor, S. J., & Fine, D. J. (2005). Building an Understanding of the Competencies Needed for Health Administration Practice. *Journal of Healthcare Management*, 50(1), 32-47.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi (7. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Thompson, J.M., Buchbinder, S.B., & Shanks, N.H. (2012). An Overview of Health Care Management, pp. 1-13, In Buchbinder, S.B. & Shanks, N.H. (Eds.) *Introduction to Health Care Management*. 2nd Edition, United Kingdom: Jones & Bartlett Publishers.

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YAŞANAN ETİK DIŞI DAVRANIŞLARI ALGILAMA DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

**INVESTIGATION OF THE PERCEPTION LEVELS OF UNETHICAL BEHAVIORS OF HEALTH SCIENCES STUDENTS IN HEALTH SECTOR**

**Prof. Dr. Sezer KORKMAZ**

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü

[sezerk@gazi.edu.tr](mailto:sezerk@gazi.edu.tr)

[orcid.org/0000-0001-9393-5136](http://orcid.org/0000-0001-9393-5136)

**Nezafet UZUNSES**

Gazi Üniversitesi, İİBF, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü

[nezafet.uzuneses@gmail.com](mailto:nezafet.uzuneses@gmail.com)

[orcid.org/0000-0002-4845-2124](http://orcid.org/0000-0002-4845-2124)

Makale gönderim-kabul tarihi (05.07.2019-28.08.2019)

**Özet**

Sağlık alanında yaşanan etik sorunların algılanma düzeylerinin belirlenmesi amacıyla genel tarama modeli ile yürütülen bu çalışmanın evrenini Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde yer alan Hemşirelik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon (FTR) Bölümlerinde öğrenim gören toplam 1648 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada içerisinde evren örnekleme yöntemiyle belirlenen ve yansız seçilen 446 anket uygulaması yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ankette Kurt vd. (2015) tarafından geliştirilmiş olan “**Sağlık Alanında Etik Sorunlara Yaklaşım**” ölçeği yararlanılmıştır. Verilerin analizinde; aritmetik ortalama, standart sapma gibi betimsel analiz teknikleri; iki değişkenin karşılaştırılmasında t-testi, üç ve daha fazla değişkenlerin karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testinden yararlanılmıştır. Araştırma sonucunda katılımcılar, “hastanın kişiliğine ve mahremiyetine saygı gösterilmemesi”, “sağlık çalışanlarının tedavi sorumluluğunu aksatması” ve “zayıfların/güçsüzlerin sağlık hizmetleri ile ilgili haklarının korunmaması” gibi konularda etiksel olarak daha fazla sorun olduğunu belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra katılımcıların etik sorunlara ilişkin görüşlerinin cinsiyet, bölüm, sınıf düzeyi ile etiksel sorunlara ilişkin bilgi düzeyi değişkenleri açısından anlamlı olarak farklılaştığı bulgusu elde edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Etik, İşletme Etiği, Sağlık Etiği.

**Abstract**

The population of this study which aimed to determine the ethical problems experienced in the field of health and perceived levels related to these problems through survey method consists of 1648 students studying at the Nursing and Physiotherapy and Rehabilitation (FTR) Departments of the Faculty of Health Sciences of Gazi University, and the sample group consisted of 446 students selected from the population through random sampling. The “Approach to Ethical Problems in Health Field” scale developed by Kurt et al. (2015) were employed to answer the research problems. In the analysis of the data, descriptive analysis

techniques such as arithmetic mean, standard deviation; t-test to compare two variables, and one-way analysis of variance (ANOVA) to compare three or more variables were used. As a result of the research, students stated that there were more ethical problems in terms of “not respecting the personality and privacy of the patient”, “disrupting the responsibility of treatment of health workers” and “not protecting the rights of the powerless people regarding health services”. However, it was found that students’ views on ethical problems differed significantly in terms of gender, department, class level and knowledge level of ethical problems variables.

**Key Words:** Ethics, Business Ethics, Health Ethics.

## GİRİŞ

Günümüzde ekonomik, siyasi, sosyal ve teknolojik alanlarda meydana gelen gelişmelerle birlikte tüm anlayış ve kavramlarda değişiklikler yaşanmış ve bu değişimler günümüz iş hayatını da etkisi altına almıştır. Bu doğrultuda iş etiği kavramının çalışma hayatında her geçen gün daha sık kullanılmaya başlandığı ve ayrı bir çalışma alanı haline gelerek bu konuda bilinçlenmenin arttığı görülmektedir. İş hayatında son yıllarda etik olmayan davranış ve kararların fazlalaşmasının yanı sıra yasal düzenlemelerin de yetersiz kalmasından dolayı iş etiği kavramı önem kazanmıştır. Bundan dolayı, iş etiği üzerinde hassasla durulması gereken bir konudur. İş etiği, etiğin bir alt kümesi olarak iş dünyasındaki etik sorunları inceleyen; çalışma hayatı içerisinde yer alan insan davranışlarını iyi-kötü ya da doğru-yanlış olarak değerlendirmeye çalışan; çalışma hayatındaki ilişkileri düzenleme, güven oluşturma, dürüstlük, saygı, eşitlik gibi değerlerin sağlanmasını amaç edinen bir kavramdır. Konunun önemi ve gerekliliğinin bir sonucu olarak iş etiği kurallarına uygun olarak faaliyet gösteren kurum ve işletmeler, toplum tarafından saygı görmekte ve böylelikle hem işletmenin/kurumun değeri artmakta hem de topluma çeşitli değerler kazandırılmaktadır. Etik kavramı her alanda önemli olmakla birlikte sağlık alanındaki önemi yadsınamaz derecede büyüktür. Bundan dolayı bu çalışmada iş etiği konusu içerisinde yer alan etik dışı davranışlarını belirlemek için Gazi Üniversitesi Hemşirelik ve Fizik Tedavi Rehabilitasyon (FTR) öğrencileri temel alınarak etik dışı davranışların öğrenciler tarafından ne düzeyde algılandığı belirlenmeye çalışılmıştır. İleriki meslek yaşamlarında sağlık hizmetlerinin üretimini ve sunumunu yapacak olan sağlık personeli aday öğrencilerin sağlık sektöründe iş etiği ile ilgili sorunlara yönelik algılarının araştırılması ile alanyazına katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

## Etik Kavramı

Yunanca Ethos kelimesinden gelen ve içeriğinde birçok anlamı barındıran etik sözcüğü (Atayman,2011) “ödev, yükümlülük, sorumluluk, erdem gibi kavramları analiz eden, doğruluk veya yanlışlıkla; iyi ve kötüyle ilgili ahlaki yargıları ele alan, ahlaki eylemin yapısını araştıran, iyi bir hayatın nasıl olması gerektiğini açıklamaya çalışan felsefenin bir dalı” (Durak, 2009) olarak tanımlanmaktadır. Etik genel bir tanımlamayla insan hareketlerini belirleyen sosyal kurallar dizisidir (Müezzinoğlu,2003). Etik; din, dil, ırk, her türlü inanç, cinsiyet farklılığı, coğrafi ayırım gözetmeden çok kültürlü bir yapının korunması ve kültürel zenginliğin geliştirilmesinin ön koşulu olarak görülmektedir (Büker vd., 2005).

İşletme etiği ise işletmelerde etik davranışın uygulanmasını; dürüst olmak, başkalarına zarar vermemek, adil bir şekilde rekabet etmek gibi kuralları uygulama anlamına gelmektedir (Aksoy vd., 2017). Bununla birlikte işletme etiği, iş hayatında ortaya çıkan ahlaki sorunları çözmek ya da en azından açıklığa kavuşturmak için genel ahlaki ilkelerin ticari faaliyetlerde uygulanmasını düzenlemektedir. Bu esnada ahlak felsefesi devreye girmekte ve insanların doğru ve yanlış olana





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

karar vermek için kullandıkları ilke veya kurallara atıf yapılmaktadır. Örneğin, bir üretim müdürü, çalışanların üretmekte oldukları ürün hakkında olabildiğince fazla bilgi sahibi olmalarına olanak sağlayan yönetim sistemini benimsemelidir (Meydan vd.,2016).

Collins (2009)'e göre yönetim ve çalışan arasındaki güven kültürü, etik organizasyon ile daha rekabetçi ortamlar sunmaktadır. Etik, tüm yönetim kadrosunu ve çalışanları daha yüksek bir memnuniyet düzeyine ve sadakat duygusuna yönlendirir. Bu durum, işletmenin maksimum performansla çalışması anlamına gelir. Freeman ve Stewart (2006) 'ın belirttiği gibi, etik kurumsal organizasyonları yüksek kaliteli çalışanları cezbeder. Rakipsel düzeyde düşünüldüğünde ise etik kurallar pazar rekabetinde pozitif değer yaratır. Görüldüğü üzere etik kavramı iş alanında kalitenin, performansın, güvenin artmasına ve daha rekabetçi ve adil bir çalışma ortamının olmasına olanak sağlamaktadır.

### Sağlık Hizmetlerinde Etik

Sağlıkta etik denilince ilk akla gelen deontoloji kavramıdır. Deontoloji, doğasında öyle olan “mutlak doğru” ya da “mutlak yanlış” kabul edilen davranışlardır. Ahlak, prensip ya da kurallar anlamına gelmektedir. “Deonto” eski Yunanda “yapılması gereken şeyler” demektir. (Şahin, 2005).

Görev ve sorumluluğun tıp için ifade ettiği anlamın önemli olduğunun altını çizmek gereklidir. Tıbbın sorumluluk alanı ilk öncelikle insan hayatını korumaktır. Bu hayatın korunmasında rol alan tüm sağlık personeli aynı amaca hizmet etmekle yükümlüdürler. Bu sadece deontolojiyi ilgilendiren bir konu değildir. Tıbbın etik ilkeleri de aynı ortak noktada birleşmektedirler.

Tıp deontolojisinin belirlenmesinde ilk yol göstericilerden bir tanesi Tıp Yemini (Andı)'dır. Hipokrates'e atfedilen orijinal yemin metninin günümüzde pek çok değişik biçimleri ortaya çıkmışsa da önemli olan tıp sanatı uygulamasının bir yemin metni çerçevesinde koruma altına alınmış olmasıdır. Tıp yemininin ifade etmesi ve vurgulaması gereken özellikler Dünya Tıp Birliğinin 1948 Cenevre Bildirgesiyle de bir kez daha net bir şekilde ortaya konmuştur (Üstün, 2003).

### Sağlık Hizmetlerinde Etik Sorunlar

Uygulamalı etiğin sınırsız alanları içinde yer alan etiksel olay ve problemler çeşitli araştırmalara, özellikle de son zamanlarda sıkça konu olmaya başlamıştır. Mesleki etiğin giderek daha fazla tartışıldığı ve özellikle tıp etiğinin üzerinde çalışmalar olduğu bilinmektedir. Tıbbi etik sorun kümeleri irdelenirken önemli olan iki kavram, hak ve sorumluluklardır. (Çobanoğlu, 2001). Tıp biliminde etik ile hukuk arasında belirgin bir ilişki olduğunu kabul edilmekle birlikte, insan yaşamının geliştirilmesi ve insan olmanın önde gelen bir kavram olduğunun tıp uygulayıcıları tarafından benimsenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda etik ve hukuk alanı uzmanlarının tıbbin mesleki pratik yaşamının kolaylaştırılmasına yardımcı olmak adına görüşlerini açıklamalarının önemi büyüktür. (Üstün, 2003).

Tıbbın içinde bulunduğu dönem, teknolojik açıdan büyük gelişmelere sahne olmakla beraber, pek çok etik ve hukuk ikileminin hazır beklediğini söylemek hiç de yanlış değildir. Genetik çalışmalar, insan klonlama, ötanazi, yoğun bakım hastalarına tıbbi yaklaşımdaki sıkıntılar, hekim ve hemşire gruplarının mesleki doyum ve hasta ile olan iletişimindeki zorluklar, tıp mesleğinin çalışma koşulları ve tıbbin ana hedefi, klasik tüp bebek yöntemi ve doğacak çocuğun cinsiyet seçiminin



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

yapılması, hastaların haklarını duyurma çabaları, organ transplantasyon, kürtaj, kriminalistik çalışmalarda örnek alınması, insan üzerinde deneylerin hakkındaki tutum gibi bir çok konuda etik sorunlar gündeme gelmektedir (Üstün, 2003).

Sağlık personelinin, etik sorunları önleyebilmesi veya engelleyebilmesi için verilebilecek öneriler ise aşağıdaki şekilde verilmiştir;

Hastanelerde etik komitelerin kurulması, hekim - hasta ilişkisinde hastalara haklarının ve sorumluluklarının anlatılması, hastaneye yeni bir birim açılması kriteri olarak yalnızca maddi getiri kriterinin dikkate alınmaması, hastanın değerlerine saygı gösterilmesi, hastaneye özgü etik kodların yazılı hale getirilmesi, etik ihlallerinde cezaların caydırıcı olması, hastanede Toplam Kalite Yönetiminin uygulanması, sağlık profesyonellerinin eğitiminde etik konusuna yeterince yer verilmesi, hastalara ait bilgilerin gizliliğinin korunması, hasta mahremiyetinin saklanmasıdır (Şahin, 2005).

Tıbbın, bir yandan zarar vermemek öte yandan gerekirse zarar verebilmek şeklinde geniş ve esnek bir yaklaşım tarzı olmamalıdır. İnsanın sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürmesi adına yapılan işlemler ve çalışmalar insan için zararlı bir şekilde dönüştürülmemelidir. Evrensel tıbbın açmazları tıbbın adaletsizliğini simgelememeli, aksine bunlar etik açıdan açıklığa kavuşturulması gereken konular olarak kabul edilmelidir (Üstün, 2003). Bu bağlamda sağlık çalışanlarının karşılaştıkları etik çelişkiler ve çatışmaları fark etmeleri ve bunların çözüme yönelik çaba göstermeleri oldukça önemlidir. Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmanın amacı Hemşirelik ve FTR öğrencilerinin sağlık alanında yaşanan etik sorunlara yaklaşımlarının incelenmesidir. Günümüzde sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan bireylerin etik sorunlara yaklaşımları hizmetten yararlananların memnuniyetini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Ayrıca sağlık sektöründe görev yapacak olan bireylerin bu alanda yaşanan etik sorunlara yaklaşımlarının belirlenmesi ileride yapılacak düzenlemeler açısından önemli görülmektedir. Günümüzde sağlık hizmeti veren kurumlar, tıbbi teknoloji ve fiziksel imkanlar için sarf ettikleri gayret ve ekonomik kaynaklara ilave olarak sağlık personelinin, etik davranışlar, hasta-sağlık personeli iletişimi, hasta hakları, etik kurulların kurulması ve işlerlik kazandırılması yönünde yapacakları düzenlemelerle, hizmetten yararlanan personel ve ailelerinin memnuniyetlerine büyük katkı sağlayabileceklerdir. Bundan dolayı çalışma sonucunda elde edilen bulgularda alan yazına katkı sağlanacağı öngörülmektedir.

### YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, örnekleme, veri toplama aracı ve verilerin analizine ilişkin bilgiler sunulmaktadır.

#### Araştırmanın Modeli

Araştırma nicel araştırma yöntemi içerisinde yer alan tarama modeli ile gerçekleştirilmiştir. Tarama modellerinde geçmişte ya da şu an var olan bir durum mevcut koşulları içerisinde her hangi bir değiştirme ya da etkileme çabası olmaksızın araştırılmaya çalışılmaktadır (Sönmez ve Alacapınar, 2013: 46). Bu çalışmada da öğrencilerin sağlık alanında yaşanan etik sorunlara ilişkin görüşleri var olan durumuyla incelenmektedir.

## Evren Ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2018 – 2019 eğitim öğretim yılında Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon (FTR) programlarında öğrenim gören 1648 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise belirtilen evrenden yansız olarak seçilen ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 446 öğrenci oluşturmaktadır.

## Veri Toplama Aracı

Araştırmanın problemlerine cevap bulmak amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulan ve katılımcıların demografik özellikleriyle ilgili verilerin toplanmasını amaçlayan kişisel bilgi formu ile Kurt ve diğerleri (2015) tarafından geliştirilen “Sağlık Alanında Etik Sorunlara Yaklaşım” ölçeği kullanılmıştır.

“Sağlık alanında Etik sorunlara Yaklaşım” ölçeği Likert tipi beşli derecelendirme ölçeği ile cevaplanmaktadır. Ölçek “Tıp Etiğinin Temel İlkelerine İlişkin Algı Düzeyi”, “Tıp Etiğinde Değer ve Standartlara Yönelik Algı Düzeyi” ve “Kurallar ve Yazılı Etik Kodlara Yönelik Algı Düzeyi” olmak üzere üç alt boyuttan ve 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanın düşük olması öğrencilerin sağlık alanında yaşanan etik sorunlara yaklaşım düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Yapılan tez çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .84 olarak hesaplanmıştır.

## Verilerin Analizi

Elde edilen veriler belirli bir sıraya konularak bilgisayar ortamına aktarılmış ve SPSS 22.0 veri analizi programı kullanılarak analiz edilmiştir. “Sağlık Alanında Yaşanan Sorunlara Yaklaşım” ölçeğine ilişkin alt boyutların her biri için betimsel analizler yapılmış, aritmetik ortalama ve standart sapmaları, frekans (f) dağılımı ve yüzde (%) oranları özetlenmiştir. Cinsiyet gibi iki alt kategorili bağımsız değişken için bağımsız t-testi uygulanmıştır. Üç ve daha fazla alt kategorisi olan değişken verilerinin analizinde ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testinden yararlanılmıştır. ANOVA sonucunda anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla hangi post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene’s testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi sınanmış, varyansların homojen olduğu saptanmıştır [ $p > .05$ ]. Bunun üzerine varyansların homojen olduğu durumlarda kullanılan Tukey çoklu karşılaştırma testi tercih edilmiştir. Verilerin analizinde  $p < .05$  anlamlılık düzeyi dikkate alınmıştır. Elde edilen bulgular tablolar halinde verilerek yorumlanmıştır.

## BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma kapsamında elde edilen bulgular sınıflandırılarak tablolar halinde sunulmuştur.

### Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların demografik özellikler incelendiğinde, öğrencilerden %83.2’sinin kadın, %16.8’inin ise erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların öğrenim gördükleri sınıflara göre dağılımı incelendiğinde %44.6’sı 3. sınıf, %37.7’si 2. sınıf, %11.2’si 4. sınıf ve %6.5’i 1. sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin %50.9’u Hemşirelik, %49.1’i ise FTR programlarında öğrenim görmektedir.

130

Katılımcılar mezun oldukları lise türüne göre %87'si Anadolu Lisesi, %9.6'sı Genel Lise ve %3.4'ü teknik lise mezunudur. Katılımcılar yaşlarına göre %57.4'ü 21-25 yaş, %40.1'i 17-20 yaş, %2.2'si 26-30 yaş ve %0.2'si 2 31-35 yaş aralığındadır.

Bununla birlikte katılımcıların %80'i sağlık alanında yaşanan etik sorunlarla ilgili bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğunu, %12.1'i sağlık alanında yaşanan etik sorunlarla ilgili bilgi düzeylerinin iyi olduğunu ve %7.8'i sağlık alanında yaşanan etik sorunlarla ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %76.2'si sağlık alanında yaşanan etik konularda bilgisinin olduğunu, %23.8'i ise sağlık alanında etik konularda bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %66.4'ü aldıkları eğitimle etik problemleri uygun şekilde çözeceklerini, %33.6'sı ise aldıkları eğitimle etik problemleri uygun şekilde çözemeyeceklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %52'si etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendilerini yeterli görmediklerini, %48'i ise etik problemleri fark etmek ve bunları çözmek için kendilerini yeterli gördüklerini belirtmiştir.

### Katılımcıların Sağlık Alanında Etik Sorunlara Yaklaşımına İlişkin Betimsel Bulgular

Katılımcıların sağlık alanında etik sorunlara yaklaşım ölçeği maddelerine vermiş oldukları yanıtların aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Katılımcıların Sağlık Alanında Yaşanan Etik Sorunlara Yaklaşım Düzeylerine İlişkin Puanların Betimsel Analizleri

Maddeler	N	Ort.	Std. Sapma
Hastanın yapılacak müdahalelere ilişkin rızasının (aydınlatılmış onamının) alınmaması	446	4.59	.70
Hastaya gerçeğin söylenmemesi	446	4.28	.90
Hastanın kişiliğine ve mahremiyetine saygı gösterilmemesi	446	4.68	.67
Hastanın durumu ve kişiye özel diğer tüm bilgilerin sır olarak saklanmaması	446	4.41	.80
Tedavi önceliğinde tıbbi gerekliliklere riayet edilmemesi	446	4.37	.83
Sağlık çalışanlarının tedavi sorumluluğunu aksatması	446	4.59	.74
Zayıfların/güçsüzlerin sağlık hizmetleri ile ilgili haklarının korunmaması	446	4.55	.71
Amirlerin ya da tanıdıkların hastayla ilgili özel istekler	446	3.39	1.33
Ürün tanıtıcılarının kendi ürünleriyle ilgili özel istekleri	446	2.91	1.41

Hastayı görmeden ilaç yazılması yönündeki istekler	446	3.74	1.48
Tıbbi olmayan nedenlerle rapor/istirahat isteği	446	3.28	1.36
Mesleki eğitim sırasında tıp etiği kurallarının yeterince öğrenilememesi veya içselleştirilememesi	446	4.26	.96
Sağlık personelinin uyması gereken yazılı etik kurallarının yetersiz olması	446	4.22	.93
Değişken N (listwise)	446		

Katılımcıların sağlık alanında yaşanan etik sorunlara yönelik ifadelerle belirttikleri görüşlerin ortalamalarına bakıldığında katılımcıların en yüksek ortalama düzeyinin “Hastanın kişiliğine ve mahremiyetine saygı gösterilmemesi”, “Sağlık çalışanlarının tedavi sorumluluğunu aksatması” ve “Zayıfların/güçsüzlerin sağlık hizmetleri ile ilgili haklarının korunmaması” maddelerinde olduğu görülmektedir. En az katılım gösterdikleri görüşler ise “Amirlerin ya da tanıdıkların hastayla ilgili özel istekler”, “Ürün tanıtıcılarının kendi ürünleriyle ilgili özel istekleri” ve “Tıbbi olmayan nedenlerle rapor/istirahat isteği” maddelerindedir.

### Katılımcıların Sağlık Alanında Yaşanan Etik Sorunlara İlişkin Görüşlerinin Sınıf Değişkenine Göre Analiz Bulguları

Katılımcıların sağlık alanında yaşanan etik sorunlara ilişkin görüşlerinin sınıf değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ANOVA testi sonuçları Tablo 2’te yer almaktadır.

**Tablo 2.** Katılımcıların Sağlık Alanında Yaşanan Etik Sorunlara İlişkin Görüşlerinin Sınıf Değişkenine Göre Farklılık Analizi

Maddeler	N	Ort.	Std. Sapma	F	p	
Hastanın yapılacak müdahalelere ilişkin rızasının (aydınlatılmış onamının) alınmaması	1. Sınıf	29	4.79	.41	1.80	0.14
	2.Sınıf	168	4.63	.56		
	3.Sınıf	199	4.51	.82		
	4.Sınıf	50	4.62	.72		
	Toplam	446	4.59	.70		
Hastaya gerçeğin söylenmemesi	1. Sınıf	29	4.31	.96	0.49	0.685
	2.Sınıf	168	4.31	.81		
	3.Sınıf	199	4.28	.96		
	4.Sınıf	50	4.14	.92		
	Toplam	446	4.28	.90		
Hastanın kişiliğine ve mahremiyetine saygı gösterilmemesi	1. Sınıf	29	4.82	.46	2.97	0.06
	2.Sınıf	168	4.75	.53		
	3.Sınıf	199	4.58	.81		
	4.Sınıf	50	4.78	.50		
	Toplam	446	4.71	.57		

	Toplam	446	4.68	.67		
Hastanın durumu ve kişiye özel diğer tüm bilgilerin sır olarak saklanmaması	1. Sınıf	29	4.58	.77	2.80	0.06
	2.Sınıf	168	4.48	.65		
	3.Sınıf	199	4.29	.93		
	4.Sınıf	50	4.54	.67		
	Toplam	446	4.41	.80		
Tedavi önceliğinde tıbbi gerekliliklere riayet edilmemesi	1. Sınıf**	29	4.65	.61	6.00	0.00
	2.Sınıf**	168	4.49	.64		
	3.Sınıf*	199	4.19	.98		
	4.Sınıf	50	4.52	.67		
	Toplam	446	4.37	.83		
Sağlık çalışanlarının tedavi sorumluluğunu aksatması	1. Sınıf	29	4.79	.41	2.00	0.11
	2.Sınıf	168	4.66	.58		
	3.Sınıf	199	4.52	.88		
	4.Sınıf	50	4.50	.78		
	Toplam	446	4.59	.74		
Zayıfların/güçsüzlerin sağlık hizmetleri ile ilgili haklarının korunmaması	1. Sınıf	29	4.75	.51	1.96	0.11
	2.Sınıf	168	4.61	.56		
	3.Sınıf	199	4.47	.83		
	4.Sınıf	50	4.56	.70		
	Toplam	446	4.55	.71		
Amirlerin ya da tanıdıkların hastayla ilgili özel istekler	1. Sınıf	29	3.79	1.20	3.14	0.07
	2.Sınıf	168	3.16	1.35		
	3.Sınıf	199	3.48	1.30		
	4.Sınıf	50	3.54	1.35		
	Toplam	446	3.39	1.33		
Ürün tanıtıcılarının kendi ürünleriyle ilgili özel istekleri	1. Sınıf	29	3.10	1.23	2.57	0.05
	2.Sınıf	168	2.68	1.45		
	3.Sınıf	199	3.02	1.38		
	4.Sınıf	50	3.16	1.47		
	Toplam	446	2.91	1.41		
Hastayı görmeden ilaç yazılması yönündeki istekler	1. Sınıf	29	4.24	1.02	1.58	0.19
	2.Sınıf	168	3.61	1.56		
	3.Sınıf	199	3.78	1.47		
	4.Sınıf	50	3.74	1.45		
	Toplam	446	3.74	1.48		
Tıbbi olmayan nedenlerle rapor/istirahat isteği	1. Sınıf**	29	3.79	1.34	3.37	0.01
	2.Sınıf*	168	3.07	1.38		
	3.Sınıf	199	3.30	1.30		
	4.Sınıf	50	3.56	1.44		
	Toplam	446	3.28	1.36		
Mesleki eğitim sırasında tıp etiği kurallarının yeterince öğrenilememesi veya içselleştirilememesi	1. Sınıf**	29	4.65	.55	4.22	0.00
	2.Sınıf	168	4.33	.83		
	3.Sınıf*	199	4.11	1.14		
	4.Sınıf	50	4.44	.61		
	Toplam	446	4.26	.96		

Sağlık personelinin uyması gereken yazılı etik kurallarının yetersiz olması	1. Sınıf	29	4.41	.77	1.13	0.33
	2.Sınıf	168	4.24	.90		
	3.Sınıf	199	4.14	1.01		
	4.Sınıf	50	4.34	.79		
	Toplam	446	4.22	.93		

Katılımcıların sağlık alanında yaşanan etik sorunlara ilişkin görüşleri sınıf değişkeni açısından incelendiğinde ise üç maddede anlamlı farklar olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). İlgili maddelerde farklılığın hangi gruplar lehine olduğunu belirlemek amacıyla gerçekleştirilen post-hoc (Tukey testi) analizi sonucunda birinci sınıf ve ikinci sınıfta öğrenim gören katılımcıların “*tedavi önceliğinde tıbbi gerekliliklere riayet edilmemesi*” görüşüne katılım düzeylerinin, üçüncü sınıf öğrencilerine göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bu durumda öğrencilerin yaşadıkları deneyime bağlı olarak tedavi önceliği ile etik davranılmasına ilişkin görüşlerinin değiştiği ve olumsuz etkilendiği söylenebilir. Ayrıca birinci sınıf öğrencilerinin “*tıbbi olmayan nedenlerle rapor/istirahat isteği*” görüşüne katılım düzeylerinin ikinci sınıf öğrencilerine göre daha yüksek düzeyde olduğu bulgusu elde edilmiştir. Ayrıca, birinci sınıf öğrencilerinin “*mesleki eğitim sırasında tıp etiği kurallarının yeterince öğrenilememesi veya içselleştirilememesi*” görüşüne katılım düzeylerinin üçüncü sınıf öğrencilerine göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda öğrencilerin okulda aldıkları eğitim sürecinde geçirdikleri deneyimlerin etik sorunlara ilişkin görüşlerini etkilediği söylenebilir.

### Katılımcıların Sağlık alanında Yaşanan Etik Sorunlara İlişkin Görüşlerinin Bölüm Değişkenine Göre Analiz Bulguları

Katılımcıların sağlık alanında yaşanan etik sorunlara ilişkin görüşlerinin bölüm değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen t testi sonuçları Tablo 3'te sunulmuştur.

**Tablo 3.** Katılımcıların Sağlık Alanında Yaşanan Etik Sorunlara İlişkin Görüşlerinin Bölüm Değişkenine Göre Farklılık Analizi

		N	Ort.	Std. Sapma	T	p
Hastanın yapılacak müdahalelere ilişkin rızasının (aydınlatılmış onamının) alınmaması	Hemşire	227	4.55	.76	1.58	0.20
	FTR	219	4.60	.64		
	Toplam	446	4.59	.70		
Hastaya gerçeğin söylenmemesi	Hemşire*	227	4.16	.99	4.60	0.01
	FTR**	219	4.38	.79		
	Toplam	446	4.28	.90		
Hastanın kişiliğine ve mahremiyetine saygı gösterilmemesi	Hemşire*	227	4.59	.78	4.93	0.00
	FTR**	219	4.75	.52		
	Toplam	446	4.68	.67		
Hastanın durumu ve kişiye özel diğer tüm bilgilerin sır olarak saklanmaması	Hemşire*	227	4.28	.89	8.55	0.00
	FTR**	219	4.50	.69		
	Toplam	446	4.41	.80		

Tedavi önceliğinde tıbbi gerekliliklere riayet edilmemesi	Hemşire	227	4.30	.90	<b>3.82</b>	<b>0.02</b>
	FTR	219	4.40	.76		
	Toplam	446	4.37	.83		
Sağlık çalışanlarının tedavi sorumluluğunu aksatması	Hemşire	227	4.58	.80	1.75	0.17
	FTR	219	4.57	.70		
	Toplam	446	4.59	.74		
Zayıfların/güçsüzlerin sağlık hizmetleri ile ilgili haklarının korunmaması	Hemşire	227	4.52	.78	1.85	0.15
	FTR	219	4.56	.63		
	Toplam	446	4.55	.71		
Amirlerin ya da tanıdıkların hastayla ilgili özel istekler	Hemşire	227	3.43	1.29	0.31	0.72
	FTR	219	3.33	1.37		
	Toplam	446	3.39	1.33		
Ürün tanıtıcılarının kendi ürünleriyle ilgili özel istekleri	Hemşire	227	2.97	1.37	0.45	0.63
	FTR	219	2.84	1.47		
	Toplam	446	2.91	1.41		
Hastayı görmeden ilaç yazılması yönündeki istekler	Hemşire**	227	3.89	1.39	<b>4.35</b>	<b>0.01</b>
	FTR*	219	3.53	1.58		
	Toplam	446	3.74	1.48		
Tıbbi olmayan nedenlerle rapor/istirahat isteği	Hemşire	227	3.31	1.29	1.08	0.33
	FTR	219	3.20	1.43		
	Toplam	446	3.28	1.36		
Mesleki eğitim sırasında tıp etiği kurallarının yeterince öğrenilememesi veya içselleştirilememesi	Hemşire*	227	4.20	1.02	<b>3.10</b>	<b>0.04</b>
	FTR	219	4.29	.90		
	Toplam	446	4.26	.96		
Sağlık personelinin uyması gereken yazılı etik kurallarının yetersiz olması	Hemşire	227	4.29	.89	2.85	0.05
	FTR	219	4.11	.99		
	Toplam	446	4.22	.93		

Bulgulara göre, FTR bölümünde öğrenim gören öğrencilerin “*hastaya gerçeğin söylenmemesi*” ve “*hastanın kişiliğine ve mahremiyetine saygı gösterilmemesi*” görüşlerine katılım düzeylerinin Hemşirelik bölümü öğrencilerine göre daha yüksek düzeyde olduğu; FTR bölümünde öğrenim gören öğrencilerin “*hastanın durumu ve kişiye özel diğer tüm bilgilerin sır olarak saklanmaması*” görüşlerine katılım düzeylerinin Hemşirelik bölümü öğrencilerine göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin “*hastayı görmeden ilaç yazılması yönündeki istekler*” görüşüne katılım düzeylerinin FTR bölümü öğrencilerine göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

### Katılımcıların Sağlık Alanında Yaşanan Etik Sorunlara Yönelik Yaklaşımlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklaşmasına İlişkin Bulgular

Araştırmada katılımcıların sağlık alanında yaşanan etik sorunlara ilişkin görüşleri cinsiyet değişkeni açısından incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda “*hastanın yapılacak müdahalelere ilişkin rızasının (aydınlatılmış onamının) alınmaması*” ve “*sağlık çalışanlarının tedavi*



*sorumluluğunu aksatması*” maddelerinde kadın ve erkek öğrenciler arasında kadın öğrencilere lehine anlamlı farklılık olduğu bulgusu elde edilmiştir ( $p<0.05$ ). Dolayısıyla kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre hastalara yapılacak müdahalelerde hastaların rızasının alınması konusundaki görüşleri erkek katılımcılara göre daha yüksektir.

### **Katılımcıların Sağlık alanında Yaşanan Etik Sorunlara İlişkin Görüşlerinin Etik Sorunlara Yönelik Bilgi Düzeyi Değişkenine Göre Analiz Bulguları**

Katılımcıların sağlık alanında yaşanan etik sorunlara yönelik ifadelerine belirttikleri görüşlerinin sağlık alanında yaşanan etik sorunlara yönelik bilgi düzeylerine göre farklılık analizi ANOVA Testi ile analiz edilmiştir. Analiz neticesinde sağlık alanında yaşanan etik sorunlara yönelik ifadelerine belirttikleri görüşlerinin sağlık alanında yaşanan etik sorunlara yönelik bilgi düzeylerine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bahsi geçen farklılığın hangi ifade ve bölüme göre farklılık gösterdiğini saptamak amacıyla yapılan post-hoc (Tukey testi) analizi neticesinde sağlık alanında yaşanan etik sorunlara yönelik bilgi düzeyleri düşük düzeyde olanların *“Amirlerin ya da tanıdıkların hastayla ilgili özel istekler”* görüşüne katılım düzeylerinin sağlık alanında yaşanan etik sorunlara yönelik bilgi düzeyleri orta düzeyde olan katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

### **Katılımcıların Sağlık alanında Yaşanan Etik Sorunlara İlişkin Görüşlerinin Sağlık Alanında Yaşanan Etik Konularda Bilgi Sahibi Olma Değişkenine Göre Analiz Bulguları**

Katılımcıların sağlık alanında yaşanan etik sorunlara yönelik ifadelerine belirttikleri görüşlerinin katılımcıların sağlık alanında yaşanan etik konularda bilgisinin olma durumlarına göre farklılık analizi bağımsız T-testi ile analiz edilmiştir. Analiz neticesinde sağlık alanında yaşanan etik konular hakkında bilgisinin olduğunu belirten katılımcıların *“Hastanın yapılacak müdahalelere ilişkin rızasının (aydınlatılmış onamının) alınmaması”* görüşüne katılım düzeylerinin sağlık alanında yaşanan etik konular hakkında bilgisinin olmadığını belirten katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ( $p< 0,05$ ).

### **Katılımcıların Sağlık alanında Yaşanan Etik Sorunlara İlişkin Görüşlerinin Katılımcıların Aldıkları Eğitimle Etik Problemleri Uygun Çözebilmelerine Yönelik İnançları Değişkenine Göre Analiz Bulguları**

Katılımcıların sağlık alanında yaşanan etik sorunlara yönelik ifadelerine belirttikleri görüşlerinin katılımcıların aldıkları eğitimle etik problemleri uygun şekilde çözebileceklerine yönelik inanç durumlarına göre farklılık analizi Bağımsız T-Testi ile analiz edilmiştir. Analiz neticesinde aldıkları eğitimle etik problemleri uygun şekilde çözebileceklerine inanan katılımcıların *“Hastaya gerçeğin söylenmemesi”* ve *“Hastanın durumu ve kişiye özel diğer tüm bilgilerin sır olarak saklanmaması”* görüşlerine katılım düzeylerinin aldıkları eğitimle etik problemleri uygun şekilde çözebileceklerine inananlara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ( $p< 0,05$ ).

### **Katılımcıların Sağlık alanında Yaşanan Etik Sorunlara İlişkin Görüşlerinin Etik Problemleri Fark Etme ve Bunları ve Bunları Çözmede Yeterli Olma Değişkenine Göre Analiz Bulguları**

Katılımcıların sağlık alanında yaşanan etik sorunlara yönelik ifadelerine belirttikleri görüşlerinin katılımcıların etik problemleri fark etme ve bunları çözme noktasında yeterli olma düzeylerine göre farklılık analizi T-testi ile analiz edilmiştir. Analiz neticesinde sağlık alanında yaşanan etik

sorunlara yönelik ifadelere belirttikleri görüşlerinin katılımcıların etik problemleri fark etme ve bunları çözmeye noktasında yeterli olma düzeylerine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $p > 0,05$ ).

## SONUÇ

Bu araştırmada, Hemşirelik ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon (FTR) Bölümlerinde öğrenim gören üniversite öğrencilerin sağlık alanında yaşanan etik sorunlara ilişkin görüşlerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada öncelikle katılımcıların sağlık alanında yaşanan etik sorunlara ilişkin görüşlerinin yaş, cinsiyet, sınıf ve bölüm bazında farklılıkları incelenmiştir. Etik sorunlara ilişkin görüşlerinin ortalama puanları incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların sağlık alanında yaşanan etik sorunlara ilişkin görüşlerinin ortalama puanlarının yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir. Katılımcıların sağlık alanında yaşanan etik sorunları önemsedikleri ve bu konuda bilinçli oldukları söylenebilir. Kırılmaz, Akbolat ve Kahraman (2015) çalışmalarında sağlık çalışanlarının etik sorunlara ilişkin duyarlılık düzeylerinin orta seviyede olduğu bulgusuna ulaşmışlardır. Yıldırım (2008), doktora tez çalışmasında katılımcıların tamamına yakınının, gündelik tıp uygulamalarının bir etik boyutu bulunduğunun farkında oldukları ve bu boyutu ayırt edebildikleri bulgusunu elde etmiştir.

Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde ve sunulmasında başrolde yer alan kişiler sağlık çalışanlarıdır. Toplumun ve içinde yaşayan bireylerin sağlığını korumayı, iyileştirmeyi ve daha üst seviyede tutmayı amaçlayan sağlık hizmetleri; sağlık kuruluşlarında ve hastanelerde verilmektedir. Hastane ve diğer sağlık kurumlarında sunulan hizmetler yoğun emek isteyen işlerdir. Sağlık hizmetlerinin istenen standart ve kalitede verilebilmesi, sağlık çalışanlarına bağlıdır. Dolayısıyla ileriki yaşamlarında sağlık alanında çalışacak olan öğrencilerin sağlık alanında yaşanan etik sorunlara karşı duyarlı olmaları oldukça önemli ve olumlu bir durumdur. Etik kavramının sağlık sektöründeki önemi dikkate alındığında mezuniyet sonrası sektörde istihdam edilecek katılımcıların farkındalık düzeylerinin artırılması gerekmektedir. Bu sebeple fakülte ve meslek yüksek okullarındaki eğitim programı içerisinde etik konusu ders müfredatı güncellemeleri yapılması önem arz etmektedir.

## KAYNAKÇA

Aksoy, S., Erdil, O., & Ertürk, A. (2017). Etik İklim: Kavramsal Gelişimi, Bireysel ve Örgütsel Etkileri. Doğu Üniversitesi Dergisi, 18(2), 133-151.

Atayman, V. (2011). Etik. İstanbul: Bordo-Siyah Yayınevi.

Büker, C., Göksel Ç., Deniz R. (2005). Mühendislik Etiği Dersleri Neden Zorunlu Olarak Okutulmalıdır?, MMOB Harita ve Kadastro Mühendisleri Odası 10. Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı Dergisi, 7(2), 1-7.

Collins, D. (2009). Essentials of Business ethics: Creating an Organization of High Integrity and Superior Performance (Vol. 47). John Wiley&Sons.

Çobanoğlu, N. (2001). Hastane Yönetiminin Hekim-Hasta İlişkinine Müdahalesinin Etik Boyutları, 1. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı, Ankara : Nadir Yayınevi.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- Durak, N. (2009). Aristoteles ve Farabi’de Etik. İstanbul: Fakülte Kitabevi. Freeman, R. E., & Stewart, L. (2006). Developing ethical leadership. Bridge Paperso. Document Number.
- Kırılmaz, H., Akbolat, M., & Kahraman, G. A. (2015). Research about the Ethical Sensitivity of Healthcare Professionals. *Int J Health Sci*, 3(3), 73-82.
- Kurt, E., Keser, A., Gökmen, Y., (2014). Etik Sorun Ölçeği Geliştirme Çalışması: Tıp Fakültesi Öğrencilerine Yönelik bir Uygulama. *Gata Tıp Fakültesi Nobel Medicius Dergisi*, 11(1), 55-63.
- Meydan, C. H., Köksal, K., & Kara, A. U. (2016). Örgüt İçinde Sessizlik: Örgütsel Etik Değerlerin Etkisi ve Adalet Algısının Aracılık Rolü. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 142-159.
- Müezzinoğlu A., (2003), Mühendislikte Etik, *Türkiye Mühendislik Haberleri Dergisi*, 423 (1), 20-22.
- Sönmez, V. & Alacapınar, F. G. (2013). *Örneklendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Şahin, T. (2005). *Özel Hastanelerde Karşılaşılan Etik Problemlerin İrdelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.*
- Üstün, Ç. (2003). *Tıp Sanatının Ustası Hipokrates*. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fak. Yayınları.
- Yıldırım, G.(2008). *Sağlık Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.*

## KLİNİK MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARINDA FMEA YÖNTEMİ İLE PREANALİTİK SÜREÇTEKİ HATA KAYNAKLARININ ANALİZİ<sup>1</sup>

### THE ANALYSIS OF THE ERROR RESOURCES IN THE PREANALYTIC PROCESS WITH THE FMEA METHOD IN CLINICAL MICROBIOLOGY LABORATORY

Ülkü VERANYURT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü

[ulkuveranyurt@gmail.com](mailto:ulkuveranyurt@gmail.com)

orcid: 0000-0003-4838-3373

Dr. Öğretim Üyesi Ali ARSLANOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü

[ali.arslanoglu@sbu.edu.tr](mailto:ali.arslanoglu@sbu.edu.tr)

orcid: 0000-0002-4454-0397

Makale gönderim-kabul tarihi (05.08.2019-23.08.2019)

#### Özet

**Amaç:** FMEA yöntemi ile Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı'nda preanalitik süreçte hatanın nerede ve nasıl meydana geldiğini tanımlamak ve çözüm önerileri sunmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada; laboratuvara 2018 yılının ikinci yarısında hafta-içi gündüz mesai saatleri içinde gelen örnekler için hatalar kaydedildi. Hatalar; test grubuna, örnek tipine, örneği gönderen birime, hata türüne göre gruplandırıldı. Hataların şiddet, olasılık ve farkındalık kat sayıları risk hesaplama ve değerlendirme tablosu kriterlerine göre puanlandı ve RÖS hesaplaması yapıldı.

**Bulgular:** Laboratuvara gelen toplam 38095 örnekten 481'inde (%1,2) tanesinde preanalitik sürece yönelik 12 adet temel potansiyel hata bulundu. RÖS değeri en yüksek 216 puanla "numune alma kabulü yok" bulundu.

**Sonuçlar:** FMEA yöntemi; her aşamada hastanenin tüm süreçlerinde uygulanabilecek bir risk kontrol mekanizması olarak kullanılmaktadır. Eğitimin yapıldığı Eylül ayında anlamlı bir azalma meydana (%1.15) geldi. Ekim (%0.065) ve Kasım (%0.77) aylarında Eylül ayına göre hata oranında azalma görüldü. Aralık ayında (%1.95) hata oranında artma meydana geldi.

**Anahtar kelimeler:** Preanalitik, FMEA, Mikrobiyoloji Laboratuvarı

#### Abstract

**Objective:** The aim of this study is to define where and how the error occurred in the preanalytical process in the Clinical Microbiology Laboratory by FMEA methodology and to offer solutions.

**Materials and Methods:** In this study; In the second half of 2018, the laboratory recorded errors during the weekday working hours. Mistakes; test group, sample type, unit sending sample, error type. The severity, probability and awareness coefficients of the errors were scored according to the risk calculation and evaluation table criteria and ROS calculation was performed.

**Results:** 481 (1,2%) out of 38095 samples were found to have 12 basic potential errors. No sampling acceptance puanla was found with 216 points with the highest ROS value.

**Conclusions:** FMEA method; is used as a risk control mechanism that can be applied in all stages of the hospital at every stage. There was a significant decrease (1.15%) in September when the training was held. The error rate

<sup>1</sup> 4rd International Health Sciences and Management Conference 20-23 June 2019 İstanbul Üsküdar University - İstanbul/Turkey. Sözlü sunum yapıldı.

decreased in October (.065%) and November (0.77%) compared to September. The error rate increased in December (1.95%).

**Key words:** Preanalytical, FMEA, Microbiology Laboratory

## 1. GİRİŞ

Günümüzde laboratuvar testleri; tıbbın birçok alanında, tanı, tedavi ve takipte önemi mevcuttur. Klinisyen muayenesini yaptığı hastalarda laboratuvar test sonuçlarının güvenilir olmasını istemektedir. Fakat bazı laboratuvar test sonuçlarında istenmeyen sonuçlar çıkabilmektedir. Hatalı laboratuvar sonuçlarının oluşmasında farkına varılamayan veya etki edemediğimiz faktörler mevcuttur (Romero A. ve ark., 2009). Literatürde klinisyen tarafından verilen tıbbi kararların %70 kadarında laboratuvar sonuçlarının dikkate alındığı çalışmalar mevcuttur (Hallworth MJ., 2011). Buna bağlı olarak hastalığın tespiti, sınıflandırılması, tedavisi ve takibi gibi süreçlerde güvenilir laboratuvar test sonuçları oldukça önemlidir.

Test süreci; klinisyenin testi istemeye karar vermesinden, laboratuvar sonucunun raporlanıp klinisyen tarafından değerlendirilmesine kadar geçen süreyi kapsar. Günümüzde bu aşamalar 5 farklı basamakta ele alınmaktadır. Klinisyenin test istemini planlayıp ve istemi yapması prepreanalitik evre, test isteminin yapılmasından örneğin analizine kadar olan aşama preanalitik evre, örneğin analiz aşaması analitik evre, laboratuvar sonuçlarının kontrol edilerek onaylanması aşaması postanalitik evre ve sonucun değerlendirilerek kararda kullanılması aşaması da postpostanalitik evre olarak isimlendirilmektedir (Plebani M., 2010). Yukarıda belirtilen; preanalitik, analitik ve postanalitik süreçlerin değerlendirilmesinde her bir evreye özgü kalite indikatörlerinin kullanılması gerekmektedir. Kalite indikatörleri, bir sürecin kantitatif olarak değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır. Yani; o sürecin kalitesinin nicelik kazanmasını sağlamaktadır. Bu şekilde, bir önceki belirlenen laboratuvar verilerine veya literatürden elde edilen verilere göre belirlenmiş hedef değerlerle karşılaştırma yapılmaktadır. Bir sürece ait kalite indikatörüne ilişkin veri, belli zaman aralığında sürekli olarak toplanır, analiz edilir ve hedef değer ile karşılaştırılarak sürecin performansı değerlendirilir (Shahangian S, Snyder S., 2009). Uluslararası kabul edilmiş laboratuvar süreçlerine ilişkin kalite indikatörleri mevcut değildir. Bundan dolayı Hata Türleri Etkileri Analizi (FMEA: Failure Mode and Effects Analysis) yöntemini indikatör olarak kullanarak Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı'ndaki preanalitik süreçteki hataların kaynakları, sıklığı araştırdık.

Preanalitik süreçler laboratuvar dışı birimlerin de katılımını gerektirdiğinden bu süreçlerin standardize edilmesi diğer süreçlere göre biraz daha zordur ve hataların çoğunluğunun bu süreçte meydana geldiği literatürde bildirilmiştir. Literatürde preanalitik süreç hataları, toplam süreç hatalarının %46-68,2'sini oluşturduğu gösterildi (Dağlıoğlu G., 2009).

Bir sağlık kurumunda sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen hasta ve personelin göreceği zararlar vardır. Bunlar sırası ile hasta açısından yaralanma, hastanede kalış süresinin uzaması, sakatlık hatta ölümlere sebep olmaktadır. Sağlık çalışanı açısından ise daha çok hastalığa maruz kalma ve yaralanma gibi riskler meydana gelebilir. Bunların kontrolü, başta yüksek riskli alanlar olmak üzere tüm süreçlerdeki risklerin analiz ve değerlendirilmesine yönelik proaktif yöntemler kullanılarak azaltılabilir ya da meydana gelmesi engellenebilir. Bu yöntemler düzeltici faaliyetlerden ziyade önleyici faaliyetler üzerine kurgulanmalıdır. Literatürdeki çalışmalarda Six Sigma, FMEA gibi süreç ölçen yöntemler kullanıldı tespit edildi. Bu noktada kullanılabilecek önleyici yaklaşım olarak FMEA, genel anlamda faaliyet sahasındaki tehlikelerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ile kontrol ve önleme faaliyetlerinin sıraya konulmasında kullanılabilecek uygun bir yöntemdir (Aydınlı, Celal, 2010).

Bir FMEA çalışması genellikle beş adımda gerçekleştirilmektedir. Bu adımlar (<https://www.patientsafety.va.gov/docs/hfmea/FMEA2.pdf>, erişim: 30.03.2019);

**1. Adım:** Konu ya da sürecin belirlenmesidir. FMEA uygulanacak yüksek riskli süreç bu aşamada belirlenir.

**2. Adım:** FMEA çalışması yapacak takımın kurulmasıdır. FMEA için, çeşitli analiz yöntemlerini kullanacak multidisipliner takım üyelerinin belirlendiği aşamadır.

**3. Adım:** Sürecin grafiksel olarak gösterilmesidir. Ele alınacak sürecin akış diyagramının belirlenmesi faaliyetidir.

**4. Adım:** Analiz aşamasıdır. FMEA çalışma kâğıdında listelenen hata türleriyle FMEA takımı her hata türünü gözden geçirir ve olabilecek hataların potansiyel etkilerini belirler. Hata türü belirlendikten sonra hata türünün şiddet, olasılık ve fark edilebilirliğin, olası nedenleri ile birlikte genellikle karar ağacı kullanarak bulunması adımdır.

**5. Adım:** Hareket tarzı belirleme ve çıktılarının ölçümüdür. Sistemli bir problem çözme işlemi kullanarak yüksek riskli olan hata türlerinin ortadan kaldırılması veya azaltılması için eylemin belirlenmesi ve vurgulanması gerekir. İdealde hata türleri komple ortadan kaldırılması hedeflenmektedir.

Bu çalışmanın amacı FMEA yöntemi ile preanalitik hatanın nerede ve nasıl meydana geldiğini tanımlamak ve çözüm önerileri sunmak. Mikrobiyoloji laboratuvarında ki preanalitik hata kaynakların tipi, sıklığı ve hataları önlemede eğitimin rolünü araştırmaktır.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Dr. Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji laboratuvarına hafta içi gündüz mesai saatleri içinde 01.06.2018-31.12.2018 tarihleri arasında gelen örneklere ait hatalar 6 ay boyunca kaydedildi. Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarında; çeşitli kültürler (aspirat, balgam, boğaz, burun, doku biyopsisi, gaita, idrar, kan, katater, mediastan, periton, plevra, trakeal, vajen-serviks, yara), gaitada gizli kan, toksin, periferik yayma, KDE (karbapeneme dirençli Enterekok) ve VRE (vankomisine dirençli Enterekok) çalışılmaktadır. Hatalar; test grubuna, örnek tipine, örneği gönderen birime (Tablo 1), hata türüne (Tablo 4) göre gruplandırıldı. Preanalitik sürecin farklı basamaklarındaki hata oranları FMEA yöntemini kullanarak belirlendi. Eylül ayında preanalitik süreç ile ilgili eğitim verildi. Düzeltileme oranları hesaplandı. Eğitimin preanalitik hata kaynakların tipi, sıklığı ve hatalarına etkisi araştırıldı.

Üçüncü basamak dal hastanesi olan Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde sırasıyla; acil servis, poliklinikler, Erenköy polikliniği, ameliyathane ve yataklı servislerde (CYB-A, CYB-B, CYB-P1, CYB-P2, KYB-A, KYB-B, 1-16 Katlardır) hizmet vermektedir (Tablo 1). Çalışmada Tablo 1'de belirtilen bölümlerden mikrobiyoloji laboratuvarına gelen numunelerden elde edilen veriler kullanılmıştır.

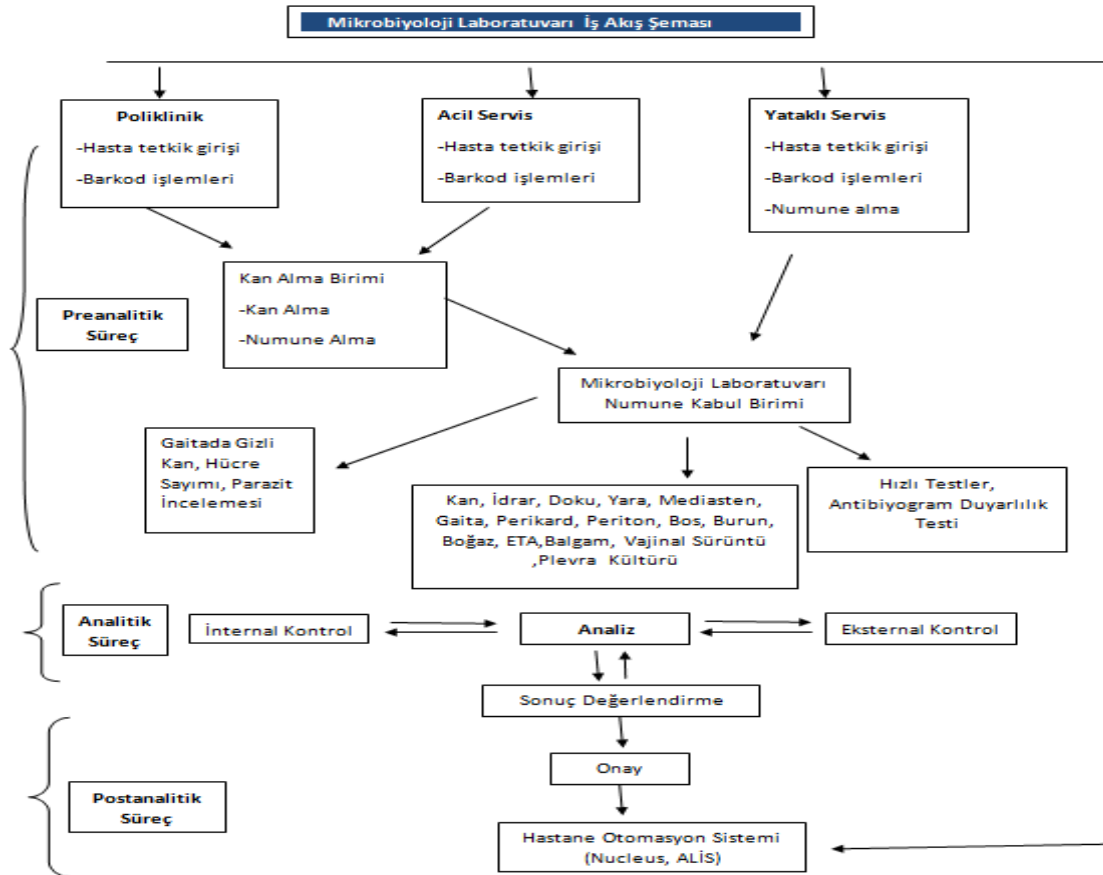
**Tablo 1.** Hatanın gerçekleştiği birim ve kodları

Hatanın Gerçekleştiği Birim İsimleri	Hatanın Gerçekleştiği Birimin Kodu
Acil Servis	AS
Poliklinik	P
Erenköy Poliklinik	EP
Ameliyathane	A
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- Pediatri-1	CYB-P1

Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- Pediatri-2	CYB-P2
Koroner Yoğun Bakım Ünitesi-A	KYB-A
Koroner Yoğun Bakım Ünitesi-B	KYB-B
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- A Blok	CYB-A
Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- B Blok	CYB-B
1-16 Katlar	1-16K

Mikrobiyoloji Laboratuvarının Şekil 1’de gösterilen şekilde iş akış şeması mevcuttur. Laboratuvarında süreç klinikler, poliklinikler, acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde hekimin hastadan isteyeceği testleri planlamasıyla preanalitik süreç başlamaktadır. Klinikler ve yoğun bakım ünitelerinde süreç, laboratuvar istem formlarından testlerin istemi ile başlamakta ve otomasyon sekreterlerinin istemleri Hastane İnfomasyon Sistemine (HİS) aktarmasıyla devam etmektedir. HİS-LİS (laboratuvar iletişim sistemi) uyumlu veri tabanı ile tüm bilgiler LIS’e iletilmiş olmaktadır. İstem formları örneklerle (vücut sıvıları, kan, idrar, gaita, balgam v.b.) birlikte otomasyon sekreteri tarafından teslim alınır ve örnekler barkod yapılandırılarak pnömotik tüp sistemi (örneklerin taşınmasında kullanılan vakumlu tüp sistemi) ya da kat personeli ile laboratuvar numune kabul ve dağıtım birimine gönderilir.

Şekil 1. Mikrobiyoloji laboratuvarı iş akış şeması



Laboratuvarında numune kabul elemanı tarafından örneklerin uygun olup olmadığı kontrol edilir. Bu aşamada preanalitik süreç sonlanır ve analitik süreç başlar. Örneklerin kabul ve sınıflandırma işleminin ardından numune dağıtım elemanları tarafından örnekler analiz için ilgili birime iletilir. Sorumlu teknisyen/biyolog tarafından testin ön işlemin gerekli olup olmadığı gözden geçirilir ve sonrasında örnekler çalışılır ve analiz evresi tamamlanmış olur. Postanalitik evre başlayarak sonuçlar sorumlu teknisyen/biyolog tarafından gözden geçirildikten sonra teknik onay verilir. Gerekliğinde uzman onayı ve imzası sonrasında sonuçlar raporlanır. Gerekli onay işlemlerinden sonra LİS'e aktarılan sonuç bilgileri yine LİS-HİS uyumu ile ilgili birimlere elektronik ortamda ulaştırılır ve postanalitik evre tamamlanmış olur. Bütün bu süreçlerde takip edilmesi gereken talimatlar ve prosedürler doğrultusunda işleyiş gerçekleştirilir (Şekil 1). Tüm bu süreçlerin kayıtlarına ise Klinik Mikrobiyoloji laboratuvarının bilgi sisteminden ulaşılabilir.

Mikrobiyoloji laboratuvarında sırasıyla; kültürler (plevra sıvısı, kan, burun, yara, vajen-serviks, idrar, gaita, trakeal aspirat, aspirat, mediasten, kateter, balgam ve doku biyopsisi), gaitada gizli kan, VRE(vankomisine dirençli Enterekok), KDE (karbapeneme dirençli Enterekok), direkt parazit incelenmesi, periferik yayma ve toksin gibi testler çalışılmaktadır (Tablo 2).

**Tablo 2.** Mikrobiyoloji laboratuvarında çalışılan testler

Test Adı	
Plevra Sıvısı Kültürü	Trakeal Aspirat Kültürü
Kan Kültürü	Aspirat kültürü
Burun Kültürü	Mediasten Kültürü
Yara Kültürü	Kateter Kültürü
Vajen-Serviks Kültürü	Direk parazit incelenmesi (manuel)
Gaitada Gizli Kan	Periferik yayma
İdrar Kültürü	Doku biyopsisi kültürü
VRE (Vankomisin Dirençli Enterekok)	Balgam Kültürü
KDE (Karbapenem Dirençli Enterekok)	Toksin (Gaitada Toksin A-B)
Gaita Kültürü	

Bu çalışmada; FMEA sisteminin uygulanması ve laboratuvar preanalitik sürecine yönelik hazırlanmış hata türü ve etkileri analizi için Dr. Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Cerrahisi E.A.H. çalışan mikrobiyoloji uzmanı, biyolog ve laboratuvar teknisyen/teknikerleri ile oluşturulan FMEA Risk Değerlendirme Takımı oluşturuldu.

1. Adımda süreç belirlendi: Preanalitik Süreç
2. Adımda FMEA çalışması yapacak takımın kuruldu:Dr. Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Cerrahisi E.A.H. çalışan mikrobiyoloji uzmanı, biyolog ve laboratuvar teknisyeni-teknikerleri ile oluşturulan FMEA Risk Değerlendirme Takımı kuruldu.
3. Adımda sürecin grafik olarak tarif edildi: Preanalitik sürecin akış diyagramı Şekil 1'de Mikrobiyoloji laboratuvarı iş akış şemasın da süreç detaylı olarak tarif edildi.
4. Adımda analiz aşaması yapıldı: Elde ettiğimiz veriler analiz edildi ve çalışmanın bulgular kısmında detaylı bir şekilde analiz sonuçları açıklandı.



5. Adımda hareket tarzı belirleme ve çıktıların ölçümü: İdealde hata türleri komple ortadan kaldırılma olduğu için bizim hedefimizde hatayı komple ortadan kaldırma ya da sıklığını daha aza indirme olmaktadır. Bu sebeple hastane çalışanlarına yönelik preanalitik süreç ile ilgili eğitimler verildi ve sonuçlar eğitim öncesi ve sonrası verilerle karşılaştırılarak ölçü yapıldı.

FMEA çalışma takımı kurulduktan sonra mikrobiyoloji laboratuvarına gelen tüm hatalı örnekler ilgili biyolog ve laboratuvar teknisyen/teknikerler tarafından kayıt altına alınması için Tablo 3'deki formlar dolduruldu. Tablo 4'te belirtildiği gibi uygunsuzluk sebebinin çalışan herkes tarafından anlaşılması ve karışıklığa sebep vermemek için örnek olaylarla açıklandı. Gelen numuneler Tablo 4'e bakılarak uygunsuz sebebi tespit edilip Tablo 3'te belirtilen formlar dolduruldu.

**Tablo 3.** Mikrobiyoloji laboratuvarına gelen uygunsuz örneklerin listesi formu

Mikrobiyoloji Laboratuvarına Gelen Uygunsuz Örneklerin Listesi Formu				
Tarih	Barkod No	Örnek	Gönderen Birim	Uygunsuzluk Sebebi

**Tablo 4.** Hata türleri hata türlerinin örnek olay ile açıklaması ve kodlar

Hata Türü	Hata Türünün Örnek Olay ile Açıklaması	Hata Türü Kodu
Hatalı Test İstemi	Hastadan doku kültürü numunesi alınıp, yara kültürü istemi yapılması	H1
Hatalı Kayıt	X hastasından numune alınıp, Y hastasının adına test istemi yapılması	H2
Hatalı Numune Kabı	Hastadan burun kültürünün jelli swab yerine jelsiz swaba alınması	H3
Uygunsuz Alınmış Numune	Hastadan balgam kültürü için balgam numunesi yerine tükürük numunesi gönderilmesi	H4
Hatalı Kimliklendirilmiş Numune	X hastasının numunesinin üzerine Y hastasının numune barkodunun yapıştırılması	H5
Numune Alma Kabulü Yok	Numune alınan birimde "numune alma kabulü" nün yapılmamasıdır.	H6
Uygunsuz Barkod	Kan kültür şişesinin üzerine barkodun; barkod okuyucu cihazın okumasını engelleyecek şekilde yapıştırılması	H7
Hatalı Barkod	Hastanın kan kültürü şişesine kan gazı barkodunun yapıştırılması	H8
Eksik Barkod	Aynı hastaya ait 2 adet kan kültürü şişesine tek barkod yapıştırılması	H9

<b>Hatalı Barkod Yapıştırılması</b>	Kan kültür şişesinin üzerindeki cihaza okutulan barkod kısmının üzerine hasta barkodunun yapıştırılması.	H10
<b>Barkodsuz Numune</b>	Gönderilen numunenin üzerinde hasta ve numune bilgilerinin bulunduğu test barkodunun olmaması	H11
<b>Hatalı Numune</b>	Hastadan gaita kültürü istemi yapıp, hastanın idrar örneği vermesi.	H12

Çalışmamızda; FMEA tekniğini kullanarak olası hatalar tanımlandı. Her birolası hatanın nedenleri belirlendi, hasta üzerindeki etkileri değerlendirilmesi için Şiddet (S), Olasılık (O), Farkedebilirlik (D) kat sayıları belirlendi. Olasılık hatanın sıklığını; ağırlık, hatanın ciddiyetini (etkisini); Saptama, hatayı ürün müşteriye ulaşmadan tespit etme yeteneğini gösterir. Bu bileşenlerindeğerlerini belirlemede pek çok yöntem vardır. Alışılmış yöntem, nümerik skalaların(risk ölçüt tablosu) kullanımındır (Yılmaz, A., 1997). Hata Türü ve Etkileri Analizi uygulamasıyla standart bir uygulama sürecihenüz yoktur. Çoğunlukla her işletme kendi organizasyon yapısına göre ve isteklerine göre bir uygulama süreci oluşturmuş ve bunu izlemektedir (Durhan D., 2006.).

## 2.1 Olasılık, O (Ortaya çıkma) değerlerinin belirlenmesi

Hatanın ortaya çıkma ihtimali, dikkate alınan sebeplerin bir sonucu olarak, hata önceden keşfedilmeden müşteri veya kullanıcıda hangi ihtimalle ortaya çıkacağını gösterir (Aran G., 2006).

Ortaya çıkma değerini belirlemek için iki farklı yaklaşım mevcuttur (Stamadis, D. H., 1995):

- Birinci yaklaşım, bir hata türü ya da hata neden için ortaya çıkma değerini belirlemektir.
- İkinci yaklaşım, ortaya çıkma değeri hata nedeni ile onun sonucunda ortaya çıkan hata türünün ilişkilendirilmesi ile bulunur. Neden oluşursa, hata türünün de oluşacağı esas alınır. Bu değer, sözü edilen iki olasılık değerinin çarpımından bulunur.

**Tablo 5.** Olasılık, O (Ortaya çıkma) derecelendirme tablosu (Aran G., 2006).

Ortaya çıkma İhtimali	Derece	Derece Hata İhtimali (İşgünü olarak)
Neredeyse hiç	1	<1:1500000
Düşük	2	1:150000
Orta	3	1:15000
	4	1:2000
	5	1:1000
	6	1:200
Yüksek	7	1:100
	8	1:50
Çok Yüksek	9	1:20
	10	1:10

## 2.2.Şiddet, S (Ağırlık) değerlerinin belirlenmesi

Ağırlık, olası hata etkisinin müşteriye yansıyan sonuçlarının değerlendirilmesidir. Hata ağırlığı etkiye karşılık gelir ve aralarında doğrusal bir ilişki vardır. Hatanın etki düzeyi arttıkça ağırlık da artar. Ağırlık derecesini belirlemek için kullanılan veri kaynakları hata etkisini belirlemede kullanılanlarla aynıdır (Aran G., 2006).

**Tablo 6.** Şiddet, S (Ağırlık) derecelendirme tablosu

Ağırlık(Müşteriye Etki)	Derece	Kriter
Neredeyse Hiç	1	Hata fark edilmeyecek derecede bir etki yaratmaktadır.
Çok Önemsiz	2	Çok küçük bir tatminsizlik vardır.
Önemsiz	3	Müşteri ürünündeki küçük derecedeki bozulmayla hatayı fark etmektedir.
Orta	4	Müşteri hatadan oldukça etkilenmiştir. Üzerinde orta derecede bir tatminsizlik vardır.
	5	
	6	
Yüksek	7	Müşteri hatadan yüksek derecede etkilenmiştir.
	8	
Çok Yüksek	9	Çok yüksek bir şiddetin etkisiyle güvenlik
	10	

### 2.3. Farkedebilirlik, D (Tespit) değerinin belirlenmesi

Farkedebilirlik, mevcut kontrollerin hatanın bulunarak müşteriye ulaşmasını engelleme derecesidir. Olası hata türünün, bir sonraki aşamada veya son müşterinin kullanımı esnasında ortaya çıkacağı varsayıldığından, öngörülen saptama önlemlerinden geçmiş olması gerekir. Bu nedenle, saptama ile ilgili olasılık değeri, ortaya çıktığı varsayılan hata nedeninin ya da şeklinin müşteriye ulaşabileceği olasılığı olarak tanımlanır (Aran G., 2006).

Saptama değeri: Analiz edilen birimlerin benzerlerinden, geçmiş dönem verilerinden, ürün iç denetlemelerinden, somut veri olmayan durumlarda grup üyelerinin deneyimlerinden yararlanılarak bulunur.

**Tablo 7.** Farkedebilirlik, D (Tespit) derecelendirme tablosu

Tespit (T)	Derece	Kriter
Çok yüksek	1	Hata kolaylıkla tespit edilir.
	2	
Yüksek	3	Hata açıkça bellidir.
	4	
	5	
Orta	6	Hata orta derecede bilinir
	7	
Az	8	Hata kontrollerle bilinir
	9	
Çok az	8	Hata yüksek kontrollerle bilinir
	9	
Neredeyse imkânsız	10	Hata olması beklenmez

### 2.4. Risk öncelik sayılarının hesaplanması

Risk öncelik sayısı (RÖS), belirlenen olasılık (P), şiddet (S) ve farkedebilirlik (D) değerlerinin çarpılması sonucu elde edilen bir değerdir (Reid, R.Dan, 2005).

Risk Öncelik Sayısı (RÖS)= Olasılık Değeri (P) X Şiddet Değeri (S) X Farkedebilirlik Değeri (D)  
RÖS değerinin hesaplanmasında, sözel veya olasılıksak olarak tanımlanan risk faktörlerinin belirli bir sayı aralığında atanan değerleri alınır. RÖS ile her bir hata türü (nedeni) için riskler tanımlandığından en büyük RÖS'ye sahip olandan başlayarak uzun dönemde ortadan kaldırılması kısa dönemde en aza

indirilmesi için alınacak düzeltici önlemler belirlenir (Aran G., 2006).Değişik uygulamalarda RÖS değerini hesaplamak için farklı risk faktörlerinin de kullanıldığı görülmüştür. Ancak RÖS değeri hesaplanırken vazgeçilemeyecek iki risk faktörü ortaya çıkma ve ağırlıktır. Bir FMEA çalışmasında, grup üyeleri önceliklerin oluşturulmasında bu iki faktör dışında başka faktörleri de göz önünde bulundurmamak isteyebilir. Bu faktörler şunlar olabilir: Hatanın müşteri beklentilerindeki etkisi, hatanın iç maliyetlerdeki etkisi, çalışanların tecrübesiz olma olasılığı, hatanın işletmenin diğer süreçlerdeki etkisi.Faktörler saptandıktan sonra RÖS değerinin hesabında kullanılacak yöntem yine ekip tarafından belirlenebilmektedir (Aran G., 2006).

## 2.5. FMEA formlarının hazırlanması

FMEA çalışmasında elde edilen bilgileri düzenli olarak tutabilmek ve FMEA sürecini kolaylaştırmak için FMEA formlarından yararlanılır. FMEA formlarında, FMEA türü, Hazırlayanın adı, Ağırlık, FMEA no'su, Proses Fonksiyonu, Ortaya çıkma, FMEA sorumlusu, Olası hata türü, Saptama, Ürün/Sistem/servis adı, Olası hata etkileri, RÖS, FMEA tarihi, Olası hata nedenleri, Önerilen faaliyetler, Revizyon no, Mevcut kontroller, Önlemlerin sonuçları gibi başlıklar bulunmaktadır.

Şekil 2. FMEA Formu örneği

FMEA Türü:						Ürün/Sistem:								
FMEA No:						FMEA Tarihi:								
FMEA Sorumlusu :						Revizyon:								
İşlem	Potansiyel Hata Kodu- Hata Türü	Hatanın Potansiyel Etkileri	Şiddet (S)	Hatanın Potansiyel Nedenleri	Olasılık (P)	Mevcut Kontrol	Fark Edilebilirlik (D)	RÖS(Risk Öncelik Katsayısı)	Önleyen Faaliyetler	Sorumlu/ Hedef Tarih	Faaliyet Sonuçları			
											Gerçekleşen Faaliyet	S	P	D
Hazırlayan İsim- Soyisim:						Onaylayan İsim- Soyisim:								
İmza						İmza								

## 2.6. Risk öncelik sayısının değerlendirilmesi

Risk öncelik sayıları bulunduktan sonra hatalar bu değere göre sıralanır. Sonuç olarak hatalar kritikliklerine göre sıralanmıştır. Bu aşamadan sonra, RÖS değerleri değerlendirilerek önlem alınacak hata türleri ve alınacak önlemler belirlenir.

## 2.7. Önlem alınacak hata türlerinin belirlenmesi

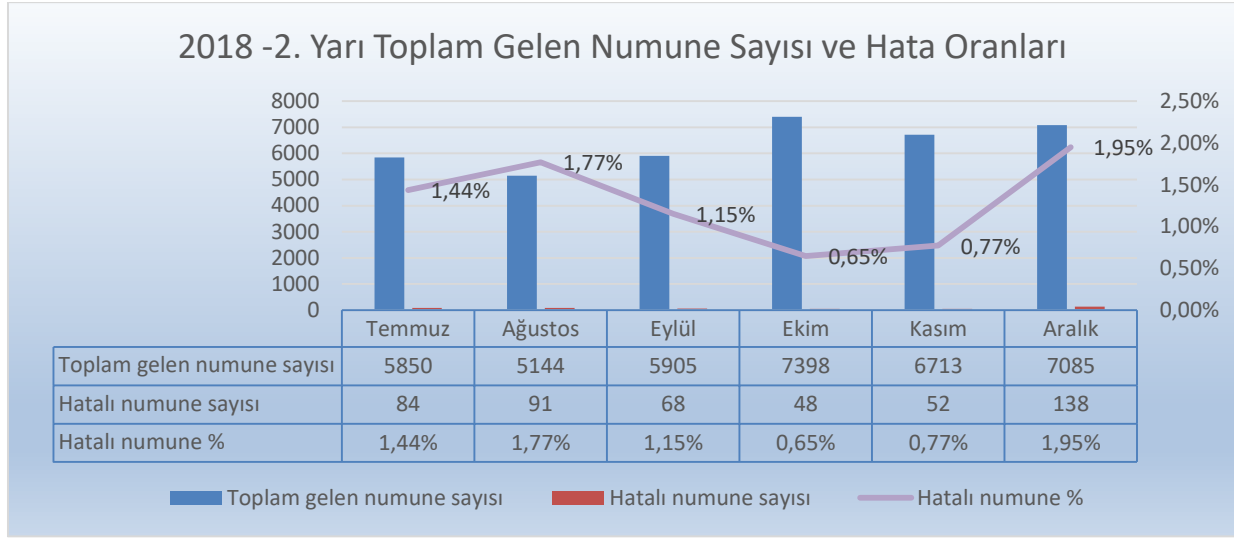
RÖS değerleri belirlenip hata türleri buna göre sıralandıktan sonra cevap verilmesi gereken soru öncelikleri belirlenmiş bu hatalardan hangileri için önlem alınmalıdır? sorusudur. Bu amaçla uygulanan yöntemlerden bir tanesi RÖS değerleri için sınıf aralıkları oluşturularak bu sınıflar için bir histogram çizmektir. Böylelikle RÖS değerlerinin hangi aralıklarda yoğunlaştığı ve RÖS değerlerinin bariz olarak ayrıldığı noktalar belirlenebilir. Daha sonra bu ayrımlara göre öncelikli olarak önlem alınması gereken hata türleri saptanır.

FMEA uygulamalarında RÖS değerlerine göre düzeltici önlem alma kararları şu ölçütlere göre yapılmaktadır; RÖS < 40 ise önlem almaya gerek yoktur.  $40 \leq RÖS \leq 100$  önlem alınmasında fayda vardır. RÖS > 100 ise mutlaka önlem alınması gerekir (Anonim, 1998).

### 3. BULGULAR

Çalışma FMEA çalışması, 2018 yılının ikinci yarısında bir kamu hastanesinde yapılmış olup, veriler aşağıda bir tablolar halinde verilmiştir. Çalışmamızda 2018 yılı 2. yarısında Temmuz ayında 5850 örnekten %1,44 (84), Ağustos ayında 5144 örnekten %1,77 (91)'si, Eylül ayında örnekten 5905 %1,15 (68), Ekim ayında 7398 örnekten %0,65 (48), Kasım ayında 6713 örnekten %0,77 (52), Aralık ayında 7085 örnekten %1,95 (138)'i hatalı olduğu tespit edilmiştir (Grafik 1).

**Grafik 1.** 2018- 2. Yarı yılda toplam gelen numune sayısı ve hata oranları



Çalışmada toplam 481 hata tespit edilmiştir. Hata türlerinin nedenleri incelendiğinde; 311 (%64,66) örnekte numune alma kabulü yok ile en yüksek görülen hata sebebidir. Örneklerin 100 (%20,79)'ünde hatalı barkod yapılandırılması, 32 (%6,65)'sinin barkodsuz numune olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8).

**Tablo 8.** Hata türlerindeki meydana gelen hata sayısı ve % oranları

Hata Türü	Hata Sayısı	% Hata
Hatalı Test İstemi	8	%1,7
Hatalı Kayıt	1	%0,2
Hatalı Numune Kabı	20	%4,2
Uyumsuz Alınmış Numune	1	%0,2
Hatalı Kimliklendirilmiş Numune	1	%0,2
Numune Alma Kabulü Yok	309	%64,2
Uyumsuz Barkod	3	%0,6
Hatalı Barkod	2	%0,4
Eksik Barkod	3	%0,6
Hatalı Barkod Yapılandırılması	100	%20,8
Barkodsuz Numune	32	%6,7
Hatalı Numune	1	%0,2
<b>Genel Toplam</b>	<b>481</b>	<b>%100</b>

Hatanın gerçekleştiği birimler Tablo 9'da belirtildi. Hatalı numuneleri laboratuara gönderen birimler sırasıyla %43,24 (208)'ü 1-16 katlardan, %12,06 (58) Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi Pediatri 1 ve Poliklinikler, %8,52 (41)'si Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi Pediatri 2'dir (Tablo 9).

**Tablo 9.** Hatanın gerçekleştiği birimlerdeki hata sayısı ve % oranları

Hatanın Gerçekleştiği Birim	Hata Sayısı	% Hata
<b>Katlar (1-16)</b>	208	%43,24
<b>Acil Poliklinik</b>	15	%3,12
<b>Ameliyathane</b>	5	%1,04
<b>Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- A Blok</b>	8	%1,66
<b>Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- B Blok</b>	46	%9,57
<b>Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- Pediatri-1</b>	58	%12,06
<b>Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi- Pediatri-2</b>	41	%8,52
<b>Erenköy Poliklinik</b>	19	%3,95
<b>Koroner Yoğun Bakım Ünitesi-A</b>	17	%3,53
<b>Koroner Yoğun Bakım Ünitesi-B</b>	6	%1,25
<b>Poliklinik</b>	58	%12,06
<b>Genel Toplam</b>	481	%100

Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarında; çeşitli kültürler (aspirat, balgam, boğaz, burun, doku biyopsisi, gaita, idrar, kan, katater, mediastan, periton, plevra, trakeal, vajen-serviks, yara), gaitada gizli kan, toksin, periferik yayma, KDE (karbapenem dirençli Enterekok) ve VRE (vankomisin dirençli Enterekok) çalışılmaktadır. Laboratuvarında çalışılan testlerden en fazla hata oranı %25,57 (123)'si kan kültürü, %16,22 (78)'si burun kültürü, %12,06 (58)'si yara kültürüdür (Tablo 10).

**Tablo 10.** Mikrobiyoloji laboratuvarında yapılan testlerdeki hata sayıları ve % oranları

Test Adı	Hata Sayısı	% Hata
Aspirat Kültürü	4	%0,83
Balgam Kültürü	10	%2,08
Boğaz Kültürü	10	%2,08
Burun Kültürü	78	%16,22
Direk parazit incelenmesi (manuel)	7	%1,46
Doku biyopsisi kültürü	8	%1,66
Gaita Kültürü	7	%1,46
Gaitada Gizli Kan	5	%1,04
İdrar Kültürü	47	%9,77
Kan Kültürü	123	%25,57
Katater Kültürü	3	%0,62
KDE (Karbapenem Dirençli Enterekok)	30	%6,24
Mediasten Kültürü	1	%0,21
Periferik Yayma	3	%0,62

Periton sıvı Kültürü	2	%0,42
Plevra Sıvısı Kültürü	6	%1,25
Toksin	1	%0,21
Trakeal Aspirat Kültürü	15	%3,12
Vajen-Serviks Kültürü	13	%2,70
VRE (Vankomisin Dirençli Enterekok)	47	%9,77
Yara Kültürü	58	%12,06
Genel Toplam	481	%100

FMEA analizi esnasında, Şiddet (Ş), Olasılık (O) ve Fark edilebilirlik (D) katsayıları belirlenmesi ve Risk Öncelik Sayısı (RÖS) belirlenmesi ve değerlendirilmesi esnasında Reid (12) tarafından belirtilen hesaplama ve değerlendirme tabloları esas alınmıştır. Bu tablolar esas alınarak laboratuvar da meydana gelen hataların Olasılık, Şiddet, Fark edilebilirlik kat sayıları Tablo 7’de ki gibi verilmiştir. Bu kat sayılar hatanın olma sıklığı, hatanın meydana gelme olasılığı, mevcut hatanın sayısı dikkate alınarak. Örneklerin numune kabulünün olmaması olasılığı en yüksek 8, hatalı barkod yapıştırılması 3, barkotsuz numune 2, diğerleri 1 olarak belirlenmiştir.

FMEA uygulamalarında RÖS değerlerine göre düzeltici önlem alma kararları şu ölçütlere göre yapıldı.

- RÖS < 40 ise önlem almaya gerek yoktur.
- $40 \leq RÖS \leq 100$  önlem alınmasında fayda vardır.
- RÖS > 100 ise mutlaka önlem alınması gerekir

Yukarıdaki ölçütleri dikkate aldığımızda RÖS değerleri >100 olan hata türleri incelendiğinde; numune alma kabülü yok 216 ile en yüksek puanlı hata türü çıkmıştır diğeri ise 162 puanla barkotsuz numunedir. Bu hata sebepleri ile ilgili mutlaka önlem alınması gerekmektedir.  $40 \leq RÖS \leq 100$  arasında olan hata türleri incelendiğinde; 42 puanla hatalı test istemi, 45 puanla hatalı kimliklendirilmiş numune, 54 puanla hatalı barkod yapıştırılması ve hatalı barkod, 56 puanla uygunsuz alınmış numune, 63 puanla hatalı numune kabı olduğu bulunmuştur. Bu hata türleriyle ilgili önlem alınmasında fayda olacaktır. Diğer hata türleri RÖS < 40 olduğu için önlem almaya gerek yoktur. Fakat hizmet içi eğitimlerle, çalışanların bu hataları yapmaları engellenmeli eğer yapılabiliriyorsa önlenmelidir (Tablo 11).

**Tablo 11.** Hata türlerinin olasılık, şiddet, farkedebilirlik, ve RÖS değerleri

Hata Türü	Hata Türü Kodu	Hata Sayısı	Olasılık (P)	Şiddet (S)	Fark Edilebilirlik (F)	RÖS
Numune Alma Kabulü Yok	H6	309	8	3	9	216
Barkotsuz Numune	H11	32	2	9	9	162
Hatalı Numune Kabı	H3	20	1,0	7	9	63
Uygunsuz Alınmış Numune	H4	1	1,0	7	8	56
Hatalı Barkod	H8	2	1	6	9	54
Hatalı Barkod Yapıştırılması	H10	100	3	2	9	54
Hatalı Kimliklendirilmiş Numune	H5	1	1,0	9	5	45
Hatalı Test İstemi	H1	8	1,0	7,0	6,0	42
Hatalı Kayıt	H2	1	1,0	6	6	36
Eksik Barkod	H9	3	1	4	9	36

Uygunuz Barkod	H7	3	1	3	9	27
Hatalı Numune	H12	1	1	6	4	24

#### 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Preanalitik hatalar, test isteminin yapılmasından örneğin analizine kadar gerçekleşen süreçte meydana gelen hatalardır ve toplam test sürecindeki hatalarda en büyük paya sahiptir (Bonini P ve ark., 2002). Uygunuz ve kalitesiz örneklerin analiz edilerek raporlanması tıbbi kararlarda hatalara sebep olmaktadır (Hallworth MJ., 2002).

Bu nedenle, doğru ve zamanında sonuç üretimi açısından toplam test sürecinin her basamağındaki hataların saptanması, düzeltilmesi ve önlenmesi önem taşır.

Preanalitik hatalar laboratuvar date test sonuçlarını dramatik olarak etkilemektedir. Preanalitik değişkenlerin laboratuvar test sonuçları üzerine etkileri bilinmeli ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesinde dikkate alınmalıdır. Kontrol edilebilecek preanalitik değişkenlerin çoğu örnek alınmasıyla ilişkilidir (Burtis C., 2005).

Laboratuvar sürecini, hata türleri ve etkileri analizi açısından değerlendirmeden önce laboratuvar sürecindeki iş akışının çok iyi analiz edilmesi, süreçte hangi evreler bulunduğunun tespit edilmesi ve bu evrelerin her birinde oluşabilecek hata türlerinin ayrıntılı bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda bir laboratuvar da iş akışı preanalitik, analitik ve postanalitik evre olmak üzere üç ana bölümde sınıflanmakta ve her evrede farklı teknolojiler kullanılmaktadır. Klinik laboratuvarlar da oluşacak hataların büyük bölümünün preanalitik evrede yapıldığı açık olarak bilinmektedir (Akin, K. Okhan, 2009).

Her bir hata sebebine ayrı bir form hazırlandı ve risk öncelik puanlarının, potansiyel hata etkilerini bütünselliği sağlamak açısından, literatürle de uyumlu şekilde tek bir parça halinde verilmiştir. FMEA analizi esnasında, Şiddet (Ş), Olasılık (O) ve Farkındalık (D) katsayıları belirlenmesi ve Risk Öncelik Sayısı (RÖS) belirlenmesi ve değerlendirilmesi esnasında (Reid, R. Dan. 2005). tarafından belirtilen hesaplama ve değerlendirme tabloları esas alınmıştır.

##### Form 1. Hatalı Test İstemi (H1)

Hastadan doku kültürü numunesi alınıp, doktor veya veri giriş elemanı tarafından yara kültürü istemi olarak yapılması Hatalı Test İstemi örneğidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %1,7 bulunmuştur. RÖS değeri 42 olduğundan önlem alınmasında fayda vardır. Bu şekilde zaman iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur.

##### Form 2. Hatalı Kayıt (H2)

X hastasından numune alınıp, Y hastasının adına test istemi yapılması Hatalı Kayıt örneğidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,2 bulunmuştur. RÖS değeri 36 olduğundan önlem almaya gerek yoktur. Fakat bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmaması, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmesi hatanın olma olasılığını azaltmak için belli aralıklarla ilgili personellere preanalitik süreçle ilgili eğitimler verilmelidir.

##### Form 3. Hatalı Numune Kabı (H3)

Hastadan burun kültürünün jelli swab yerine jelsiz swab alınması Hatalı Numune Kabı örneğidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %4,2 bulunmuştur. RÖS değeri 63 olduğundan önlem alınmasında fayda vardır. Bu şekilde zaman iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur.

##### Form 4. Uygunuz Alınmış Numune (H4)

Hastadan balgam kültürü için balgam numunesi yerine tükürük numunesi gönderilmesi Uygunuz Alınmış Numune örneğidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,6



bulunmuştur. RÖS değeri 56 olduğundan önlem alınmasında fayda vardır. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur.

**Form 5. Hatalı Kimliklendirilmiş Numune (H5)**

X hastasının numunesinin üzerine Y hastasının numune barkodunun yapıştırılması Hatalı Kimliklendirilmiş Numune örneğidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,2 bulunmuştur. RÖS değeri 45 olduğundan önlem alınmasında fayda vardır. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur.

**Form 6. Numune Alma Kabulü Yok (H6)**

Numune alınan birimde “numune alma kabulü” nün yapılmaması Numune Alma Kabulü Yok örneğidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %64,2 bulunmuştur. RÖS değeri 216 olduğundan mutlaka önlem alınması gerekir. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur. Zaman, iş ve maliyet israfı olmaması, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmesi hatanın olma olasılığını azaltmak için belli aralıklarla ilgili personellere preanalitik süreçle ilgili eğitimler verilmelidir.

**Form 7. Uygunsuz Barkod (H7)**

Kan kültür şişesinin üzerine barkodun; barkod okuyucu cihazın okumasını engelleyecek şekilde yapıştırılması Uygunsuz Barkod örneğidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,6 bulunmuştur. RÖS değeri 27 olduğundan önlem almaya gerek yoktur. Fakat bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmaması, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmesi hatanın olma olasılığını azaltmak için belli aralıklarla ilgili personellere preanalitik süreçle ilgili eğitimler verilmelidir.

**Form 8. Hatalı Barkod (H8)**

Hastanın kan kültürü şişesine kan gazı barkodunun yapıştırılması Hatalı Barkod örneğidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,4 bulunmuştur. RÖS değeri 54 olduğundan önlem alınmasında fayda vardır. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur.

**Form 9. Eksik Barkod (H9)**

Aynı hastaya ait 2 adet kan kültürü şişesine tek barkod yapıştırılması Eksik Barkod örneğidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,6 bulunmuştur. RÖS değeri 36 olduğundan önlem almaya gerek yoktur. Fakat bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmaması, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmesi hatanın olma olasılığını azaltmak için belli aralıklarla ilgili personellere preanalitik süreçle ilgili eğitimler verilmelidir.

**Form 10. Hatalı Barkod Yapıştırılması (H10)**

Kan kültür şişesinin üzerindeki cihaza okutulan barkod kısmının üzerine hasta barkodunun yapıştırılması Hatalı Barkod Yapıştırılması örneğidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,4 bulunmuştur. RÖS değeri 54 olduğundan önlem alınmasında fayda vardır. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur.

**Form 11. Barkodsuz Numune (H11)**

Gönderilen numunenin üzerinde hasta ve numune bilgilerinin bulunduğu test barkodunun olmaması Barkodsuz Numune örneğidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %6,7 bulunmuştur. RÖS değeri 162 olduğundan mutlaka önlem alınması gerekir. Bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmamış, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmiş olur. Zaman, iş ve maliyet israfı olmaması, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmesi hatanın olma olasılığını azaltmak için belli aralıklarla ilgili personellere preanalitik süreçle ilgili eğitimler verilmelidir.

**Form 12. Hatalı Numune (H12)**

Hastadan gaita kültürü istemi yapıp, hastanın idrar örneği vermesi Hatalı Numune örneğidir. Bu ve buna benzer hatalardan meydana gelen hata oranı %0,2 bulunmuştur. RÖS değeri 24 olduğundan önlem almaya gerek yoktur. Fakat bu şekilde zaman, iş ve maliyet israfı olmaması, hastaya güvenli ve zamanında sonuç verilmesi hatanın olma olasılığını azaltmak için belli aralıklarla ilgili personellere preanalitik süreçle ilgili eğitimler verilmelidir.

FMEA Risk Değerlendirme Takımı tarafından, mikrobiyoloji laboratuvarı preanalitik sürecine ilişkin olarak 12 adet temel potansiyel hata tespit edilmiştir. Bu risk ve hataların potansiyel etkileri ve potansiyel nedenleri belirlendikten sonra, bu risk ve hataların şiddet, olasılık ve farkedilebilirlik risk hesaplama ve değerlendirme tablosu kriterlerine göre puanlanmıştır (Reid, R.Dan, 2005). Yöntemin uygulanması esnasında, hatanın frekansını belirten “olasılık”, hatanın ciddiyetini belirten “şiddet” ve hatanın hastaya ulaşmadan tespit edilmesini belirten “tespit” katsayısı bileşenleri kullanılmıştır.

Bu puanlamadan sonraki aşamada ise her bir olası hata nedeni için “Risk Öncelik Sayısı” (RÖS) hesaplaması yapılmıştır. Şiddet, olasılık ve tespit bileşenlerinin belirlenen rakamsal değerleri birbirleriyle çarpılarak Risk Öncelik Sayısı (Risk Priority Number) hesaplanmıştır. Bu değer problemlerin önceliğinin belirlenmesini ve önleyici faaliyetlere girişilmesini sebep olmaktadır. Uygulanan FMEA analizi sonrası belirlenen öncelikli riskler ve getirilen öneriler sonrası hesaplanan risk puanları şu şekildedir:

RÖS < 40 ise önlem almaya gerek yoktur.

$40 \leq RÖS \leq 100$  önlem alınmasında fayda vardır.

RÖS > 100 ise mutlaka önlem alınması gerekir

Yukarıdaki ölçütleri dikkate aldığımızda RÖS değerleri >100 olan hata türleri incelendiğinde; numune alma kabulü yok 216 ile en yüksek puanlı hata türü çıkmıştır diğeri ise 162 puanla barkotsuz numunedir. Bu hata sebepleri ile ilgili mutlaka önlem alınması gerekmektedir.  $40 \leq RÖS \leq 100$  arasında olan hata türleri incelendiğinde; 42 puanla hatalı test istemi, 45 puanla hatalı kimliklendirilmiş numune, 54 puanla hatalı barkod yapıştırılması ve hatalı barkod, 56 puanla uygunsuz alınmış numune, 63 puanla hatalı numune kabı olduğu bulunmuştur. Bu hata türleriyle ilgili önlem alınmasında fayda olacaktır. Diğer hata türleri RÖS < 40 olduğu için önlem almaya gerek yoktur. Fakat hizmet içi eğitimlerle, çalışanların bu hataları yapmaları engellenmeli eğer yapılabiliyorsa önlenmelidir (Tablo 11). Elde edilen bulgular ilgili literatür ışığında değerlendirilmelidir.

**Çıkar Çatışması:** Çalışmamızda herhangi bir çıkar çatışması olmamıştır.

## KAYNAKÇA

Akın, K. Okhan (2009), “Laboratuvar Güvenliğinde Hasta Tanımlama Hatalarını Azaltmak ve Süreç Kontrolü”, Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, Sayı 3, Ankara.

Anonim (1998). FMEA Training Handbook, Version-2, Ford Motor Company.

Aran, G. (2006). Kalite İyileştirme Sürecinde Hata Türü Etkileri Analizi (FMEA) ve Bir Uygulama, Gaziosmanpaşa Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans tezi, Tokat.

Aydınlı, Celal, (2010), “Sağlık Kuruluşlarında Risk Değerlendirme ve Bir Üniversite Hastanesinde Risk Azaltma Çalışması”, Uludağ Üniversitesi Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bursa.

Bonini P, Plebani M, Ceriotti F, Rubboli F. (2002). Errors in laboratory medicine. Clin Chem , 48: 691-8.

Burtis C. (2005), Ashwood E. Klinik kimyada temel ilkeler. Aslan D (çeviren). 3. Baskı. İstanbul. Palme sf: 30-54.

Dağlıoğlu G.( 2009). Klinik laboratuvarlar da kalite yönetimi: altı sigma protokolünün uygulanması. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- Durhan, D. (2006). Hata Türü ve Etkileri Analizi (FMEA) ve bir Uygulama, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Hallworth MJ. (2011). The '70% claim': what is the evidence base? *Ann Clin Biochem*, 48: 487-8.
- Plebani M. (2010). The detection and prevention of errors in laboratory medicine. *Ann Clin Biochem*, 47: 101-10.
- Reid, R. Dan. (2005). "FMEA—Something Old, Something New", *Quality Progress*.
- Romero A., Cobos A., López-León A., Ortega G., Muñoz M. (2009). Preanalytical mistakes in samples from primary care patients. *Clin Chem Lab Med*, 47(12):1549-1552.
- Shahangian S, Snyder S. (2009). Laboratory Medicine Quality Indicators. *Clin Chem*, 131(3):418-31
- Stamadis, D. H. (1995). Failure mode And Effects Analysis- FMEA from Theory To Execution, ASQC Quality Pres, Wisconsin.
- Yılmaz, A. (1997). Hata Türü ve Etkileri Analizi, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi: İTÜ Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

## İSTİSMARCI YÖNETİM DAVRANIŞININ İŞTEN AYRILMA NİYETİNE ETKİSİ: HASTANE ÇALIŞANLARINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

### THE EFFECT OF ABUSIVE SUPERVISION ON THE INTENTION TO QUIT THE JOB: A RESEARCH ON HOSPITAL EMPLOYEES

**Serkan DENİZ**

Yalova Üniversitesi, Termal Meslek Yüksekokulu

[serkan.deniz@yalova.edu.tr](mailto:serkan.deniz@yalova.edu.tr)

orcid: 0000-0002-8093-1336

**Mesut ÇİMEN**

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

[mesut.cimen@acibadem.edu.tr](mailto:mesut.cimen@acibadem.edu.tr)

orcid: 0000-0002-0937-9411

Makale gönderim-kabul tarihi (16.07.2019-08.08.2019)

#### Özet

Günümüz çalışma hayatında önemli bir değer haline gelen çalışanların örgütteki tutum ve davranışları birçok faktörden etkilenebilmektedir. Bu faktörlerden biri de yöneticilerin çalışanlara karşı sergilemiş oldukları tutum ve davranışlardır. Bu çalışma ile çalışanların istismarcı yönetim davranışına ilişkin algıları ile işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişkinin özel hastaneler açısından belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma, Haziran 2019 - Temmuz 2019 aylarında İstanbul'da gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri İstanbul'da faaliyet gösteren özel hastanelerde çalışan bireylerden anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda katılımcıların istismarcı yönetim davranışı algısının düşük, işten ayrılma niyetinin ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca istismarcı yönetim davranışı ile işten ayrılma niyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişkinin olduğu ve istismarcı yönetim davranışının işten ayrılma niyetini pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir. Araştırma sonuçları çerçevesinde, hastane yöneticilerine istismarcı yönetim davranışının önlenmesine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** İstismarcı Yönetim, İşten Ayrılma Niyeti, Hastane, Sağlık

#### Abstract

The attitude and behavior of the employees who has become an important value of the current working life, might be affected from many facts. One of these facts is the attitude and behavior of the supervisors towards the employees. In this study, it is aimed to determine the relation between the perceptions of the employees regarding the abusive supervision and their intention to quit the job with regards to the private hospitals. This study was performed between June 2019 – July 2019 in Istanbul. The research data was collected from the employees of the private hospitals in Istanbul through the questionnaire method. As a result of the statistical analysis, it was determined that the perception of the participants towards the abusive supervision behavior is low, and their intention to quit the job is at intermediate level. Furthermore, it was determined that there is a statistically significant, positive and intermediate level relation between the abusive supervision and intention to quit the job, and abusive supervision behavior affects the intention to quit the job in a positive direction. Within the scope of the research results, the supervisors of the hospitals were advised towards avoiding the abusive supervision behaviors.

**Key Words:** Abusive Supervision, Intention to Quit the Job, Hospital, Health

## 1. GİRİŞ

Teknolojide yaşanan gelişmeler, artan rekabet koşulları, bilginin önemli hale gelmesi, sürekli iyileştirme ve yenilik düşüncesinin yaygınlaşması gibi faktörler örgütlerin işgücü politikalarını ve çalışanların örgütlerdeki konumunu önemli derecede etkilemiştir. Günümüz iş dünyasında çalışanlar örgütler için bir varlık olarak görülmeye başlanmış ve örgütlerin en önemli sermayesi haline dönüşmüştür (Tekingündüz ve Kurtuldu, 2015:1502). Örgütler için önemli bir değer haline gelen çalışanlar, çalışma hayatında birçok unsurdan etkilenmektedir. Özellikle yöneticilerin tutum ve davranışları, çalışanlar üzerinde oldukça etkili olabilmektedir (Yıldırım ve Benlier, 2017:679). Gerek üst yönetimin gerekse daha alt kademelerde yer alan yöneticilerin astlarına karşı sergilemiş oldukları tutum ve davranışlar, astların örgütteki algılama, tutum ve davranışlarını doğrudan etkilemektedir (Özdevecioğlu vd., 2014:2). Bundan dolayı yöneticiler ile çalışanlar arasındaki ilişkilerin doğru anlaşılmasının, mevcut sorunların iyi teşhis edilmesinin ve sorunların çözümünde doğru müdahalelerin yapılmasının önemi gittikçe artmaktadır. Nitekim yöneticiler ile çalışanlar arasındaki ilişkilerin yanlış anlaşılması, çalışanları örgüt için zarar verici ve yıkıcı tutum ve davranışlarda bulunmaya yöneltebilmektedir (Üçok ve Turgut, 2014:164).

Literatürde son yıllarda yönetici davranışlarına ilişkin yapılan araştırmalarda, araştırmacıların dikkatlerini fiziksel veya fiziksel olmayan yıkıcı olarak ifade edilebilecek yönetici davranışlarına yöneltmiş oldukları görülmektedir. Bu tür davranışlardan birinin de istismarcı yönetim davranışı olduğu söylenebilir (Alper Ay, 2015:1116). İstismarcı yönetim davranışı, yöneticilerin astlarına yönelik fiziksel temas içermeyen; ancak sürekliliği olan sözel veya sözel olmayan düşmanca davranışlarına ilişkin astların algısını ifade etmektedir (Tepper, 2000:178). İstismarcı yönetim davranışlarının bazı karakteristik özellikleri vardır. Bu özelliklerden ilki, istismarcı yönetim davranışı öznel bir değerlendirmeyi içermektedir. Bir ast yöneticinin aynı davranışını istismarcı olarak değerlendirirken, başka bir ast böyle değerlendirmeyebilmektedir. İkincisi, istismarcı davranışı yalnızca bir defa sergilenen davranış değil, sürekli olarak sergilenen davranış içermektedir. Üçüncüsü, istismarcı yönetim davranışı yönetici ile ast arasında fiziksel temas içermeyen; ancak sözel veya sözel olmayan düşmanca davranışları içermektedir. Son olarak istismarcı yönetim davranışı, davranıştaki niyetten ziyade sadece davranışın kendisiyle ilgilidir (Üçok ve Turgut, 2014:165; Harris vd., 2007:253). İstismarcı yönetim davranışlarına, yöneticilerin astlarıyla alay etmesi, onlara karşı kötü davranması, küçümsemesi, duygu, düşünce ve fikirlerini saçma bulması, başkalarının önünde aşağılaması, başarılarını takdir etmemesi gibi davranışlar örnek olarak verilebilir (Tepper, 2000:189-190; Ülbeği vd., 2014:5).

İstismarcı yönetim davranışının çalışanlara birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Örneğin istismarcı yönetim davranışı, çalışanların iş tatminini (Ahmad vd., 2016:128), örgütsel özdeşleşmesini (Koçak, 2019:523), yaratıcılığını (Javaid ve Hanif, 2018:7) ve psikolojik sağlığını (Mullen vd., 2018:951) negatif yönde etkilemektedir. Ayrıca istismarcı yönetim davranışı, çalışanların örgütsel sapma davranışı göstermesini (Mitchell ve Ambrose, 2007:1163; Raza vd, 2019:104), işyeri yalnızlığını, örgütsel sinizmini (Alper Ay, 2015:1123) ve tükenmişliğini (Bolat vd., 2017:146; Wu ve Hu, 2009:156) pozitif yönde etkilemektedir.

İstismarcı yönetim davranışının olumsuz etkilediği konulardan biri de çalışanların işten ayrılma niyetidir. İşten ayrılma niyeti, bir çalışanın belirli bir zaman diliminde mevcut işini değiştirme ihtimalidir (Sousa-Poza ve Henneberger, 2004:113). Başka bir tanıma göre işten ayrılma niyeti, çalışanın mevcut iş ve istihdam koşullarından ve yönetimden hissetmiş olduğu rahatsızlık nedeniyle örgütten ayrılmayı düşünmesi veya planlamasıdır (Karataş, 2016:74). Bir çalışanın işten ayrılma niyetinde ya da düşüncesinde olması her zaman işten ayrılma ile sonuçlanmamaktadır; ancak çalışanın

işten ayrılma davranışı hakkında bir işaret olarak kabul edilebilmektedir (Yıldırım ve Benlier, 2017:680). Sağlık sektörünün emek yoğun olmasından dolayı çalışanların işten ayrılma niyeti sektör için önemli bir problemdir; çünkü işten ayrılma niyetine bağlı olarak gerçekleşen ayrılmalar beraberinde birçok sorunu getirebilmektedir. Karşılaşılan en önemli sorun ise, hizmet kalitesinin istenilen düzeyde olmaması ve hizmet sunumunda aksaklıkların yaşanmasıdır. Hizmet sunumunda yaşanan aksaklıklar sağlık kurumlarının varlığını sürdürebilmesinde ve toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Arslan ve Esatoğlu, 2017:335-336).

Literatürde yer alan araştırmalara göre istismarcı yönetim davranışı çalışanların işten ayrılma niyetini pozitif yönde etkilemektedir (Ahmad vd., 2016:128; Arif vd., 2017:487; Fakhar, 2014:73). Bu araştırma ile çalışanların istismarcı yönetim davranışına ilişkin algıları ile işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişkinin özel hastaneler açısından belirlenmesi amaçlanmış olup; bu amaca yönelik olarak geliştirilen araştırma hipotezlerine aşağıda yer verilmiştir:

H1. *İstismarcı yönetim davranışı ile işten ayrılma niyeti arasında pozitif yönlü ilişki vardır.*

H2. *İstismarcı yönetim davranışı işten ayrılma niyetini pozitif yönde etkiler.*

## 2. YÖNTEM

Araştırma, Haziran 2019 - Temmuz 2019 aylarında İstanbul'da gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri İstanbul'da faaliyet gösteren özel hastanelerde çalışan bireylerden anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırma kapsamında 261 anket formu toplanmış olup; geçersiz olan 14 anket formu analizlere dahil edilmemiştir. Analizlerde 247 anket formu kullanılmıştır.

### 2.1. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplamak için kullanılan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerinin belirlenmesine yönelik sorular yer almaktadır. İkinci bölümünde ise, istismarcı yönetim davranışına ilişkin ifadeler yer almaktadır. İkinci bölümde Tepper (2000) tarafından geliştirilen ve 15 ifadeden oluşan "İstismarcı Yönetim Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe hali için Ülbeği vd.'nin (2014) çalışmasından yararlanılmıştır. Üçüncü bölümünde ise, işten ayrılma niyetine ilişkin ifadeler yer almaktadır. Üçüncü bölümde Jung ve Yoon (2013) tarafından geliştirilen ve 5 ifadeden oluşan "İşten Ayrılma Niyeti" ölçeği kullanılmıştır. Ölçeklerdeki ifadeler, 5'li Likert tipi ölçek seçenekleri ile ölçülmüştür. Ölçeklerden elde edilecek olan ortalama puanların 5'e yaklaşması olumsuzluk göstergesi olup; ölçek ortalama puanının yüksek olması istismarcı yönetim davranışının ve işten ayrılma niyetinin de yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeklerin güvenilirlik düzeylerini belirlemek amacıyla Cronbach's Alpha katsayıları hesaplanmıştır. Ülbeği vd.'nin (2014:4) çalışmasında İstismarcı Yönetim Ölçeği'nin Cronbach's Alpha katsayısı 0,97, bu çalışmada ise 0,96 bulunmuştur. Jung ve Yoon'un (2013:16) çalışmasında İşten Ayrılma Niyeti Ölçeği'nin Cronbach's Alpha katsayısı 0,95, bu çalışmada ise 0,93 bulunmuştur. Bu sonuçlar her iki ölçeğinde güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğu göstermektedir. Ölçeklerin yapı geçerliliğini belirlemek için açıklayıcı faktör analizi yapılmış ve sonuçlar Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 1: İstismarcı Yönetim Ölçeği İle İlgili Açıklayıcı Faktör Analizi**

İfadeler	Faktör Yükleri
Yöneticim bana karşı kabadır.	0,88
Yöneticim başkasına olan hincımı benden çıkartır.	0,86
Yöneticim benim hakkımda başkalarına olumsuz yorumlarda bulunur.	0,86
Yöneticim beni başkalarının önünde aşağılar.	0,85
Yöneticim duygu ve düşüncelerimi aptalca bulur.	0,84
Yöneticim iş arkadaşlarımla etkileşim halinde olmama izin vermez.	0,84
Yöneticim geçmişteki hatalarımı yüzüme vurur.	0,82
Yöneticim özel hayatımı ihlal eder.	0,80
Yöneticim bana yalan söyler.	0,80
Yöneticim beni kendini utandırmakla suçlar.	0,80
Yöneticim sözünde durmaz.	0,79
Yöneticim benimle alay eder.	0,77
Yöneticim bana küser.	0,76
Yöneticim işteki çabalarımı takdir etmez.	0,75
Yöneticim beceriksiz olduğumu söyler.	0,73

İstismarcı yönetim ile ilgili ölçeğin faktör analizine uygunluğunu belirlemek amacıyla yapılan analizlerde KMO değeri 0,96, Bartlett testi sonucu da ( $p<0,01$ ) anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlara göre veri setinin faktör analizine uygun olduğu ve değişkenler arasında yüksek düzeyde ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçekteki ifadelerin faktör yüklerinin 0,88 ile 0,73 arasında dağıldığı belirlenmiş olup; ölçekteki ifadeler toplam açıklanan varyansı %65,91 olan, 15 maddeden oluşan tek faktör altında toplandığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar çerçevesinde ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 2: İşten Ayrılma Niyeti Ölçeği İle İlgili Açıklayıcı Faktör Analizi**

İfadeler	Faktör Yükleri
Büyük olasılıkla gelecek sene başka bir iş arıyor olacağım.	0,95
Önümüzdeki altı ay içerisinde, mevcut işimden ayrılma ihtimalimi yüksek görüyorum.	0,92
Başka bir kurumda çalışmak için mevcut işimden ayrılmayı ciddi bir şekilde düşünüyorum.	0,91
Eğer çalıştığım kurumdaki mevcut koşullar biraz daha kötüye giderse ayrılacağım.	0,87
Bazen çalıştığım kurum tarafından işimden ayrılmaya zorlandığımı hissediyorum.	0,74

İşten ayrılma niyeti ile ilgili ölçeğin faktör analizine uygunluğunu belirlemek amacıyla yapılan analizlerde KMO değeri 0,89, Bartlett testi sonucu da ( $p<0,01$ ) anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlara göre veri setinin faktör analizine uygun olduğu ve değişkenler arasında yüksek düzeyde ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçekteki ifadelerin faktör yüklerinin 0,95 ile 0,74 arasında dağıldığı belirlenmiş olup; ölçekteki ifadeler toplam açıklanan varyansı %77,63 olan, 5

maddeden oluşan tek faktör altında toplandığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar çerçevesinde ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 2).

## 2.2.Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizinde SPSS 18.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Veri analizleri kapsamında, tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Ayrıca Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda araştırma verilerinin normal dağılımdan gelmediği belirlendiğinden ( $p < 0,05$ ) istismarcı yönetim davranışı ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman's korelasyon analizi yapılmıştır. İstismarcı yönetim davranışının işten ayrılma niyetine etkisini belirlemek için de doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analizler sonucunda elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

## 3. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 3: Demografik Özelliklerin Dağılımı**

Demografik Özellikler	n	Dağılımı (%)	
Cinsiyet	Erkek	73	29,6
	Kadın	174	70,4
	<b>Toplam</b>	<b>247</b>	<b>100,0</b>
Yaş	≤ 25 Yaş	74	30,0
	26-35 Yaş	131	53,0
	36-45 Yaş	36	14,6
	≥ 46 Yaş	6	2,4
	<b>Toplam</b>	<b>247</b>	<b>100,0</b>
Eğitim Durumu	Lise	33	13,4
	Önlisans	90	36,4
	Lisans	97	39,3
	Lisansüstü	27	10,9
	<b>Toplam</b>	<b>247</b>	<b>100,0</b>
Hastanedeki Çalışma Süresi	1-5 Yıl	166	67,2
	6-10 Yıl	53	21,5
	11-15 Yıl	23	9,3
	≥ 16 Yıl	5	2,0
	<b>Toplam</b>	<b>247</b>	<b>100,0</b>
Görev	Hekim	5	2,0
	İdari Personel	146	59,1
	Sağlık Personeli	76	30,8
	Teknik veya Destek Personeli	20	8,1
	<b>Toplam</b>	<b>247</b>	<b>100,0</b>



Araştırmaya katılanların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 3’de gösterilmiştir. Tabloya göre araştırmaya katılanlardan 73 kişi (%29,6) erkek, 174 kişi ise (%70,4) kadındır. Katılımcılardan 74 kişinin (%30,0) 25 veya altı yaş aralığında, 131 kişinin (%53,0) 26-35 yaş aralığında, 36 kişinin (%14,6) 36-45 yaş aralığında, 6 kişinin de (%2,4) 46 veya üzeri yaş aralığında dağıldığı belirlenmiştir. Katılımcılardan 33 kişinin (%13,4) lise, 90 kişinin (%36,4) önlisans, 97 kişinin (%39,3) lisans, 27 kişinin de (%10,9) lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların kurumlarındaki çalışma süresine dağılımına bakıldığında, 166 kişinin (%67,2) 1-5 yıl aralığında, 53 kişinin (%21,5) 6-10 yıl aralığında, 23 kişinin (%9,3) 11-15 yıl aralığında, 5 kişinin de (%2,0) 16 yıl ve üzeri aralığında dağıldığı belirlenmiştir. Katılımcılardan 5 kişi (%2,0) hekim, 146 kişi (%59,1) idari personel, 76 kişi (%30,8) sağlık personeli, 20 kişi de (%8,1) teknik veya destek personeldir.

**Tablo 4: Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler**

Değişkenler	n	Ortalama	Standart Sapma
İstismarcı Yönetim Davranışı	247	2,19	0,96
İşten Ayrılma Niyeti	247	2,75	1,15

*1,00-1,80 Çok Düşük, 1,81-2,60 Düşük, 2,61-3,40 Orta, 3,41-4,20 Yüksek, 4,21-5,00 Çok Yüksek*

Tablo 4’e göre katılımcıların istismarcı yönetim davranışı algısının düşük ( $2,19 \pm 0,96$ ), işten ayrılma niyetinin ise orta düzeyde ( $2,75 \pm 1,15$ ) olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 5: İstismarcı Yönetim Davranışı İle İşten Ayrılma Niyeti İlişkisine Dair Korelasyon Analizi**

		İşten Ayrılma Niyeti
	r	0,68
İstismarcı Yönetim Davranışı	p	0,00
	n	247

Tablo 5’e göre istismarcı yönetim davranışı ile işten ayrılma niyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $p < 0,05$ ). Korelasyon katsayısına göre ( $r = 0,68$ ), istismarcı yönetim davranışı ile işten ayrılma niyeti arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır.

**Tablo 6: İstismarcı Yönetim Davranışının İşten Ayrılma Niyetine Etkisi**

Bağımsız Değişken	$\beta$	t	p
Sabit	0,86	6,71	0,00
İstismarcı Yönetim Davranışı	0,86	16,04	0,00

$R^2 = 0,512$   
 $F = 257,34$   
 $p = 0,00$

*Bağımlı Değişken: İşten Ayrılma Niyeti*

Tablo 6'da yer alan regresyon analizi sonuçlarına göre, istismarcı yönetim davranışının işten ayrılma niyetini pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir ( $\beta=0,86$ ,  $p<0,05$ ). İşten ayrılma niyetindeki değişimin % 51,2'sinin istismarcı yönetim davranışı tarafından açıklandığı belirlenmiştir ( $R^2=0,512$ ). Bu sonuçlar istismarcı yönetim davranışının, işten ayrılma niyetinin bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir.

#### 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma sonucunda, araştırmaya katılanlara göre istismarcı yönetim davranışı algısının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alper Ay'ın (2015:1122) Sivas il merkezindeki bir kamu hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik yapmış olduğu araştırmanın sonuçları da bu sonucu desteklemektedir. İstismarcı yönetim davranışı algısının düşük düzeyde çıkması hastaneler açısından istenilen bir durumdur; çünkü istismarcı yönetim davranışı çalışanların iş doyumunu, örgütsel bağlılığını, verimliliğini, örgütteki birçok tutum ve davranışını olumsuz etkileyebilmekte ve bağlı olarak örgüt ve hastalar açısından olumsuz sonuçları olabilmektedir.

Araştırmanın başka bir sonucu ise, araştırmaya katılanların işten ayrılma niyetinin orta düzeyde olduğudur. Literatürdeki benzer araştırmaların sonuçları da bu sonucu desteklemektedir (Caliskan ve Pekkan, 2019:476; Uslu ve Aktaş, 2017:148; Anafarta, 2015:120). İşten ayrılma niyetinin orta düzeyde çıkması hastaneler için çok istenilen bir durum değildir; çünkü günümüz çalışma hayatında özellikle sağlık sektöründe çalışanlar önemli bir varlık olarak görülmektedir. Sağlık sektörünün emek yoğun olmasından dolayı çalışana bağımlılık üst düzeydedir ve çalışanlar sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğini ve niceliğini doğrudan etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin nitelikli ve verimli bir şekilde sunulabilmesi, hasta memnuniyetinin sağlanabilmesi, maliyetlerin azaltılabilmesi, rekabet avantajı elde edilebilmesi için çalışanların işten ayrılma niyetinin azaltılması ve örgütsel bağlılığının artırılması kaçınılmazdır. Bunun için de hastanelerin çalışanlara tatmin edici ücret, terfi, karar alma sürecine katılım, yeterli personel sayısı ve güvenli bir iş çevresinde çalışmak gibi olanaklar sunması ve kurum politikalarında ve uygulamalarında çalışanları önemseyen göstermesi gerekmektedir (Akça ve Devedakan, 2017:243).

Bu araştırma ile özel hastane çalışanlarının istismarcı yönetim davranışına ilişkin algıları ile işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişkinin özel hastaneler açısından belirlenmesi amaçlanmış olup; bu amaçlara yönelik olarak iki araştırma hipotezi geliştirilmiştir. Hipotezleri test etmek amacıyla yapılan analizlerin sonuçlarına göre, istismarcı yönetim davranışı ile işten ayrılma niyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca istismarcı yönetim davranışının işten ayrılma niyetini pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre H1 ve H2 hipotezleri kabul edilmiştir. Sağlık kurumlarında yapılmış olan benzer araştırmaların sonuçları da bu sonuçları desteklemektedir (Abid ve Abid, 2017:475; Khattak vd., 2015:3556; Lyu, 2019:201-202; Pradhan ve Jena, 2018:42).

Bu araştırmanın sonuçları istismarcı yönetim davranışının işten ayrılma niyetinin bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir. Çalışanların işten ayrılma niyetinin ortadan kaldırılması ve örgütsel bağlılığın oluşturulması için hastane yönetimlerinin istismarcı yönetim davranışının gerçekleşmemesi için bazı çalışmalar yapması gerekmektedir. İstismarcı yönetim davranışını önleme çalışmalarına üst yönetim kademelerinden başlamak gerekmektedir; çünkü yöneticiler üst yönetim kademesinde yer alan yöneticilerin istismarcı yönetim davranışlarını rol model olarak alarak kendi astlarına karşı aynı davranışları sergileyebilmektedir (Mawritz vd., 2012:326). Bundan dolayı istismarcı yönetim davranışının gerçekleşmemesi için üst yönetim kademesinin astlarına karşı sergileyeceği tutum ve davranışlar çok önemlidir. Araştırma sonuçları çerçevesinde üst yönetim kademesinin şeffaf ve etkin

bir iletişim ağı kurması, istismarcı yönetim davranışı sergileyen yöneticilere yaptırımlar uygulaması, astların istismarcı yönetim davranışına maruz kaldığında bu durumu rahat ve hızlı bir şekilde ifade edebileceği bir kurum kültürü oluşturması ve daha alt kademe yöneticileri istismarcı yönetim davranışından sakınmaları konusunda bilgilendirmesi önerilmektedir. Bu araştırmanın yüksek olmayan sayıda çalışanla yapılmış olması bir sınırlılık olsa da, istismarcı yönetim davranışının işten ayrılma niyetine etkisinin ve bu değişkenler arasındaki ilişkinin özel hastaneler açısından ortaya konulması bakımından önemlidir. Konuya ilişkin benzer çalışmaların daha fazla çalışanla ve kamu hastanelerinde çalışanların da dahil edilerek yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

Abid, S. ve Abid, H. (2017). Abusive Supervision and Turnover Intention among Female Healthcare Professionals in Pakistani Hospitals. *International Journal of Advanced Research (IJAR)*, 5(11), 470-479. DOI:10.21474/IJAR01/5792

Ahmad, W., Khattak, A.J.ve Ahmad, G. (2016). Impact of Abusive Supervision on Job Satisfaction and Turnover Intention: Role of Power Distance as a Moderator. *City University Research Journal*, Volume:06, Number:01, 122-136.

Akça, S. ve Devebakan, N. (2017). Sağlık Kurumlarında Çalışanların Kurumda Kalma ya da Ayrılma Kararlarının Belirlenmesinde Örgütsel Bağlılığın Etkisi: İzmir İlinde Bir Araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:32, Sayı:2, 239-261.

Alper Ay, F. (2015). İstismarcı Yönetim, İşyeri Yalnızlığı ve Örgütsel Sinizm Arasındaki İlişkiler: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Çalışma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 41, 1116-1126.

Anafarta, N. (2015). Algılanan Örgütsel Destek ve İşten Ayrılma Niyeti İlişkisi: İş Tatmininin Aracılık Rolü. *İ.Ü. İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi*, 26(79), 112-130.

Arif, M., Sindhu, M.I., Urooj, S.F. ve Haider Hashmi, S . (2017). Impact of Abusive Supervision on Turnover Intention Through Future Work Self-Saliency and Organization-Based Self-Esteem. *International Journal of Organizational Leadership*, 6, 481-490.

Arslan, D.T. ve Esatoğlu, A.E. (2017). Hastane İdari Personelinin Örgütsel Güven ve Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 9(2), 315-352. DOI: 10.20491/isarder.2017.274

Bolat, O.İ., Bolat, T., Seymen, O. ve Yüksel, M. (2017). İstismarcı Yönetim ve Tükenmişlik: Lider-Üye Etkileşimi ve Güç Mesafesinin Düzenleyici Etkisi. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt:20, Sayı: 38, 123-161.

Caliskan, A. ve Pekkan, N.U. (2019). Sağlık Sektörü Çalışanlarında Tükenmişlik Duygusunun İşten Ayrılma Niyetine Etkisi: Kişi-Örgüt Uyumunun Aracılık Rolü. *Business and Economics Research Journal*, Vol. 10, No. 2, 469-481. doi: 10.20409/berj.2019.180

Fakhar, F.B. (2014). Impact of Abusive Supervision on Organizational Citizenship Behavior: Mediating Role of Job Tension, Emotional Exhaustion and Turnover Intention. *IOSR Journal of Business and Management*, 16(2), 70-74.

Harris, K.J., Kacmar, K.M. ve Zivnuska, S. (2007). An Investigation of Abusive Supervision as a Predictor of Performance and the Meaning of Work as a Moderator of the Relationship. *The Leadership Quarterly*, 18(3), 252-263. doi:10.1016/j.leaqua.2007.03.007

Javaid, S. ve Hanif, M.I. (2018). The Impact of Abusive Supervision on Employee Creativity and Team Innovation: Mediation Role of Employee Intrinsic Motivation. *European Journal of Business and Management*, Vol.10, No.16, 1-11.

Jung, H.S. ve Yoon, H.H. (2013). The Effects of Organizational Service Orientation on Person–Organization Fit and Turnover Intent. *The Service Industries Journal*, Vol.33, No.1, 7-29. <http://dx.doi.org/10.1080/02642069.2011.596932>

Karataş, A. (2016). Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma (Kurum Değişirme) Niyeti İlişkisi (Kamu Kurumlarında Çalışan Personel Üzerinde Bir Araştırma). *Akademik Bakış Dergisi*, Sayı:53, 71-83.

Khattak, A.J., Ahmad, W., Ahmad, A. ve Manzoor, H. (2015). The Role of Supervisor Perceived Intent as a Moderator in the Impact of Abusive Supervision on Emotional Exhaustion and Turnover Intention. *Sci.Int.(Lahore)*, 27(4), 3553-3559.

Koçak, D. (2019). İstismarcı Yönetimin Prososyal Motivasyon Üzerindeki Etkisinde Örgütsel Özdeşleşmenin Aracı Etkisi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 11(1), 517-528. <https://doi.org/10.20491/isarder.2019.616>

Lyu, D., Ji, L., Zheng, Q., Yu, B. ve Fan, Y. (2019). Abusive Supervision and Turnover Intention: Mediating Effects of Psychological Empowerment of Nurses. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 198-203. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.005>

Mawritz, M.B., Mayer, D.M., Hoobler, J.M., Wayne, S. J. ve Marinova, S.V. (2012). A Trickle-Down Model of Abusive Supervision. *Personnel Psychology*, 65(2), 325-357.

Mitchell, M.S. ve Ambrose, M.L. (2007). Abusive Supervision and Workplace Deviance and the Moderating Effects of Negative Reciprocity Beliefs. *Journal of Applied Psychology*, Vol.92, No.4, 1159–1168. DOI: 10.1037/0021-9010.92.4.1159

Mullen, J., Fiset, J. ve Rhéaume, A. (2018). Destructive Forms of Leadership: The Effects of Abusive Supervision and Incivility on Employee Health and Safety. *Leadership & Organization Development Journal*, Vol.39, No.8, 946-961. DOI 10.1108/LODJ-06-2018-0203

Özdevecioğlu, M., Akın, M., Karaca, M. ve İştahlı, B. (2014). Kötü Niyetli Yönetim Algılamasının Çalışanların Performansları Üzerindeki Etkisinde Duygusal Zekânın Rolü. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 4, Sayı 1, 1-18.

Pradhan, S. ve Jena, L.K. (2018). Emotional Intelligence as a Moderator in Abusive Supervision-Intention to Quit relationship among Indian Healthcare Professionals. *Asia-Pacific Journal of Business Administration*, Vol.10 No.1, 35-49. DOI 10.1108/APJBA-09-2017-0089



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Raza, B., Ahmed, A., Zubair, S. ve Moueed , A. (2019). Linking Workplace Deviance and Abusive Supervision: Moderating Role of Positive Psychological Capital. *International Journal of Organizational Leadership*, 8(1), 95-111.

Sousa-Poza, A. ve Henneberger, F. (2004). Analyzing Job Mobility with Job Turnover Intentions: An International Comparative Study. *Journal of Economic Issues*, 38(1), 113-137.

Tekingündüz, S. ve Kurtuldu, A. (2015). İşten Ayrılma Niyeti, İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık, Liderlik ve İş Stresi Arasındaki İlişkilerin Analizi: Bir Hastane Örneği. *International Journal of Human Sciences*, 12(1), 1501-1517. doi: 10.14687/ijhs.v12i1.3270

Tepper, B.J. (2000). Consequences of Abusive Supervision. *Academy of Management Journal*, Vol.43, No.2, 178-190.

Uslu, S. ve Aktaş, H. (2017). İşten Ayrılma Niyeti ile Örgütsel Sessizlik Etkileşiminde İş Güvencesi Memnuniyeti ve İş Güvencesi Endeksinin Aracı Rolü: Özel Bir Hastane Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, C.12, S.1, 141-160.

Üçok, D. ve Turgut, T. (2014). İstismarcı Yönetici Davranışının İşyerindeki Sapkın Davranışlar Üzerindeki Rolü. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 9(3), 163-179.

Ülbeği, İ.D., Özgen, H.M. ve Özgen, H. (2014). Türkiye’de İstismarcı Yönetim Ölçeğinin Uyarlaması: Güvenirlilik ve Geçerlik Analizi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 23, Sayı 1, 1-12.

Wu, T.Y. ve Hu, C. (2009). Abusive Supervision and Employee Emotional Exhaustion: Dispositional Antecedents and Boundaries. *Group & Organization Management*, Volume:34, Number:2,143-169.

Yıldırım, N. ve Benlier, O.C. (2017). İstismarcı Yönetici Algısının İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisi Tunceli İli Kamu Kurumunda Araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt: 10, Sayı: 48, 679-683.

## SAĞLIK KURULUŞLARINDA UYGULANAN İÇ DENETİM VE DIŞ DENETİMİN ÇALIŞANLAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ<sup>1</sup>

### THE IMPLEMENTATION OF THE INTERNAL AUDIT AND EXTERNAL AUDIT OF THE HEALTH ORGANIZATIONS ON EMPLOYEES

**Dr. Öğr. Üyesi Naim KARAGÖZ**

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

[nkaragoz@cumhuriyet.edu.tr](mailto:nkaragoz@cumhuriyet.edu.tr)

orcid: 0000-0002-6456-1128

**Erol YAMAN**

KKKT

[yaman\\_erol1907@hotmail.com](mailto:yaman_erol1907@hotmail.com)

orcid: 0000-0002-9934-1096

Makale gönderim-kabul tarihi (13.03.2019-05.05.2019)

#### Özet

Bu araştırma Sivas Numune Hastanesinde iç denetim ve dış denetimin çalışanlar üzerindeki etkilerini saptamak amacıyla yapılmıştır. Kamu kurumu ve özel işletmelerin kuruluşlarındaki temel amacı gerçekleştirmek için etkili bir iç denetim ve dış denetim sistemine ihtiyaçları vardır. Kurum yahut işletmenin sahip olduğu potansiyeli en iyi şekilde kullanmak ve çözüm odaklı bir risk yönetimini sağlamak adına bu mekanizmaların standartlara uygun bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekir. Performans takibi ve mali kaynakların değerlendirilmesi, usule ve yasaya uygunluğun denetimi, iç denetim, dış denetim ve iç kontrol ile sağlanmaktadır. Denetim, bu aygıtlar arasında işbirliği ve koordinasyon içinde bir süreç olarak yürütülür. Türk mevzuatı iç kontrol, iç denetim ve dış denetim faaliyetlerini ayrıntılı bir şekilde ele almıştır. Denetimin, sağlık çalışanları üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri olabileceği gözlemlenmiştir. Yüz yüze anket yöntemi ile yapılan araştırmanın örneklemini 240 kişiden oluşmaktadır. Anket, çalışanlar arasında gönüllülük esasına göre yapılmış olup; Mayıs-Haziran 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** İç denetim, dış denetim (yüksek denetim), iç kontrol, denetim

#### Abstract

The aim of this study is to determine the effects of internal audit and external audit on the employees outside the Sivas Numune Hospital. Public institutions and private corporations require effective internal audit and external audit system to realize primary aim in their establishment. These mechanisms must be conducted to use perfectly potential of institutions and corporations and to provide solution oriented risk management. Pursuance of performance and considering of financial resources, control of legality and formality be provided with internal audit, external audit and internal control. Audit be conducted in cooperation and coordination among these mechanisms. Internal control, internal audit and external audit operations have been ensured extensively in Turkish legislation. Forable and unfavorable influences of the audit have been observed on the employees of

<sup>1</sup> Bu makale Erol Yaman'ın (2018) Sağlık Kuruluşlarında Uygulanan İç Denetim Ve Dış Denetimin Çalışanlar Üzerindeki Etkileri Başlıklı tezinden üretilmiştir.

health sector. Face to face survey method was used in the research. The sample of the study consisted of 240 people. The survey was conducted on a voluntary basis. It was implemented between May and June 2017.

**Keywords:** Internal audit, external audit (supreme audit), internal control, audit

## GİRİŞ

Günümüzde serbest piyasadaki rekabete kamu teşebbüsleri de dahil olmuştur. Devlet eliyle anayasa ve yasal düzlemde sağlanan kamu kurumları ve kamu iktisadi teşebbüsleri piyasadaki yarış içinde işletilmektedir. Bir anlamda devlet serbest piyasa aktif rol sahibidir ve özel teşebbüslerle yarışmaktadır. Yasalarla kurulan Rekabet Kurulu gibi üst kurullar sayesinde piyasadaki rekabet dengelenmekte ve devletin ezici üstünlüğü altında özel teşebbüslerin zarar görmesini engellemektedir. Fakat bu kurumların iç yönetimindeki kontrolü ve hesap verilebilirliği sağlamak için kullanılan iç kontrol, iç denetim ve dış denetim gibi mekanizmalara ihtiyaç duyulmaktadır. İç denetim, bir kurum yahut işletmenin tüm etkinlik ve çalışmalarını verimli bir şekilde, işletmenin temel gayesine uygun idare edilip edilmediğini denetleyen bir mekanizmadır. İç denetim bir kurum yahut işletmenin faaliyetlerini değer katarak işletmeyi geliştiren, danışmanlık ve güvence faaliyeti sağlayan kurum içi bağımsız, objektif ve tarafsız bir inceleme işidir (Karatepe 2011:15). Dış denetim işletmeden bağımsız ve uzman kişiler tarafından yapılan denetim türüdür. Sağlık kurumlarında iç denetçiler, üst düzey yöneticiler, dış denetçi ise Sağlık Bakanlığı'dır. Burada denetçi, denetlenen kurumların hesap ve işlemlerinin düzenliliği, yasallığı ve mali yönetim performansının önceden belirlenmiş standartlara uygunluğunun incelenmesi ile mevcut ya da muhtemel aksaklıkların giderilmesi ve sorumluların sorumluluklarının tespiti yaparak ilgili yetkililere rapor hazırlamaktadır.

Araştırmada iç denetim ve dış denetimin faydalarına değinilmiş, kurum ve işletmelerde hesap verilebilirlik, risk yönetimi, potansiyelin en üst düzeyde değerlendirilmesi, idare ve çalışanlar arasında güven tesisi, istikrar ve öngörülebilirlik gibi unsurların üzerinde durulmuştur. Amaç ve kapsamı doğrultusunda ayrıntılı bir şekilde iç ve dış denetim kavramları açıklanmıştır. İç denetimde bağımsızlık özelliğinin üzerinde durularak etkili bir iç denetimin sağlanabilmesinin ancak bağımsız ve objektif bir şekilde yürütülerek sağlanacağı aktarılmıştır. Bu bağlamda kurum içinde çalışan-yönetim arasındaki güvenin nasıl etkilendiği vurgulanarak araştırma konusunun verilerini yorumlamaya yardımcı tanımlamalara gidilmiştir. Çalışmada, mevzuattaki iç denetim hükümlerine geniş bir yer verilmiştir. Zira 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ayrıntılı hükümleri sayesinde Türkiye'de iç denetim standartları ve sınırları belirlenmiştir. Araştırmada bir kamu kurumu konu edildiği için, kanun hükümleri süreci anlamada aydınlatıcı olacaktır. Başta Sayıştay olmak üzere belli başlı dış denetim kurumlarına çalışmada yer ayrılmış olup Yüksek denetimin idare hukuku ve kamu yönetimi alanındaki yerini açıklamak adına bu kurumların temel mahiyetlerinden bahsedilmiştir. Dış denetimde devletin rolü açıklanmaya çalışılmış, kurum ve dış denetçiler arasında sağlanacak işbirliğinin olumlu tarafları gösterilmiştir. Bu kapsamda, bu araştırmanın amacı, Sivas Numune Hastanesi örneğinden yola çıkarak sağlık kuruluşlarındaki iç denetim ve dış denetim mekanizmasının çalışanlar üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini tespit etmek, performansı ve verimliliği etkileyen faktörleri ortaya çıkarmaktır.

### 1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

#### 1.1. İç Denetim

İç denetim, yönetsel hesap verilebilirliği, örgütsel riskleri, iç kontrolleri, prosedürleri bir izleme aracı olarak yirminci yüzyılda denetimin bir branşı olarak gelişmiştir (O'Regan, 2004: 147). İç kontrol

sisteminin etkinliğinin ölçülerek ve değerlendirilerek yönetime sunulan bağımsız bir belirleme hizmetidir (Hepworth, 2003:3) İç denetim bir kurum yahut işletmenin faaliyetlerini değer katarak işletmeyi geliştiren, danışmanlık ve güvence faaliyeti sağlayan kurum içi bağımsız, objektif ve tarafsız bir inceleme işidir (Karatepe 2011: 15). İç kontrol faaliyetleri; düzenli, ahlak kurallarına uygun, ekonomik, verimli ve etkin bir biçimde gerçekleştirme, hesap verme sorumluluğunun gerektirdiği yükümlülükleri yerine getirme, yürürlükteki yasalara ve yönetmeliklere uyma, kayıplara kötü kullanıma ve hasarlara karşı kaynakları koruma hedeflerini gerçekleştirmek suretiyle; kurumun misyonunu başarması için riskleri göğüslemek ve makul bir güvence sağlamak üzere tasarlanmıştır. Koruyucu- önleyici ve onarıcı olarak tür iç denetim vardır (Pişkin 2011: 53). İç denetimin ilkeleri; ilgili yasal çerçevede mümkün olduğunca bağımsız olmak, objektif ve sürekli olmaktır (ISSAI 1 ).

İç denetimin yararları olarak; finansal tablolara ve yönetime güveni, işletme yönetimi ve personelinin yasaya aykırı herhangi bir işlem yapmasını engellemeyi, iç kontrolde belli bir standart yakalamayı sağlaması, kurum içi adil idareye katkı sağlaması, çalışanların iş performanslarının artmasına yardımcı olması, kuruma değer katması, işletmelerin mali açıdan tasarruf etmesini ve kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanımını sağlaması sayılabilir (Aksoy, 2008: 75).

## 1.2. Dış Denetim

Dış denetim kamu gelirlerinin elde edilmesi, kamu harcamalarının yapılması ve kamu mallarının korunmasıyla görevli olanların hesap ve işlemleri üzerinde, parlamento ve yürütme erkinden bağımsız bir organ tarafından; denetlenen kurumların hesap ve işlemlerinin düzenliliği, yasallığı ve mali yönetim performansının önceden belirlenmiş standartlara uygunluğunun incelenmesi ile mevcut ya da muhtemel aksaklıkların giderilmesi ve sorumluların sorumluluklarının tespiti için parlamento veya yargıya rapor hazırlama sürecidir ([www.iktisatsozlugu.com](http://www.iktisatsozlugu.com), 01.10.2018).

Dış denetim yapma yetkisine sahip kurumlar; Maliye Bakanlığı, Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu, Başbakanlık Teftiş Kurulu, Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu ve Sayıştay olarak sıralanabilir (Öztek 2001: 294).

Dış denetimin en etkili uygulamalarından birisi, Ombudsman, Mediatör, Prokuratura gibi adlarla kurulmuş olan örgütler aracılığıyla gerçekleştirilen denetimlerdir. Kamu kurumlarının özellikle vatandaşlarla olan ilişkilerinde hukuk sınırları çerçevesinde hareket etmelerini sağlamaya yönelik bu tür denetimler, dış denetim içinde önemli yer tutar (Köse, 2007: 30-31).

İç ve dış denetim 2017 yılında yayınlanan; Sağlık Bakanlığı / Bağlı Kuruluşların Teşkilatlanması ve Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Denetim Mekanizmaları Kanun Hükmünde Kararname'sine göre yapılmaktadır.

## 2. İÇ VE DIŞ DENETİMİN SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: SİVAS NUMUNE HASTANESİ ÖRNEĞİ

Bu bölümde “Sağlık Kuruluşlarında Uygulanan İç denetim ve Dış Denetimin Çalışanlar Üzerindeki Etkisi”ni analiz etmek üzere anketlerle yapılan araştırmanın bulgularına yer verilmiştir. Aşağıdaki aşamalar yapılan araştırmadan elde edilen verilerin analizi, oluşturulan hipotezler kapsamında detaylı olarak açıklanmıştır.



## 2.1. Yöntem

Yukarıda tanımı ve açıklaması yapılan konu hakkında; kamu kurumu ve özel işletmelerin kuruluşlardaki temel amacı gerçekleştirmek için etkili bir iç denetim ve dış denetim sistemine ihtiyaçları olmasından dolayı, iç denetim ve dış denetimin çalışanlar üzerindeki etkisinin ne düzeyde olduğu incelenmek istenmiştir.

## 2.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı, Sivas Numune Hastanesinde iç denetim ve dış denetimin çalışanlar üzerindeki etkilerini saptamaktır. Kamu hastanelerinin kuruluşlarındaki temel amacı gerçekleştirmek için etkili bir iç denetim ve dış denetim sistemine ihtiyaçları vardır. Kurumun sahip olduğu potansiyeli en iyi şekilde kullanmak ve çözüm odaklı bir risk yönetimini sağlamak adına bu mekanizmaların standartlara uygun bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Standartlara uygun yapılan faaliyetler çalışanlar için de belirsizlikleri ortadan kaldırmaktadır.

## 2.3. Materyal ve Metot

“Sağlık Kuruluşlarında Uygulanan, İç Denetim ve Dış Denetimin Çalışanlar Üzerindeki Etkisi”ni değerlendirmeye yönelik anketin her sorusunda “evet-hayır-geliştirilebilir” şeklinde üç şık bulunmakta, çalışanlar bu şıklardan kendilerine uyan yalnızca bir seçeneği işaretleyebilmektedir. Soru sayısı 42 olup, anket kapsamında açık uçlu soru bulunmamaktadır.

**Demografik Bilgi Formu:** Araştırma kapsamına alınan çalışanların cinsiyeti, mesleği, medeni durumu ve kurumda çalıştığı toplam süre gibi tanıtıcı bilgiler yer almaktadır. Ölçeğin uygulanması 15-20 dk sürmektedir. Sivas Numune Hastanesi’nde yapılmış olan araştırmanın evreni 2000 kişidir. % 5 hata payı ve %95 güven seviyesiyle örneklem 240 kişiden oluşmaktadır. Anket, çalışanlar arasında gönüllülük esasına göre yapılmış olup, Mayıs-Haziran 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Yapılan araştırmada ankete katılanların soruları anlayarak ve objektif olarak cevap verecekleri, anket sonuçlarının hipotezleri, hipotezlerin ise tezi ölçeceği kullanılan istatistiksel tekniklerin araştırmanın amacına uygun olduğu varsayılmıştır.

Araştırma Sivas Numune Hastanesi’nde çalışan sağlık personelleri ile sınırlıdır. Bu araştırmada edinilen bilgiler, “Sağlık Kuruluşlarında Uygulanan, İç Denetim ve Dış Denetimin Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisini Değerlendirmeye Yönelik ” anket çalışması ile sınırlıdır.

## 2.4. Araştırmanın Tezi ve Hipotezleri

Tez: İç denetim ve dış denetimin sağlık çalışanları üzerindeki etkisi.

Hipotezler:

H1: Sağlık kuruluşlarındaki faaliyet ve kontrollerin gelişimiyle denetimler arasında farklılık vardır.

H2: Sağlık kuruluşlarında yapılan denetimlerin çalışanlara geri bildirimde bulunmasıyla başarı motivasyonu arasında farklılık vardır.

## 2.5. Verilerin Çözümü ve Yorumlanması

Araştırmada veri toplama araçları ile elde edilen bilgilerin çözümlenmesi SPSS 22.00 programı kullanılarak bilgisayar ortamında yüzde dağılım yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Anketin Cronbach's

Alpha katsayısı 0,878 bulunmuştur. Bu değer  $0,80 < P < 1,00$  aralığında olduğundan güvenilirlik yüksek düzeydedir.

**Tablo 1.** Personelin Demografik Özellikleri

CİNSİYET	N	%	MESLEK	N	%
Kadın	130	54,2	Doktor	59	24,6
Erkek	110	45,8	Sağlık çalışanı	91	37,9
Total	240	100,0	Memur	48	20,0
			Şirket personeli	42	17,5
			Total	240	100,0

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan personellerden (n=240) %54,2'sinin kadın, % 45,8'inin erkek olduğu görülmektedir. Personellerden %24,6'sının doktor, % 37,9'unun sağlık çalışanı, % 20,0'sinin memur, %17,5'unun şirket personeli olduğu görülmektedir.

**Tablo 2.** Cinsiyet ile “Amirlerimiz genel olarak işle ilgili fikrimizi sorarlar” yargısı arasındaki ilişki

Amirlerimiz genel olarak işle ilgili fikrimizi sorarlar						
Cinsiyet			Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
	Kadın	f	61	37	32	130
	Erkek	f	27	64	19	110
	Toplam	f	88	101	51	240
		%	36,7	42,1	21,3	100,0

p=0.00  $\chi^2=22, 155a$

Çalışanların cinsiyetleri ile “Amirlerimiz genel olarak işle ilgili fikrimizi sorarlar” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00 < 0,05$ ). Tabloda verilen yüzde değerleri de analizdeki farklılığı desteklemektedir. Buna göre çalışanların yaklaşık yarısı amirlerinin fikirlerini sormadığını ifade etmiştir.

**Tablo 3.** Cinsiyet ile “Denetim süresince tespit edilen sorunların ve risklerin paylaşım düzeyi yeterlidir” yargısı arasındaki ilişki

Denetim süresince tespit edilen sorunların ve risklerin paylaşım düzeyi yeterlidir.						
Cinsiyet			Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
	Kadın	f	63	20	47	130
		%	48,5	15,4	36,2	100,0
	Erkek	f	25	41	44	110
		%	22,7	37,3	40,0	100,0
	Toplam	f	88	61	91	240
%		36,7	25,4	37,9	100,0	

p=0.00  $\chi^2=22, 225a$

Çalışanların cinsiyetleri ile “Denetim süresince tespit edilen sorunların ve risklerin paylaşım düzeyi yeterlidir” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00<0,05$ ). Buna göre çalışanlar paylaşımın olduğu konusunda yoğunlaşmışlardır ve kadınlar erkeklere göre daha olumlu yaklaşmışlardır.

**Tablo 4.** Cinsiyet ile “Denetim sonucunda cezalandırma ve ödüllendirme teknikleri yeterlidir” yargısı arasındaki ilişki

Denetim sonucunda cezalandırma ve ödüllendirme teknikleri yeterlidir						
Cinsiyet			Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
			Kadın	f	44	26
%	33,8	20,0		46,2	100,0	
Erkek	f	24	58	28	110	
	%	21,8	52,7	25,5	100,0	
Toplam	f	68	84	88	240	
	%	28,3	35,0	36,7	100,0	
p=0.00		x <sup>2</sup> =28, 239a				

Çalışanların cinsiyetleri ile “Denetim sonucunda cezalandırma ve ödüllendirme teknikleri yeterlidir” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00<0,05$ ). Buna göre çalışanların 1/3’i yetersiz olduğunu, diğer 1/3’i ise geliştirilmesi gerektiğini düşünmektedir ve erkekler kadınlara göre daha olumsuz yaklaşmışlardır.

**Tablo 5.** Cinsiyet ile “Denetimler kolay iletişim kurabilen kimseler tarafından yapılmaktadır” yargısı arasındaki ilişki

Denetimler kolay iletişim kurabilen kimseler tarafından yapılmaktadır						
Cinsiyet			Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
			Kadın	f	71	16
%	54,6	12,3		33,1	100,0	
Erkek	f	33	32	45	110	
	%	30,0	29,1	40,9	100,0	
Toplam	f	104	48	88	240	
	%	43,3	20,0	36,7	100,0	
p=0.00		x <sup>2</sup> =17, 720a				

Çalışanların cinsiyetleri ile “Denetimler kolay iletişim kurabilen kimseler tarafından yapılmaktadır” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00<0,05$ ). Buna göre çalışanların yaklaşık yarısı denetimin iletişim yeteneği güçlü kişilerce yapıldığını düşünmektedir ve kadınlar erkeklere göre daha olumlu yaklaşmışlardır.

**Tablo 6.** Cinsiyet ile “Denetimler disiplin çerçevesinde yapılmaktadır” yargısı arasındaki ilişki

Denetimler disiplin çerçevesinde yapılmaktadır						
Cinsiyet	Kadın	f	Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
		%	84	9	37	130
	Erkek	f	45	27	38	110
		%	40,9	24,5	34,5	100,0
	Toplam	f	129	36	75	240
		%	43,8	15,0	31,3	100,0
p=0.00		x <sup>2</sup> =19, 271a				

Çalışanların cinsiyetleri ile “Denetimler disiplin çerçevesinde yapılmaktadır” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.00<0,05). Buna göre çalışanların yaklaşık yarısı denetimlerin disiplin bir şekilde yürütüldüğünü düşünmektedir ve kadınlar erkeklere göre daha olumlu yaklaşmışlardır.

**Tablo 7.** Cinsiyet ile “Denetimler çalışanlara geri bildirimde bulunarak başarı motivasyonunu artırır” yargısı arasındaki ilişki

Denetimler Çalışanlara Geri Bildirimde Bulunarak Başarı Motivasyonunu Artırır						
Cinsiyet	Kadın	f	Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
		%	66	16	48	130
	Erkek	f	50	40	20	110
		%	45,5	36,4	18,2	100,0
	Toplam	f	116	56	68	240
		%	48,3	23,3	28,3	100,0
p=0.00		x <sup>2</sup> =22, 512a				

Çalışanların cinsiyetleri ile “Denetimler çalışanlara geri bildirimde bulunarak başarı motivasyonunu artırır” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.00<0,05). Buna göre çalışanların yaklaşık yarısı denetimlerin motivasyonu arttırdığı konusuna katılmaktadır ve kadınlar erkeklere göre daha olumlu yaklaşmışlardır.

**Tablo 8.** Medeni durum-“Denetimin çalıştığım birimdeki sorunlu alanları kapsama düzeyi uygundur” yargısı arasındaki ilişki

Denetimin Çalıştığım Birimdeki Sorunlu Alanları Kapsama Düzeyi Uygundur						
Çalışanların Medeni Durumları	Evli	F	31	31	60	122
		%	25,4	25,4	49,2	100,0
	Bekar	F	63	6	49	118
		%	53,4	5,1	41,5	100,0
	Toplam	F	94	37	109	240
		%	39,2	15,4	45,4	100,0

p=0.00 x<sup>2</sup>=28, 837a

Çalışanların medeni durumları ile “Denetimin çalıştığım birimdeki sorunlu alanları kapsama düzeyi uygundur” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.00<0,05). Buna göre evli olan çalışanların yaklaşık yarısı denetimin geliştirilmesi gerektiğini düşünmektedir.

**Tablo 9.** Medeni durum-“Denetim süresince tespit edilen sorunların ve risklerin paylaşım düzeyi yeterlidir” yargısı arasındaki ilişki

Denetim Süresince Tespit Edilen Sorunların ve Risklerin Paylaşım Düzeyi Yeterlidir						
Çalışanların Medeni Durumları	Evli	F	30	46	46	122
		%	24,6	37,7	37,7	100,0
	Bekar	F	58	15	45	118
		%	49,2	12,7	38,	100,0
	Toplam	F	88	61	91	240
		%	36,7	25,4	37,9	100,0

p=0.00 x<sup>2</sup>=24, 614a

Çalışanların medeni durumları ile “Denetim süresince tespit edilen sorunların ve risklerin paylaşım düzeyi yeterlidir” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.00<0,05). Buna göre bekar olanların yaklaşık yarısı tespit edilen sorunların ve risklerin paylaşım düzeyinin yeterli olduğunu düşünmekteyken evli olanların çoğunluğu yetersiz olduğunu veya geliştirilmesi gerektiğini düşünmektedir.

**Tablo 10.** Meslek ile “Amirlerimiz güvenilir ve adildirler” yargısı arasındaki ilişki

Amirlerimiz Güvenilir ve Adildirler.					
		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
Doktor	F	12	17	30	59
	%	20,3	28,8	50,8	100,0
Sağlık Çalışanı	F	39	22	30	91
	%	42,9	24,2	33,0	100,0
Memur	F	21	0	27	48
	%	43,8	,0	56,3	100,0
Şirket Personeli	F	27	7	8	42
	%	64,3	16,7	19,0	100,0
Toplam	F	99	46	95	240
	%	41,3	19,2	39,6	100,0

p=0.00 x<sup>2</sup>=35, 921a

Çalışanların meslekleri ile “Amirlerimiz güvenilir ve adildirler” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.00<0,05). Buna göre doktorlar diğer meslek gruplarına göre en olumsuz düşünen gruptur, fakat genel olarak geliştirilmesi gerektiği fikri ağırlıktadır.

**Tablo 11.** Meslek ile “Yaptığım iş nedeniyle toplumda saygın bir kişi olduğumu düşünüyorum” yargısı arasındaki ilişki

Yaptığım İş Nedeniyle Toplumda Saygın Bir Kişi Olduğumu Düşünüyorum					
		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
Doktor	F	50	4	5	59
	%	84,7	6,8	8,5	100,0
Sağlık Çalışanı	F	47	18	26	91
	%	51,6	19,8	28,6	100,0
Memur	F	25	10	13	48
	%	52,1	20,8	27,1	100,0
Şirket Personeli	F	29	10	3	42
	%	69,0	23,8	7,1	100,0
Toplam	F	151	42	47	240
	%	62,9	17,5	19,6	100,0

p=0.00 x<sup>2</sup>=25,026a

Çalışanların meslekleri ile “Yaptığım iş nedeniyle toplumda saygın bir kişi olduğumu düşünüyorum” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.00<0,05). Buna göre bu yargı ifadesine doktorlar çok yüksek oranda katılırken diğer meslek grupları yarı yarıya katılmaktadır.

**Tablo 12.** Meslek ile “Denetimler Sektörü yakından bilen kimseler tarafından yapılmaktadır” yargısı arasındaki ilişki

Denetimler Sektörü Yakından Bilen Kimseler Tarafından Yapılmaktadır.					
		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
Doktor	F	12	22	25	59
	%	20,3	37,3	42,4	100,0
Sağlık Çalışanı	F	42	12	37	91
	%	46,2	13,2	40,7	100,0
Memur	F	28	12	8	48
	%	58,3	25,0	16,7	100,0
Şirket Personeli	F	21	10	11	42
	%	50,0	23,8	26,2	100,0
Toplam	F	103	56	81	240
	%	42,9	23,3	33,8	100,0

p=0.00 x<sup>2</sup>=26,829a

Çalışanların meslekleri ile “Denetimler sektörü yakından bilen kimseler tarafından yapılmaktadır” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.00<0,05). Buna göre doktorlar en olumsuz görüşte olan grupken şirket çalışanları en olumlu görüşe sahip gruptur.

**Tablo 13.** Meslek ile “Denetleme süreci aynı zamanda değerlendiren ve değerlendirilen personel arasında güvenin artmasını sağlar” yargısı arasındaki ilişki

Denetleme Süreci Aynı Zamanda Değerlendiren ve Değerlendirilen Personel Arasında Güvenin Artmasını Sağlar.					
		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
Doktor	F	35	15	9	59
	%	59,3	25,4	15,3	100,0
Sağlık Çalışanı	F	28	23	40	91
	%	30,8	25,3	44,0	100,0
Memur	F	33	7	8	48
	%	68,8	14,6	16,7	100,0
Şirket Personeli	F	24	7	11	42
	%	57,1	16,7	26,2	100,0
Toplam	F	120	52	68	240
	%	50,0	21,7	28,3	100,0

p=0.00 x<sup>2</sup>=27,862a

Çalışanların meslekleri ile “Denetleme süreci aynı zamanda değerlendiren ve değerlendirilen personel arasında güvenin artmasını sağlar” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $P=0.00<0,05$ ). Bu ifadeye her çalışan grubunun yaklaşık yarısı katılmaktayken bu oran en yüksek memurlardadır.

**Tablo 14.** Toplam çalışma süresi-“Çalıştığım kurum kariyer geliştirme açısından beni teşvik eder” yargısı arasındaki ilişki

Çalıştığım Kurum Kariyer Geliştirme Açısından Beni Teşvik Eder					
Çalışanların Toplam Çalışma Süresi		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
0_1 Yıl	F	21	33	2	56
	%	37,5	58,9	3,6	100,0
1_5 Yıl	F	21	19	25	65
	%	32,3	29,2	38,5	100,0
5_10 Yıl	F	7	25	14	46
	%	15,2	54,3	30,4	100,0
10_20 Yıl	F	2	31	19	52
	%	3,8	59,6	36,5	100,0
20 Yıl ve Üzeri	F	4	15	2	21
	%	19,0	71,4	9,5	100,0
Toplam	F	55	123	62	240
	%	22,9	51,3	25,8	100,0

p=0.00 x2=46,138a

Çalışanların toplam çalışma süresi ile “Çalıştığım kurum kariyer geliştirme açısından beni teşvik eder” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $P=0.00<0,05$ ). Buna göre genel olarak çalışma yılı ilerledikçe çalışanların kariyer gelişime olan inançları azalmaktadır.



**Tablo 15.** Toplam çalışma süresi-“Çalıştığım kurumda çalışanlarla ilgilenilmiyor” yargısı ilişkisi

Çalıştığım Kurumda Çalışanlarla İlgilenilmiyor					
Çalışanların Toplam Çalışma Süresi		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
0_1 Yıl	F	16	11	29	56
	%	28,6	19,6	51,8	100,0
1_5 Yıl	F	22	9	34	65
	%	33,8	13,8	52,3	100,0
5_10 Yıl	F	21	16	9	46
	%	45,7	34,8	19,6	100,0
10_20 Yıl	F	26	14	12	52
	%	50,0	26,9	23,1	100,0
20 Yıl ve Üzeri	F	14	2	5	21
	%	66,7	9,5	23,8	100,0
Toplam	F	99	52	89	240
	%	41,3	21,7	37,1	100,0

p=0.00 x2=30,084a

Çalışanların toplam çalışma süresi ile “Çalıştığım kurumda çalışanlarla ilgilenilmiyor” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00<0,05$ ). Bu sonuçlara göre çalışma yılı arttıkça çalışanlar kendileriyle ilgilenilmediğini düşünmektedirler.

**Tablo 16.** Toplam çalışma süresi-“Çalıştığım Kurumdaki amirlerimle ilişkilerim iyidir” yargısı arasındaki ilişki

Çalıştığım Kurumdaki Amirlerimle İlişkilerim İyidir					
Çalışanların Toplam Çalışma Süresi		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
0_1 Yıl	F	34	12	10	56
	%	60,7	21,4	17,9	100,0
1_5 Yıl	F	39	6	20	65
	%	60,0	9,2	30,8	100,0
5_10 Yıl	F	34	5	7	46
	%	73,9	10,9	15,2	100,0
10_20 Yıl	F	47	2	3	52
	%	90,4	3,8	5,8	100,0
20 Yıl ve Üzeri	F	12	0	9	21
	%	57,1	,0	42,9	100,0
Toplam	F	166	25	49	240
	%	69,2	10,4	20,4	100,0

p=0.00 x2=31,145a

Çalışanların toplam çalışma süresi ile “Çalıştığım Kurumdaki amirlerimle ilişkilerim iyidir” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00<0,05$ ). Buna göre mesleğin ilk yılları ve son yıllarında çalışanlar amirleri ile ilgili olan ilişkilerinde daha olumsuzdur.

**Tablo 17.** Toplam çalışma süresi-“Denetimin çalıştığım birimdeki sorunlu alanları kapsama düzeyi uygundur” yargısı arasındaki ilişki

Denetimin Çalıştığım Birimdeki Sorunlu Alanları Kapsama Düzeyi Uygundur					
Çalışanların Toplam Çalışma Süresi		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
0_1 Yıl	F	35	0	21	56
	%	62,5	,0	37,5	100,0
1_5 Yıl	F	22	7	36	65
	%	33,8	10,8	55,4	100,0
5_10 Yıl	F	14	11	21	46
	%	30,4	23,9	45,7	100,0
10_20 Yıl	F	17	15	20	52
	%	32,7	28,8	38,5	100,0
20 Yıl ve Üzeri	F	6	4	11	21
	%	28,6	19,0	52,4	100,0
Toplam	F	94	37	109	240
	%	39,2	15,4	45,4	100,0

p=0.00      x2=31,242a

Çalışanların toplam çalışma süresi ile “Denetimin çalıştığım birimdeki sorunlu alanları kapsama düzeyi uygundur” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00<0,05$ ). Bu sonuçlara göre çalışma yılı artıkça çalışanların denetimi uygun bulmama oranları artmaktadır.

**Tablo 18.** Toplam çalışma süresi-“Denetim süresince tespit edilen sorunların ve risklerin paylaşım düzeyi yeterlidir” yargısı arasındaki ilişki

Denetim Süresince Tespit Edilen Sorunların ve Risklerin Paylaşım Düzeyi Yeterlidir.					
Çalışanların Toplam Çalışma Süresi		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
0_1 Yıl	F	27	2	27	56
	%	48,2	3,6	48,2	100,0
1_5 Yıl	F	28	16	21	65
	%	43,1	24,6	32,3	100,0
5_10 Yıl	F	19	17	10	46
	%	41,3	37,0	21,7	100,0
10_20 Yıl	F	12	18	22	52
	%	23,1	34,6	42,3	100,0
20 Yıl ve Üzeri	F	2	8	11	21
	%	9,5	38,1	52,4	100,0
Toplam	F	88	61	91	240
	%	36,7		25,4	37,9

p=0.00 x2=32,577a

Çalışanların toplam çalışma süresi ile “Denetim süresince tespit edilen sorunların ve risklerin paylaşım düzeyi yeterlidir” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00 < 0,05$ ). Bu sonuçlara göre çalışma yılı arttıkça çalışanların sorunların ve risklerin paylaşılmadığı düşüncelerinin oranları artmaktadır.

**Tablo 19.** Toplam çalışma süresi-“Denetim tespitlerinin doğruluğuna güvenirim” yargısı arasındaki ilişki

Denetim tespitlerinin doğruluğuna güvenirim					
Çalışanların Toplam Çalışma Süresi		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
0_1 Yıl	F	35	10	11	56
	%	62,5	17,9	19,6	100,0
1_5 Yıl	F	20	23	22	65
	%	30,8	35,4	33,8	100,0
5_10 Yıl	F	13	16	17	46
	%	28,3	34,8	37,0	100,0
10_20 Yıl	F	18	14	20	52
	%	34,6	26,9	38,5	100,0
20 Yıl ve Üzeri	F	0	5	16	21
	%	,0	23,8	76,2	100,0
Toplam	F	86	68	86	240
	%	35,8	28,3	35,8	100,0

p=0.00 x2=37,864a

Çalışanların toplam çalışma süresi ile “Denetim tespitlerinin doğruluğuna güvenirim” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00<0,05$ ). Bu sonuçlara göre genel olarak, çalışma yılı artıkça çalışanların denetimin güvenliğine inanma oranı düşmektedir. .

**Tablo 20.** Toplam çalışma süresi-“Denetimler sürekli başarı yönünde personeli isteklendirir” yargısı arasındaki ilişki

Denetimler sürekli başarı yönünde personeli isteklendirir					
Çalışanların Toplam Çalışma Süresi		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
0_1 Yıl	F	34	9	13	56
	%	60,7	16,1	23,2	100,0
1_5 Yıl	F	18	17	30	65
	%	27,7	26,2	46,2	100,0
5_10 Yıl	F	15	13	18	46
	%	32,6	28,3	39,1	100,0
10_20 Yıl	F	11	14	27	52
	%	21,2	26,9	51,9	100,0
20 Yıl ve Üzeri	F	2	2	17	21
	%	9,5	9,5	81,0	100,0
Toplam	F	80	55	105	240
	%	33,3	22,9	43,8	100,0

p=0.00      x<sup>2</sup>=36,277a

Çalışanların toplam çalışma süresi ile “Denetimler sürekli başarı yönünde personeli isteklendirir” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00<0,05$ ). Bu sonuçlara göre çalışma yılı artıkça çalışanların denetimin personeli başarıya yönelttiği fikrine katılım oranları azalmaktadır.

**Tablo 21.** Toplam çalışma süresi-“İç ve dış denetimler daha fazla sorumluluk içeren işler için gerekli personeli belirlemek ve o iş için hazırlamak hedefi güder” yargısı arasındaki ilişki

İç ve dış denetimler daha fazla sorumluluk içeren işler için gerekli personeli belirlemek ve o iş için hazırlamak hedefi güder					
Çalışanların Toplam Çalışma Süresi		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
0_1 Yıl	F	39	0	17	56
	%	69,6	,0	30,4	100,0
1_5 Yıl	F	24	17	24	65
	%	36,9	26,2	36,9	100,0
5_10 Yıl	F	23	14	9	46
	%	50,0	30,4	19,6	100,0
10_20 Yıl	F	21	10	21	52
	%	40,4	19,2	40,4	100,0
20 Yıl ve Üzeri	F	8	4	9	21
	%	38,1	19,0	42,9	100,0
Toplam	F	115	45	80	240
	%	47,9	18,8	33,3	100,0

p=0.00 x<sup>2</sup>=28,357a

Çalışanların toplam çalışma süresi ile “İç ve dış denetimler daha fazla sorumluluk içeren işler için gerekli personeli belirlemek ve o iş için hazırlamak hedefi güder” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.00<0,05). Bu sonuçlara göre çalışma yılı arttıkça çalışanların denetimin personelleri hedeflere yöneltme konusunda yeterli olduğu fikrine katılma oranları azalmaktadır.

**Tablo 22.** Toplam çalışma süresi-“Denetimler çalışanlara geri bildirimde bulunarak başarı motivasyonunu artırır” yargısı arasındaki ilişki

Denetimler çalışanlara geri bildirimde bulunarak başarı motivasyonunu artırır					
Çalışanların Toplam Çalışma Süresi		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
0_1 Yıl	F	41	2	13	56
	%	73,2	3,6	23,2	100,0
1_5 Yıl	F	28	23	14	65
	%	43,1	35,4	21,5	100,0
5_10 Yıl	F	19	14	13	46
	%	41,3	30,4	28,3	100,0
10_20 Yıl	F	21	11	20	52
	%	40,4	21,2	38,5	100,0
20 Yıl ve Üzeri	F	7	6	8	21
	%	33,3	28,6	38,1	100,0
Toplam	F	116	56	68	240
	%	48,3	23,3	28,3	100,0

p=0.00 x<sup>2</sup>=28,603a

Çalışanların toplam çalışma süresi ile “Denetimler çalışanlara geri bildirimde bulunarak başarı motivasyonunu artırır” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00<0,05$ ). Bu sonuçlara göre çalışma yılı artıkça çalışanların denetimden sonraki geri bildirimlerin personellerin motivasyonunu artırdığı fikrine katılma oranları azalmaktadır.

**Tablo 23.** Toplam çalışma süresi-“Denetleme süreci aynı zamanda değerlendiren ve değerlendirilen personel arasında güvenin artmasını sağlar” yargısı arasındaki ilişki

Denetleme süreci aynı zamanda değerlendiren ve değerlendirilen personel arasında güvenin artmasını sağlar					
Çalışanların Toplam Çalışma Süresi		Evet	Hayır	Geliştirilebilir	Toplam
0_1 Yıl	F	39	4	13	56
	%	69,6	7,1	23,2	100,0
1_5 Yıl	F	29	21	15	65
	%	44,6	32,3	23,1	100,0
5_10 Yıl	F	18	13	15	46
	%	39,1	28,3	32,6	100,0
10_20 Yıl	F	23	10	19	52
	%	44,2	19,2	36,5	100,0
20 Yıl ve Üzeri	F	11	4	6	21
	%	52,4	19,0	28,6	100,0
Toplam	F	120	52	68	240
	%	50,0	21,7	28,3	100,0

p=0.00      x<sup>2</sup>=18,821a

Çalışanların toplam çalışma süresi ile “Denetleme süreci aynı zamanda değerlendiren ve değerlendirilen personel arasında güvenin artmasını sağlar” yargısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0.00<0,05$ ). Bu sonuçlara göre genel olarak, çalışma yılı artıkça çalışanların denetimin personelleri arasında güveni artırdığı fikrine katılma oranları azalmaktadır.

## SONUÇ

İç kontrol sistemi yönetimin; ulaşmayı planladığı hedeflerin gerçekleşmesi, yöneticinin kararları daha sağlam bilgiye dayanarak daha güvenle alması, yönetimindeki kaynakları daha etkin kullanması, işini yapmasını engelleyebilecek olayları öngörebilmesi ve yaptığı işler ile ulaştığı sonuçlar için kanıtlara dayalı olarak hesap verebilmesine yardımcı olan bir yönetim aracıdır. Yöneticiye bağlı çalışanların da görevlerini, sorumluluklarının daha fazla bilincinde olarak yerine getirmelerini sağlamaktadır. İç kontrol sisteminin daha etkin hale getirilmesi için başta üst yönetim olmakla beraber tüm personelin sahiplenmesi ve önemini farkında olarak iç kontrol çalışmalarına katılması gerekmektedir. Yani iç kontrol sisteminde en alt kademe çalışanından en üst yöneticiye kadar herkes mutlaka belirli bir alanda sorumluluk üstlenmelidir. 5018 sayılı kanunun piyasada ve teknolojiye güncel gelişmelerle birlikte yönetmeliklerle desteklenmesi gerekmektedir. İç denetçilerin eğitimi üzerinde çalışmalara ağırlık verilmesi gerekmektedir. Nitekim Aslan ve Özçelik (2009) tarafından yapılan çalışmada da iç denetimin kurumun kalitesine, etkinliğine ve verimliliğine olumlu katkısı olduğu tespit edilmiştir.

Aynı şekilde Biçer (2006) de çalışmasında iç denetimin kurumun iç kontrolüne ve yönetimin etkinliğine katkısı olduğunu belirtmiştir.

Dış denetim ve iç denetim mekanizması arasındaki işbirliği oldukça önemlidir. Bu iki mekanizmanın bir ahenk içerisinde, zamanında ve usulüne uygun icra edilmesi çalışan-idareci arasındaki güven ve hesap verilebilirliği kuvvetlendirilmesi yönünden önem arz etmektedir. Dış denetimde, devletin kamusal gücünün karşısında özel işletmenin ezilmemesi için kanunların dengeleyici nitelikte çıkarılması sonucuna ulaşılmıştır. Dış denetimin Sayıştay bünyesinde birleştirilmesi standart yakalamak ve kontrolü kuvvetlendirmek adına olumludur. Fakat dış denetimcilerin, sektöre hakim, işin ehli, uzman kişiler olması gereklidir. Aksi takdirde kurumla yahut işletmeyle çatışma yaşanması kaçınılmazdır. Kutukız ve Öncü (2009)'nün ve Akyel ve Köse (2010)'nin çalışmaları da bunu desteklemektedir.

Araştırma sonuçları, sağlık kuruluşlarındaki faaliyet ve kontrollerin gelişimiyle denetimler arasında farklılık vardır hipotezini ve sağlık kuruluşlarında yapılan denetimlerin çalışanlara geri bildirimde bulunmasıyla başarı motivasyonu arasında farklılık vardır hipotezlerinin kabul edildiğini göstermektedir. Olumlu geri bildirimler çalışanları motive etmektedir.

Mevzuatta yapılan düzenlemeler, kurumların artan kapasiteleri ve AB uyum süreci kapsamında iç kontrol sisteminin giderek daha önemli hale geldiği kabul edilmeli ve etkin bir iç kontrol sisteminin oluşturulması için çalışmalar yapılmalıdır. Bu hususta personel bilinçlendirilmeli, iç kontrol sistemi algısının birçok kurumda olduğu gibi sadece ön mali kontrolden ibarettir algısı yıkılmalıdır. Tüm bu bilgiler ışığında araştırmada ortaya çıkan veriler yorumlanmış, iç ve dış denetim mekanizmalarının çalışanlar üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri analiz edilmiştir. Olan ve olması gerekenler sunulmuş sağlık sektörü örneğinden; esasında tüm kamu kurumu denetimi ve personel üzerindeki etkileri hakkında çıkarımda bulunulmuştur.

## KAYNAKÇA

- Aksoy, Tamer (2006). Tüm Yönleriyle Denetim AB ile Müzakere Uyum Sürecinde Yeni Bir Paradigma, Ankara: Yetkin Yayınları.
- Akyel, R. Köse, H. Ö. Kamu Yönetiminde Etkinlik Arayışı: Etkin Kamu Yönetimi İçin Etkin Denetimin Gerekliği, Türk İdare Dergisi , 466: 9-45.
- Aslan, S., Özçelik, H. (2009). İç Denetim ve Toplam Kalite Yönetimi İlişkisi, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 5 (10): 109–119.
- Biçer, A.A. (2006). İç Kontrol Sisteminin Etkinliğini Sağlamada İç Denetimin Rolü ve Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Hepworth, Noel (2003). Audit and Control, CEF Conferance, Slovenia, 2003, CIPFA, UK.
- ISSAI 1, The Lima Declaration, INTOSAI General Secretariat, Austria.
- Karatepe, Kadir (2011). Uluslararası Gelişmeler ve Türkiye’de Denetiminin Yapılanması. Denetim Dergisi, (116), 15,19.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- Köse, Ömer (2007). “Dünyada ve Türkiye’de Yüksek Denetim” , Ankara: T.C. Sayıştay. Yıldönümü Yayınları.
- Kutukız, D., Öncü, A. (2009). Bağımsız Denetimin Anonim Ortaklıklarda Kurumsal Yönetimin Gelişmesine Etkisi, Muhasebe ve Finansman Dergisi, 41: 131 – 139.
- O’Regan David (2004). Auditor’s Dictionary, Term, Concepts, Processes, and Regulations, John Wiley and Sons. Inc., USA.
- Öztek, Zafer (2001). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye Dergisi, (39), 294.
- Pişkin, Deniz (2011). Fransa’da Merkezi İdarenin Yerel Yönetimler Üzerinde Denetimi, Denetim Dergisi, (116), 53.



## KÜÇÜK VE ORTA ÖLÇEKLİ İŞLETMELERİN (KOBİLER'İN) YÖNETİMİNDE MUHASEBE BİLGİ SİSTEMİNİN YERİ VE ÖNEMİ: ANKARA TEKSTİL İŞLETMELERİ ÖRNEĞİ

### THE PLACE IMPORTANCE OF BOOKKEEPING KNOWLEGE SYSTEM ON SMALL AND MEDIUM SCALED ENTERPRISES (SMEs): EXAMPLE ANKARA TEXTILE MANAGEMENT

**Dr. Öğretim Üyesi Özge YILMAZER**

Kırıkkale Üniversitesi,  
Fatma Şenses Sosyal Bilimler MYO, Büro Yönetimi ve Sekreterlik Bölümü  
[ozgeyilmazer83@gmail.com](mailto:ozgeyilmazer83@gmail.com)  
[orcid.org/0000-0002-5539-4946](http://orcid.org/0000-0002-5539-4946)

**Dr. Öğretim Üyesi Öznur ERDEM**

Ahi Evran Üniversitesi, Kaman MYO, İktisadi ve İdari Programlar  
[osaklak@ahievran.edu.tr](mailto:osaklak@ahievran.edu.tr)  
[orcid.org/0000-0003-4878-5938](http://orcid.org/0000-0003-4878-5938)

Makale gönderim-kabul tarihi (10.04.2019-20.05.2019)

#### Özet

Günümüzde bilginin gücü keşfedilmiş ve değeri anlaşılmıştır. Toplum ve ekonomi artık bilgi temellidir. Bu gelişmelerin ışığı altında doğru kararlar alabilmenin ön şartı yeterli bilgidir. Dolayısıyla işletmelerin kendi iç dinamikleri göze alınarak iyi tasarlanmış, doğru ve konuyla ilgili bilgiyi zamanında sunabilen bilgi sistemlerine ihtiyacı vardır. İşletmeler bünyelerinde pek çok bilgi sistemi barındırmakla birlikte, bunların içinde diğerlerinden daha köklü ve dolayısıyla daha önemli olanı muhasebe bilgi sistemidir. Muhasebe bilgi sistemi, gerek işletme içi gerekse işletme dışı kullanıcılara önemli bilgiler sunmaktadır ve muhasebe bilgi sisteminden elde edilen bilgiler niteliği itibariyle önemli yönetsel kararların alınmasında kullanılmaktadır. Bu nedenle muhasebe bilgi sistemi tarafından üretilen bilgiler; doğru, güvenilir, zamanlı ve riski azaltıcı nitelikte olmalıdır. Bu bilgilerin riski azaltabilmesi ve verimli olması açısından etkin bir iç kontrol sisteminin kurulması gereklidir. KOBİ'lerin yönetiminde muhasebe bilgi sisteminin yeri ve önemi, bu çalışmamızda temel sorun olarak ele alınmış, bu sorunun önemi, kapsamı Ankara İli tekstil işletmelerinde anket bazında incelenmiştir. Ankara İli tekstil işletmelerinde bulunan muhasebe bilgi sistemlerine verilen önem derecesi ölçülmeye çalışılmış, araştırmadan elde edilen verilere göre KOBİ'lerin muhasebe bilgi sistemlerini daha etkin ve verimli bir şekilde kullanabilmeleri ile ilgili önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Muhasebe, Muhasebe Bilgi Sistemi, Yönetim

#### Abstracts

Nowadays, the power of information has been discovered and the importance of information has been realized. Now, the society and the economy are based on the information. Under these circumstances, pre condition of right decision making is enough information. So, the organizations need to an information system which has been well designed according to self internal dynamics of the organization and which can offer true, relevant and well timed information. Organizations analyze the past better by means of the information systems, so they can find a possibility of comparison, and estimate and shape the future better. From this point of view, it is

possible to say that organizations get over rival advantages just based on the information systems and intellectual capital which decides by using the information systems. It was tired to measure to what extend SMEs operating in Ankara companies textile used Accounting Information System in business decision making. To determine the level of effectiveness of Accounting Information Systems, a questionnaire was used. In the light of findings, provided by research, some recommendations to lead SMEs to use accounting information more effectively were made.

**Key Words:** Accounting, Accounting information system, Management

## GİRİŞ

Günümüzde globalleşen dünyada organizasyonların, zorlu rekabet koşullarında varlıklarını sürdürebilmesi ve diğer işletmelerin bir adım önünde yürüebilmesi, stratejik bir silah olan bilgiyi üretme ve etkili kullanabilme ile yakından ilgilidir.

Bilgi sistemleri, işletme faaliyetlerinin yürütülmesi ve kontrol edilmesi için doğru, zamanlı, güvenilir ve ilgili bilgiyi üretmektedir. Bu bağlamda organizasyonlarda, işletme içine veya dışına yönelik bilgi üreten pek çok bilgi sistemi bulunmasına karşın en önemli ve köklü olanı muhasebe bilgi sistemidir. Muhasebe bilgi sistemi stratejik yönetsel kararların alınmasında önemli rol oynamaktadır ve bu kararlara alt yapı niteliği taşıyan finansal, maliyet ve yönetim muhasebesi ile ilişkili bilgiler üretmektedir.

KOBİ'ler ülkemizde ekonomik hayata önemli katkılar sağlayan birimlerdir. İşletmeler büyüdükçe işletme faaliyetleri ile ilgili bilgi ihtiyacı içinde olan taraflar artmaktadır. Bu ilgililere bilgi akışının çoğunu, yönetim bilgi alt sistemlerinden muhasebe bilgi sistemi gerçekleştirmektedir. Ayrıca muhasebe bilgilerinin işletme kararlarında kullanılması, işletmelerde alınan kararların isabetli olma derecesini artıracaktır. Çünkü muhasebe bilgi sistemi çoğunluğu sayısal değerler içeren bilgileri raporlar halinde ilgililere sunan bir sistemdir. Bu yönüyle diğer yönetim alt bilgi sistemlerinin merkezi durumundadır.

## 1. KÜÇÜK VE ORTA ÖLÇEKLİ İŞLETMELER (KOBİ'LER)

### Küçük Ve Orta Ölçekli İşletmelerin Tanımı

Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeler (KOBİ'ler), büyük işletmelerin çekirdeğini oluşturarak, pek çok ülke ekonomisi için hayati öneme sahip, ekonomiye dinamizm kazandıran ve o ekonominin ölçütü olan işletmelerdir. KOBİ'ler büyük işletmelerin ürettiği mal ve hizmetleri üreterek onları rekabet ortamına çekmekte, aynı zamanda büyük işletmelerin kullandıkları mamul ve yarı mamul girdilerini üreterek onların girişimini tamamlamaktadırlar. Bu sayede, KOBİ'ler ekonomide bir yan sanayi oluşturarak, büyük işletmelerle bir işbölümü zaman zamanda işbirliği yaparak ortak bir hayat kurmaktadır. Ekonomiye olan bu katkılarından dolayı da ekonominin vazgeçilmez bir unsuru, hatta dinamosu olarak görülmektedirler (Aypek, 2001: 145).

KOBİ'ler, tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye ekonomisinin de dinamik ve sürükleyici unsurlarından biri olup, ülkemizin sosyo-ekonomik gelişmesi açısından çok büyük öneme sahiptirler. Genel olarak KOBİ'ler, az sermaye kullanımı yanında daha çok el emeği ile çalışan, çabuk karar verme yeteneğine sahip, düşük düzeyde yönetim giderleri ile çalışan ve ucuz bir üretim gerçekleştiren iktisadi teşebbüsler olarak ifade edilebilir (Çelik ve Akgemci, 1998; Uludağ, 1990).

Ayrıca günümüzde, küçük işletmeler denilince, eskiden Olduğu gibi başarısız olduğu için büyümemiş, küçük ölçeklerde kalmış işletmeler kastedilmemektedir. Tam tersine küçük işletmeler dinamik, yenilikçi, fırsatları zamanında değerlendirebilen işletmelerdir. Küçük işletmelerin tanımlanması ve büyüklük kriterlerinin saptanması tartışmalı bir konudur. KOBİ'lerin tanımı konusunda yaşanan karmaşa, sağlıklı bir envanter çalışmasının yapılmasına da engel teşkil etmektedir (Çelik ve Akgemci, 1998; Erkan, 1990).

Ülkemiz açısından geçmişteki KOBİ tanımlamalarına baktığımızda hemen hemen her kurum kendine göre bir KOBİ tanımı olduğu görülebilir. Önemli olan bunlarda bir ortak paydadır. Bu nedir; işçi sayısı, bilanço veya satış hasılatı olabilir, işletmenin sahipliği kriteri olabilir ve üretim faaliyeti olabilir. KOBİ tanım, kriterlerinde bunlar yer almalıdır (Tüzmen, 2000: 4).

**Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Tanımı**, 08/01/1985 tarihli ve 3143 sayılı Sanayi ve Ticaret Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanununun ek Birinci maddesine dayanılarak hazırlanan yönetmelikte Küçük ve Orta Büyüklükte İşletme: iki yüz elli kişiden az çalışan istihdam eden ve yıllık net satış hasılatı ya da mali bilançosu yirmi beş milyon TL'yi aşmayan ekonomik birimleri ifade etmektedir.

Aynı Kanunun ilgili maddesinde 12.04.2005 tarihinde küçük ve orta büyüklükteki işletmelerin tanımlanmasına, niteliklerine, sınıflandırılmasına ve uygulamalarına ilişkin esaslar; net satış hasılatları, mali bilanço tutarları ve çalışan sayıları dikkate alınarak bakanlıkça hazırlanan ve Bakanlar Kurulunca yürürlüğe konulan yönetmelikle belirlenir.

**Tablo 1.1.** Ticaret ve Sanayi Bakanlığına Göre KOBİ Sınırları

İşletmeler	Çalışan Sayısı	Net Satış Hasılatı	25 Milyon TL' yi aşmayan
Mikro Ölçekli İşletmeler	10 Kişiden az	1 Milyon TL' yi aşmayan	1 Milyon TL' yi aşmayan
Küçük Ölçekli İşletmeler	50 Kişiden az	5 Milyon TL' yi aşmayan	5 Milyon TL' yi Aşmayan
Orta Ölçekli İşletmeler	250 Kişiden az	25 Milyon TL' yi aşmayan	25 Milyon TL' yi Aşmayan

**Kaynak:** [http:// www.tobb.org.tr/duyurular/yonetmelikler/kobi%209%20mayis1.doc.](http://www.tobb.org.tr/duyurular/yonetmelikler/kobi%209%20mayis1.doc.), 17 Şubat 2010.

**KOSGEB Tanımı**, 3624 sayılı 12/4/1990 tarihinde resmi gazetede yayınlanan Küçük ve Orta Ölçekli Sanayi Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı Kurulması Hakkındaki kanunun 2. maddesinde 1-50 arası işçi çalıştıran sanayi işletmeleri Küçük Sanayi İşletmeleri, 51-150 işçi arası işçi çalıştıran sanayi işletmeleri Orta Ölçekli Sanayi İşletmeleri olarak tanımlanmıştır. Aynı kanunun 3. maddesinde ise 2. maddede tanımlanan işletmelerin büyüklük ve mahiyetlerini günün ekonomik ve sosyal şartlarına göre Bakanlar Kurulu değiştirmeye yetkili kılınmıştır (<http://www.kosgeb.gov.tr/KOSGEB/kanun.asp> 15 Nisan 2010). KOSGEB tanımında çalışan işçi sayısının geleneksel ölçüt olarak ele alındığı görülmektedir. Ancak KOSGEB İcra Komitesinin 31/07/2002 tarih ve 2002-16 sayılı kararı ile yürürlüğe giren KOSGEB İstihdam Desteği Tebliğinde KOSGEB'in KOBİ tanımından farklı olarak KOBİ'lerin sermaye yapılarından bahsedilmiştir. Buna göre; imalat sanayi sektöründe (meslekler sözlüğünde, mesleki kodlama sisteminde 30 ana faaliyet grubunda yer alan ve bu grupta işyeri açan) faaliyet gösteren, bünyesinde 1-150 arası işçi çalıştıran; sermayesinin % 25'inden fazlası Büyük Ölçekli İşletmelere ve/veya sermayesinin % 50'den fazlası

Belediye veya İl Özel İdaresine ait olmayan, herhangi bir vakıf veya holding bünyesinde yer almayan küçük ve orta ölçekli sanayi işletmeleri KOBİ olarak tanımlanmıştır.

**Devlet İstatistik Enstitüsü Tanımı**, Devlet İstatistik Enstitüsü ve Devlet Planlama Teşkilatı aynı tanımları benimsemişlerdir. Bu kuruluşlara göre 1-9 işçi çalıştıran işletmeler çok küçük ölçekli, 10-49 işçi arası çalıştıran işletmeler küçük işletme, 50-99 işçi arası çalıştıran işletmeler orta ölçekli işletmelerdir. Tanımdan anlaşılacağı üzere 100 ve üzeri işçi çalıştıran işletmelerde büyük işletmeler sınıfına dahil olmaktadır (Çolakoğlu, 2002: 8).

**Eximbank Tanımı**, Türkiye İhracat Kredi Bankası (Eximbank), KOBİ'lere yönelik olarak sağlamış olduğu KOBİ İhracata Hazırlık Kredisinden kimlerin yararlanabileceğini belirten bir KOBİ tanımı belirlemiştir. Türk Eximbank nezdinde KOBİ tanımına giren işletmeler şöyledir ([http://www.eximbank.gov.tr/html\\_files/KobiTLKr.htm](http://www.eximbank.gov.tr/html_files/KobiTLKr.htm), 20 Mayıs 2010).

- 1-200 arasında işçi çalıştıran
- İmalat sanayi alanında faaliyet gösteren
- Arsa ve Bina hariç, mevcut sabit sermaye tutarı, son takvim yılı bilanço net değeri itibariyle 2 Milyon \$'ı karşılığı YTL'yi aşmayan işletmelerdir

### Küçük Ve Orta Ölçekli İşletmelerin Sınıflandırılması

Küçük ve orta ölçekli işletmeler, büyük işletmelerin bir küçültülmüş şekli değildir. Dolayısıyla farklı özelliklere sahip bu işletmeleri, büyük işletmelerden ayıran özelliklerin ortaya konması gerekir. Bu özellikler, küçük ve orta ölçekli işletmeler grubunu büyük işletmelerden ayıran belirgin farklılıkları yansıtabilmeli ve tanımlanmasına yardımcı olabilmelidir (Tomur, 2004: 7).

KOBİ'lerin tanımı, ekonominin büyüklüğüne bağlı olarak ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. KOBİ'leri tanımlarken bazı nitel ve nicel kriterler esas alınmaktadır. Bunlar aşağıdaki gibidir.

### KOBİ'lerin Nitel Özellikleri

Nitel kriterler ise şu şekilde sıralanabilir (Çelik ve Akgemci, 1998: 73):

- Girişimcinin işletmede fiilen çalışıyor olması,
- Riskin girişimciye ait olması,
- Girişimcinin işletmeyle özdeşleşmesi,
- Girişimcilik ve yöneticiliğin tek elde toplanması,
- Uzlaşma ve işbölümü derecesi,
- Sermayenin sınırlı olması veya finansal yetersizlik,
- Yönetim tekniklerin uygulanamaması veya yetersizliği,
- Mülkiyetin bağımlılık derecesi ve yönetimin bağımlılık derecesi,
- Pazar payı, işletmenin satış ve satın almadaki pazarlık gücü,
- İşletmenin veya sahiplerinin pazardaki gücü,
- Sermaye piyasalarında bulunabilmek,
- Aile bireylerin işletmede potansiyel katkılarının değerlendirilmesi.

## KOBİ'lerin Nicel Özellikleri

KOBİ'ler açısından nice! kriterler aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Çelik ve Akgemci, 1998; İraz, 2006):

- İstihdam edilen kişi sayısı,
- Öz sermaye
- Çalışma sermaye,
- Sabit sermaye,
- Aktifler toplamı,
- Enerji kullanımı,
- Makine parkı değeri, kapasite, kullanılan alan, sipariş sayısı ve değeri, vardiya sayısı,
- Katma değer, ödenen vergi miktarı, net servet, piyasa payı,
- İhracatın satış miktarındaki payı,
- Kullanılan makine, tezgah sayısı ve gücü,
- Belirli süre içinde ödenen ücretler, kullanılan toplam çeviri güç miktarı, hammadde,
- Yapılan satış değeri ve kai,
- Yönetimin bağımlı yada bağımsız olması,
- Sermayenin tek veya birkaç kişiye ait olması,
- İşletmenin sahipliği ve yöneticilik sıfatlarının aynı kişi veya kişilerde olması.

## Küçük Ve Orta Ölçekli İşletmelerin Ekonomideki Yeri Ve Önemi

Günümüzün değişen koşullarına ve yeniliklerine hızla uyma yeteneğine sahip olan KOBİ'ler toplumun girişimci potansiyelinin ortaya çıkarılmasında önemli roller üstlenmektedirler. KOBİ'ler buldukları ülkenin ekonomik hayatında milli gelire, istihdama, verimliliğe, girişimci yetiştirmeye katkılarında ve rekabet yaratıcı özelliklerinden dolayı önem taşırlar (Özgen ve Doğan, 1998).

Diğer taraftan 21. Yüzyılın değişen koşullarında ekonomik gelişmeyi hızlandırmanın, teknolojik gelişme açısından gelişmiş ülkeler seviyesine çıkmanın en etkin yöntemlerden birisi yeni ve yaratıcı fikirleri teşvik etmek ve bu fikirleri uygulamaya koyabilmekle mümkündür. Değişim ve gelişim esnekliğine sahip olan, toplumun hemen tüm kesimlerini kapsayan, coğrafi olarak ülkenin her yanına yayılmış bulunan ve toplam işletme sayısının %99'unu oluşturan KOBİ'ler bu fonksiyon için uygun araçlardan biri olarak görülmektedir. KOBİ'ler ülkemizde olduğu gibi diğer ülkelerde de ekonomik hayatta önemli paya sahiptirler (Dilik ve Duran, 1998: 60).

KOBİ'lerin, sadece ekonomik hayatta değil, sosyal hayatta da önemli rolleri vardır. KOBİ'ler, ülkede geniş bir alana yayıldıkları için bölgesel gelişmişlik farklarını gidermede, mülkiyeti geniş bir alana yaymada, istihdam olanağı meydana getirip, bunu sürdürmede ve demokratik hayatı canlı tutmada önemli bir güçtür. KOBİ girişimcilerinin mülkiyet tutkuları, başarılı olma arzuları, cesaretli adımları ve yatırım yapma istekleri siyasi istikrarın temel mekanizmalarındandır. Başarılı girişimciler, potansiyel girişimcileri etkileyecek, onların da ekonomiye girmelerine neden olacak ve demokratik bir ortamda, psikolojik tatmin gittikçe artacaktır. Güçlü KOBİ'ler, büyük işletmeleri de olumlu yönde etkileyecek ve sosyal yönden bir rahatlama olacaktır. KOBİ'lerin birer mesleki okul niteliği taşımaları ve üretebilme yetenekleri, bölgesel gelişmede ve göçleri önlemede önemli bir rol oynar. Gelip geçici, dönemsel veya mevsimlik krizlerden en az etkilenme özellikleri, toplumsal barışın korunmasına ve bunalımların aşılmasına da katkıda bulunabilir (Çelik ve Akgemci, 1998: 93-94).

### Küçük Ve Orta Ölçekli İşletmelerin Avantaj Ve Dezavantajları

KOBİ'lerin, sahip olduğu özellikler nedeni ile birçok avantajlı ve dezavantajlı yönleri vardır. KOBİ'lerin bu avantaj ve dezavantajları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

**KOBİ'lerin Avantajları:** Türkiye ve Dünya genelinde ekonominin önemli bir bölümünde KOBİ'lerin bulunması rastlantı değildir. Bu işletmelerin büyük ölçekli rakipleri karşısında önemli avantajları bulunmaktadır. KOBİ'lerde işletme sahibinin girişimci ve yöneticilik niteliklerini kişiliğinde bütünleştirmiş olması bu işletmelerin zaman alıcı koordinasyon ve karar verme süreçlerinin dışında kalabilmelerini, değişen pazar koşullarına hızla uyum sağlayabilmelerini, kısaca esnek ve dinamik yönetim yapılarına sahip olmalarını sağlamaktadır (Tomur, 2004: 16).

Ulusal ekonominin önemli bir bölümüne KOBİ'lerin sahip olması tarihsel bir rastlantı değildir. Bu durum, ne büyük firmalar tarafından oluşturulan yardımsever politikalar, ne de devletin KOBİ'lere yardım programlarının sonucu oluşmuş bir olgu değildir. KOBİ'ler, birçok durumda büyük firmalardan daha fazla avantajlara sahiptirler (Akgemci, 2001: 7).

KOBİ'ler aşağıdaki ortamlarda da bir takım avantajlar elde edilebilmektedir. (Akgemci, 2001; Civan ve Tekinkuş, 2006):

- Pazarlama, üretim ve hizmet konularında daha esnek olunmasında,
- Büyük miktarda yatırıma girmeden önce yeni bir fikir veya buluşa pazarın tepkisinin bilinmesinin zorunlu olmasında,
- Yönetimde çok yakın denetime ihtiyaç hissedilmesinde,
- Üretilen mal ve hizmetin pazarının sınırlı olmasında,
- El emeğinin mal ve hizmetin üretilmesinde önemli bir faktör olarak yer almasında,
- Üretilen mal veya hizmete olan talebin sınırlı olmasında,
- Kolay bozulabilen malların pazarlanması ya da üretilmesinde,
- Personel ile yakın ilişkilerin gerekli olmasında,
- Teknik gelişmelere kısa sürede ayak uydurabilme yeteneğine sahip olunmasında,
- Yatırım yapılırken daha çok kendi öz sermayelerine ağırlık verilmesinde,
- Desteklenmeleri aynı zamanda ülkedeki işsizliğin azalması anlamına gelmesinde,
- İşgörenlerin kendi bölgeleri veya yaşamak istedikleri bölgelerde kurulmasında,
- Ülke içindeki farklı bölgelerin kalkınmasında ve çevrenin korunmasında.

**KOBİ'lerin Dezavantajları:** Ölçek ekonomileri kavramına ilişkin yukarıda yer verilen genel değerlendirme sonrasında KOBİ'lerin rakipleri olan büyük ölçekli işletmelere göre sahip oldukları dezavantajlar, sektörel farklılıklar hariç olmak üzere, aşağıdaki şekilde özetlenebilir (Akgemci, 2001; Tomur, 2004):

- Genel yönetim yetersizliği,
- Özellikle stratejik kararların işletme sahip veya ortaklarınca alınıp, orta ve/veya alt düzey olumsuz rekabet,
- Görevlilerin tam katılımının sağlanamaması,
- İşletme bünyesinde, mali danışman veya uzman istihdam edememe,
- Uzman bir finansman ekibi veya departmanından yoksunluk,

- Çoğunlukla kısa vadeli banka kredileri kullandıkları ve sermaye piyasası araçlarından etkin bir biçimde yararlanamadıkları için büyük ölçekli işletmelere göre sınırlı sermayeye sahip olmaları,
- Finansal planlama yetersizliği,
- Banka ve diğer finansal kurumlardan yeterli desteği görememe,
- Sermaye piyasasından yeterince yararlanamama,
- Ürün geliştirme eksikliği,
- Üretim ve satış arasındaki koordinasyon yetersizliği,
- Modern pazarlama etkinlikleri sergileyememe,
- İşletmelerin küçük veya orta ölçekli olması sonucu ihale vb. etkinlikleri izleyememek,
- İşyerinin veya yerleşim alanının küçüklüğü,
- Bağımsızlığını kaybetme ve iflas riski,
- Kalifiye eleman sağlayamamak,
- Mevzuat ve bürokrasi,
- Hammadde ve ara malı temini.

## 2. MUHASEBE BİLGİ SİSTEMİ (MBS) VE KOBİ'LERİN YÖNETİMİNDE MUHASEBE BİLGİ SİSTEMİNİN YERİ VE ÖNEMİ

### Bilgi Sistemleri Ve Bilginin Yönetilmesi

Organizasyonların başarıları, değişik karar mekanizmalarının sağlıklı bir şekilde çalışmasıyla yakından ilgilidir. Başka bir ifade ile organizasyon amaçlarının başarıyla gerçekleştirilmesi, başarılı kararların alınmasıyla mümkün olacaktır. İşte bu noktada bilginin gerekliliği karşımıza çok net bir şekilde çıkmaktadır. Bilgi, mal ve hizmet üretimindeki, personel, malzeme ve para gibi temel girdilere ilave edilen belki de en pahalı ve en önemli girdi olarak ifade edilmektedir (Gökçen, 2002: 13).

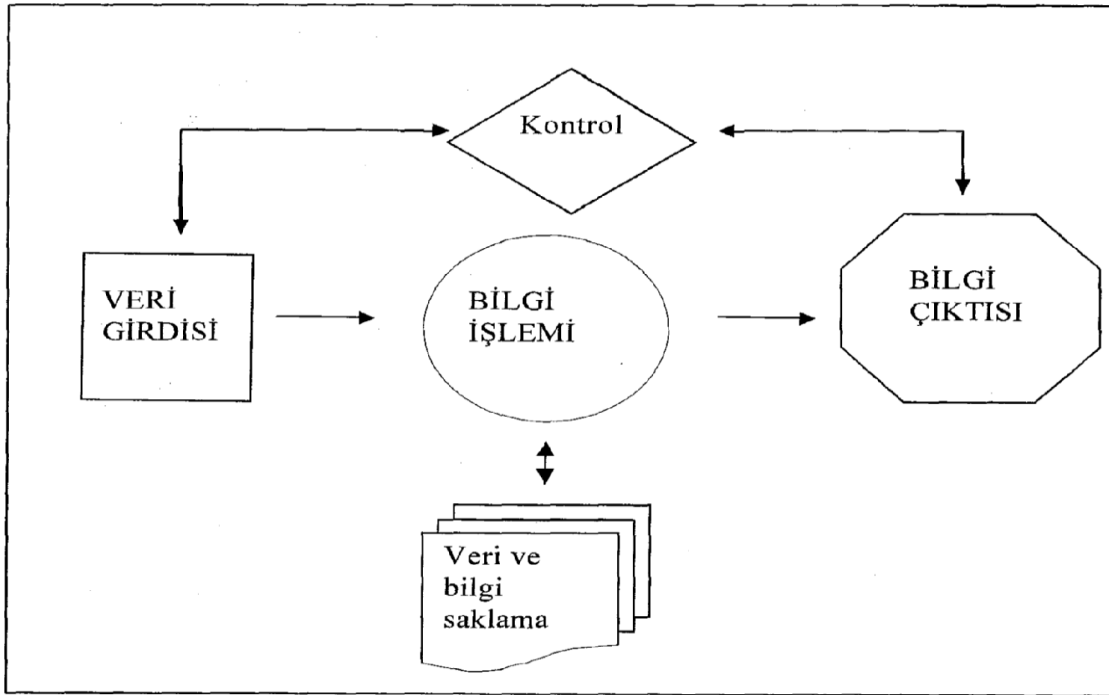
Bilgiyi toplanan verilerin kullanan için anlam taşıyan ve yarar sağlayan haldeki biçimi olarak tanımlayabiliriz. Veriler ise çevrede bulunan kendi kendine anlam ifade etmeyen çeşitli birikim ve oluşumlardır. Bu oluşumlar sayısal veya alfabetik kararlar ya da semboller şeklinde olabileceği gibi, çeşitli biçimlerdeki grafik çizimler ve diğer tüm gösterimler şeklinde de olabilir. Kişi bu anlam ifade etmeyen çeşitli birikim ve oluşumları toplayarak analiz edip onları yarar sağlayan anlamlı bir ifade haline getirdiğinde bilgi oluşur. Aynı zamanda elde edilen her bilgi bir sonraki evre için bir veri özelliği de taşımaktadır (Banar, 2001; Ülgen ve Mirze, 2004).

Bilgi sistemleri kendilerinden daha küçük sistemleri bünyelerinde barındırmaktadırlar. Sistem hiyerarşisi olarak adlandırılan bu durum her sistem kendinden daha büyük diğer bir sistemin alt sistemidir ifadesiyle açıklanmaktadır. Birbirleriyle ilişki içinde olan sistemler sürekli bilgi alışverişi içindedir. Bir sistemin çıktısı diğer bir sistemin girdisi olabilmektedir. Bu şekilde bir sistem hiyerarşisinin var olmasındaki amaç, her bir sistemin kendisine ait özel fonksiyonları yerine getirmesi ve ait olduğu sistemin işleyişine destek sağlamasıdır (Karagül, 2006).

Bilgi herkes tarafından paylaşılan, insanların sahip olduğu ve anladığı olgudur. Bilgi fikirlerin, kuralların, prosedürlerin ve enformasyonun organize olmuş bileşimidir. Bilgi genellikle işletmelerin entelektüel sermayeleri olarak adlandırılmaktadır (Türk, 2003: 81).

İşletmeler açısından stratejik önem taşıyan bu bilginin oluşturulması, yayılması ve kullanılması teknolojik alt yapının, dolayısıyla mali yapının kuvvetli olması gibi bir sorunu da beraberinde getirmektedir. Çünkü bilgi hiçbir zaman doğada kullanıma hazır olarak bulunmamaktadır. Ancak sistemlerde gerçekleştirilen bilgi işlem faaliyetleri aracılığıyla bilgi oluşturulabilmektedir (Karagül, 2006).

Kullanıcılara gerekli bilgilerin elde edilmesi için verilerin bilgi işleme sürecinden geçmesi gerekmektedir. Dolayısı ile bilgi işleme sistemine girmesi gerekmektedir.



Şekil 2.1. Bilgi İşleme Sistemi

**Kaynak:** Banar, K., (2001). Muhasebe Bilgi Sistemi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 258.

Bilgi, yönetimin vazgeçilmez bir girdisi ve güç kaynağıdır. Yönetimde bilgi gerekliliği, hızla değişen iç ve dış çevre faktörlerinin baskısı ile artmakta ve bilgi toplumunun doğal birer üyesi durumunda olan işletmelerin yöneticileri her geçen gün daha fazla bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar. Artık birçok işletme başarısızlığın temelinde bilgisizlik olduğunu kabul etmektedir. Bununla birlikte çok az işletme gerekli bilgiyi sağlayabilmektedir. Bilginin bir rekabet aracı olarak yöneticilere güç sağlayabilmesi, yöneticiler tarafından kararlarda zamanında kullanılması ve bir değer oluşturması ile mümkündür. Kullanılan ve bir değer oluşturan bilgi yararlı bilgidir. Bilginin yararlılığı, bilgi teknolojisi ile uyumlaştırılması sonucu oluşan sinerjik etkiyle yakından ilişkilidir.

Bilginin yararlı olması, iyi yönetilmesiyle de ilgilidir. İyi yönetilen bilgi karar almanın ademi merkezileşmesi (katılımcı yapıya kavuşması), hiyerarşik düzeylerin azaltılması ve iş süreçlerinin yeniden tasarlanması konularında yöneticilere önemli kolaylıklar sağlar. Bilgi yönetiminde önemli bir araç olarak kullanılan internet ve ilgili sistemler; iletişim ve ticari işlem maliyetini azaltması,



koordinasyonu artırması, bilgi paylaşımını artırması ve pazarlama işlevini kolaylaştırması gibi özellikleri ile bilginin verimliliğini, etkinliğini ve dolayısıyla yararlılığını artıran önemli bir unsurdur (Karakaya, 2004: 607).

Bilginin yararlı olabilmesi için aşağıdaki beş ögeye sahip olması gerektiği belirtilmiştir (Kara, 2003: 41):

- Mali olayları örgütlenme ve sınıflandırma yöntemi,
- Gelecekteki olayların tahmini,
- Geçmişteki olayların açıklanması,
- Olayların nedenleri hakkında anlamanın sağlanması,
- Olayların kontrol potansiyelinin sağlanmasıdır.

İşletmelerde bilgi sistemleri üç grupta toplanmaktadır (Ülgen ve Mirze, 2004: 356):

**Operasyon bilgi sistemleri:** Bu bilgi sistemi kayıt sistemleri süreci, kontrol sistemleri ve ofis otomasyon sistemlerinden oluşmaktadır. Operasyonel bilgi sisteminin amacı işletmenin günlük işlemleriyle ilgili veri kaydı ve paylaşımı olmaktadır.

**Yönetim Bilgi Sistemleri:** Özellikle yönetim kademelerinin işletmeyle ilgili kararlara bilgisayar ortamından bilgi sağlayan sistemdir. Yönetim bilgi sistemlerinden bazıları karar destek sistemleri, üst yönetim bilgi sistemleri ve grup karar destek sistemleridir.

**Kurum Destek Sistemleri:** Operasyonel ve yönetim bilgi sistemi dışında kalan destek sistemleridir. Bunlara örnek olarak uzman sistemleri ve kaynak planlama sistemleri verilebilir.

İşletmeler bilginin ve stratejilerin hazırlanmasında ve uygulanması aşamasında bilgi paylaşımının önemini ve gereğini tam olarak anlamış bulunmaktadırlar. Böylece yöneticiler bilgiyi yönetmeye çalışmaktadırlar. Bilgi yönetimi: işletmelerde bilginin sistematik bir şekilde toplanması dağıtılması ve öğrenme kültürünün geliştirilmesi ile ilgili çabaların tümü olarak tanımlanmaktadır (Ülgen ve Mirze, 2004: 356).

## Yönetim Bilgi Sistemleri

Yönetim bilgi sistemleri; işletme yöneticilerine, karar vericilere gerekli olan bilgiyi hızlı ve doğru olarak toplayan, analiz eden, sonuçları raporlayan ve bilgileri saklayan bir sistem bütünüdür.

Yönetim bilgi sistemlerinin temel fonksiyonu, örgütün amaçlarına en uygun bir biçimde ulaşmasını sağlayarak, insan, makine, hammadde, ile sermaye unsurlarının arasındaki karşılıklı ilişkileri en uygun biçimde düzenleyecek olan karar vericilere doğru, zamanlı ve anlamlı bilgi temin etmektir (Bocchino, 1972: 11).

Yönetim bilgi sisteminin üç temel unsuru vardır(Sabuncuoğlu ve Tokol, 2001: 20).

- Bilginin toplanması, bilginin analiz edilmesi, raporlanarak ilgili kişi ve kurumlara aktarılmasını yapan insan unsurudur.
- Bilginin düzenlenmesine, kayıt altına alınmasına, saklanmasına yardımcı olan bilgisayar unsurudur.
- Bu süreç içerisinde neyin nasıl yapılacağı konusunda yol gösteren prosedürlerdir.

İşletmeler, giderek artan ekonomik sorunlara karşın bir sürekli büyüme veya varlıklarını koruma içerisindeyler. Bu süreç içerisinde işletme yönetiminin temel görevi artan ve sürekli değişen ekonomik sorunlar ile hızlı değişen teknoloji ve rekabetin oluşturduğu sorunlara karşı karşıya bulunan işletmelerin yaşamlarını devam ettirebilmektir.

Yönetici, bu yoğun rekabet ortamında ve gelişen teknoloji karşısında başarılı bir şekilde işletmeyi yönetebilmesi için yönetim süreci için gerekli bilgiyi temin etmesi gerekir. Zamanlı, anlamlı ve ilgili bilgi, işletme yönetim fonksiyonlarının yürütülmesinde çok önemli rol oynar. Çünkü bilgi olmadan işletme yönetiminin, örgütlenme, planlama, personel ve kontrol işlevlerini yönetmesi olanaklı olmayacaktır.

Yönetim bilgi sistemleri; yönetim, bilgi ve sistem kavramlarından meydana gelmekte ve yönetim ile bilginin birlikte ele alınması ve bunların bir sistem içinde kaynaştırılmasına dayanmaktadır(Kaya, 2000: 64).

Yönetim bilgi sistemi: para, insan gücü, malzeme, teknoloji ve bilgi gibi işletme kaynaklarının amaçlar doğrultusunda en verimli bir şekilde kullanılmalarını planlamak, örgütlemek ve kontrol etmek için gereksinim duyduğu işletme içi ve işletme dışı finansal veya finansal olmayan bilgileri gerekli yer ve zamanda gerekli kişilere uygulayabilecekleri şekilde sürekli olarak sağlamak amacıyla kurulan ve çalıştırılan sistemler bütünüdür.

Yönetimin karar almada daha etkin olabilmesi için bilginin işlenmesi gerekir. Verilere anlamlı olabilmesi için anlam kazandırmak amacıyla yapılan işlemlere bilgi işleme veya veri işleme denir.

Bilgi işleme üç temel aşamadan oluşur:

- Verilerin toplanması,
- Verilerin değişik araçlarla ve yöntemlerle kayıt edilmesi,
- Bilgi çıktılarının alınması.

Bilgi sistem kavramı, günümüzde bilgisayar ile alınmakla birlikte bilgisayar kavramından daha geniş anlam taşımaktadır. Verilerin toplanması kayıt edilmesi sınıflandırılması ve raporlanması bilgisayarla yapılması nedeniyle bilgi sistemi ve bilgisayar beraber anılmaktadır(Wilkinson, 1989: 16). Bilgi sistemindeki gelişmeler bilgisayardaki yazılımların ve donanımların gelişmesinde bağlı olarak gelişme göstermiştir.

### Üretim Bilgi Sistemi

Üretim bilgi sistemi, işletmede üretilen mamullerin, hizmetlerin ve bunlara ilişkin girdilerin işletme içindeki akışlarına ilişkin bilgileri sağlamaya yönelik bir bilgi sistemidir. Örneğin üretim planlaması ve kontrolü, mamul geliştirme ve hammadde satın alma gibi alt bilgileri içermektedir(Sürmeli ve diğerleri, 2001: 47).

Üretim bilgi sisteminde aşağıdaki alt bilgi sistemlerinden oluşmaktadır(Özbek, 1992: 121):

- Üretim planlama sistemi,
- Stok kontrol sistemi,

- Mamul geliştirme sistemi,
- Stok yönetim sistemi,
- Satın alma sistemi,
- Dağıtım sistemi gibi alt bilgi sistemleri yer almaktadır.

### **Pazarlama Bilgi Sistemi**

Pazarlama, işletme amaçlarına ulaşmayı sağlayacak değişimleri gerçekleştirmek üzere malların ve hizmetlerin geliştirilmesi, fiyatlandırılması, tutundurulması, dağıtılması sürecidir(Tenekecioğlu, 2001: 177).

### **Personel Bilgi Sistemi**

İşletmenin fiziksel varlıkları dışında insan gücü kaynakları da vardır. İşletmenin başarısı insan kaynaklarının başarısı ve niteliği ile ölçülür. İşletmede yapılan işlerin gerektirdiği özelliklere sahip insan gücünün nasıl ve nereden sağlanacağını öncelikle planlanması gerekir. Bu çalışanların daha sonra uyumu sağlaması ve eğitilmesi gerekir. İnsan gücünü temin edilmesi, sosyal sigortalar kurumuna kayıt edilmesi, kütük işlemlerinin yapılması, eğitilmesi ve sosyal hizmetlerin verilmesi personel bilgi sisteminin yardımı ile sağlanmaktadır(Şahin, 2001 : 299).

### **Finansal Bilgi Sistemi**

İşletme yöneticilerinin finansal kararlar alması ve yine finansal kontrol işlevini yürütebilmesi amacıyla varlıkların kontrolü ve geleceğin planlanması için gerekli bilgileri oluşturan sistem elemanlarının bütünü olarak tanımlanabilir (Jones ve diğerleri, 1996: 27).

### **Muhasebe Bilgi Sistemi**

Muhasebe bilgi sistemi(MBS), genel veya finansal muhasebe ve maliyet muhasebesi gibi geleneksel muhasebeleri de içeren geniş bir kavramdır. Muhasebe bilgi sistemi, aynı zamanda işletmeler tarafından bugüne kadar en iyi şekilde geliştirilen bilgi sistemidir. Muhasebe bilgi sistemi; finansal muhasebe, maliyet muhasebesi, sorumluluk muhasebesi, sermaye ve nakit bütçesi, işletmenin; varlıkları, kaynakları, sermayesi, gelir ve giderleri ile ilgili mali nitelikteki geçmişteki ve ileriye dönük bilgileri sağlayan bir bilgi sistemidir(Çömlekçi, 2001: 313).

### **Muhasebe Bilgi Sistemi Unsurları**

Bir sisteminin unsurları, o sistemin tanımlanmasına ve birbirine bağlı olan, sistemi çalışır duruma getiren ve sisteme işlerlik kazandıran değişik somut elamanlardır. Sistemin çalışabilmesi ancak, sistemi oluşturan ve onu meydana getiren öğelerle söz konusu olabilmektedir. Muhasebe bilgi sisteminin unsurları; insan, haberleşme araçları, donanım ve raporlardan oluşur(Romney ve Steinbart, 1997: 2). Bilgi teknolojisi, yazılım ve donanım ürünleri, bilgi üretim sistemleri ve bu sistemlerinin geliştirilmesi yönetim süreçlerinin otomasyonu gibi terimler ve faaliyetleri içerir( Parlakkaya ve Tekin, 2002: 677). Bu unsurlar muhasebe bilgi sisteminin işlevini görmesi için sisteme işlerlik kazandıran unsurlar olmaktadır(Sürmeli ve Diğ. 2001: 56- 62).

**İnsan:** İşletmelerde muhasebe bilgi sisteminin kurulup, çalıştırılması ve geliştirilebilmesi için bütün sistemlerde olduğu gibi insan unsuruna ihtiyaç vardır. Muhasebe bilgisini insan alır ve kullanır.

**Haberleşme Araçları:** Haberleşme araçları veri ve bilginin toplanması ve bilgi işlem faaliyetlerine tabi tutulması için gerekli belgelerdir. Bu belgeler; kayıt, sınıflandırma, özetleme, hesaplama, saklama, canlandırma, çoğaltma ve iletme işlemlerinin yapılabilmesi için gerekli kayıt ortamını meydana getirirler. Kayıt ortamının ve haberleşme olanağını oluşturan haberleşme araçları; zaman, nitelik, yer, kişi gibi değişik yönleriyle ortaya koymak amacıyla muhasebe sistemine ilişkin veri veya bilgileri somutlaştırıp ispatlanır duruma getirir(Karakaya, 1994: 30).

**Donanım ve Yazılım:** Muhasebe bilgi sistemi daha önce belirtildiği gibi; veri veya bilgileri yönetimin kullanacağı şekle dönüştüren bir sistemdir. Bu dönüşümü sağlamak üzere yapılan bilgi işlem faaliyetleri; el ile bilgi işleme, mekanik bilgi işleme ve bilgisayarla bilgi işlem yöntemlerine göre yapılmaktadır. Bilgisayardan önceki zamanlarda muhasebe bilgi sistem düzenleyicileri, elle çalışan yarı otomatik makinaların çıktılarıyla küçük işletmeler için kolaylıkla kullanabilmekteydiler(Boockholdt ve Li, 1991: 91). Günümüzde ise büyüyen işletmelerde bilgisayar kullanılmaktadır. Bir muhasebe bilgi sisteminde bulunacak donanımlar işletmenin koşullarına, bilgi işlem eylemlerinin yoğunluğuna ve buna bağlı olarak da benimsenen bilgi işlem yöntemine göre değişiklik gösterir.

**Raporlar:** Muhasebe departmanın hazırlamış olduğu mali tabloları, temel mali tablolar ve ek mali tablolar olarak ikiye ayırılır(Çabuk ve Lazol, 2000: 7).

### **Yönetim Kararlarında Muhasebe Bilgi Sistemi'nin (Mbs) Yeri Ve Önemi**

Muhasebe bilgi sisteminin işletme yönetimdeki yeri ve önemi aşağıdaki şekilde belirtilebilir:

**Pazarlama departmanında;** hedef pazarın belirlenmesinde, dağıtım kanallarının tespit edilmesinde, mamul fiyatlandırılmasında, reklam çalışmalarında, yer almaktadır.

**Üretim departmanında;** fabrika kuruluş yeri tespitinde, üretim hacminin tespitinde, verimlilik çalışmalarında, stokların kontrolünde, maliyetlerin minimize edilmesinde,

**Yönetim departmanında;** Personel seçiminde, personel ücretlerinde, yatırım kararı alınmasında, yer almaktadır.

**Araştırma geliştirme ve finansman departmanlarında;** önemli görev üstlenmektedir. İşletme yönetimindeki bu görevleri aşağıda kısaca açıklanacaktır.

### **3. ANKARA FAALİYET GÖSTEREN TEKSTİL İŞLETMELERİ ÖRNEĞİ**

#### **İlgili Araştırmalar**

Savsar, C. (2005); 'Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerde Muhasebe Bilgi Sisteminin Yeri ve Önemi' adlı teziyle, KOBİ' lerde muhasebe bilgi sistemlerinin yeri ve önemini ortaya koyarak bu işletmelerde muhasebe bilgi sisteminin etkinlik ve verimliliğini ölçmeye çalışmıştır. Bu kapsamda, Çorum ilinde faaliyet gösteren KOBİ'lerde muhasebe bilgi sistemlerini tanımlayarak muhasebe bilgi sistemlerinin daha etkin ve verimli kullanılması için öneriler getirilmiştir.

Kök, D. (2000); 'Yönetim Kararlarının Alınmasında Muhasebe Organizasyonunun Rolü: Kahramanmaraş Tekstil İşletmelerinde Bir Uygulama' adlı teziyle, işletmelerde iletişim süreci,

yönetim kararları, muhasebe organizasyonu ve yönetim muhasebesi konularına değinerek Kahramanmaraş'ta tekstil işletmelerde bir anket çalışmasıyla küçük ve orta ölçekli işletmelerin muhasebe organizasyonlarının, işletme yönetiminin alacakları kararlardaki önemlilik derecesini vurgulamıştır. Son olarak muhasebe departmanında çalışanların yönetime sundukları bilgilerin yönetim tarafından gerekli şekilde kullanıldığını büyük çoğunlukla ifade etmelerinin, stratejik bilgiye yönelik yaklaşımlar geliştirildiği takdirde, bu bilgilerin de yönetim tarafından etkin şekilde kullanılabilmesi sonucuna varılmıştır.

Ceran, Y. (1993); 'İşletme Fonksiyonlarından Muhasebe ve Muhasebe Fonksiyonunun İşletme Organizasyonu İçerisindeki Yeri ve Önemi ile Muhasebenin Organizasyonu' adlı yüksek lisans teziyle, işletme yönetimi, işletme örgütleri muhasebe ve defter tutma konularına değinilmiştir. Genelde işletmenin muhasebe sistemine, özelde işletmenin muhasebe fonksiyonuna, işletmenin belirlenen amaçlarına göre yönetilebilmesi için yöneticilerin ihtiyaç duyduğu bilgi ve verilerin sağlam, yönetime bilgi aracı olma özelliği taşıyan bir sistem açısında bakılmıştır. Çalışmanın uygulama kısmında, bir imalat işletmesinde muhasebe bölümünün işletme organizasyonu içindeki ve organizasyon şemalarındaki yeri ile muhasebenin organizasyonu hususunda bir analiz çalışması yapılmıştır.

Yıldıztekin, İ. (1996); 'Maliyet Verilerinin Alternatif Seçimi Kararlarında Kullanılması' adlı doktora teziyle işletme yönetimiyle, işletme karar alma eşdeğer kabul edilerek maliyet bilgisine dayanan karar alma sürecinin, imalat sanayinde önemine açıklık kazandırılmıştır. Ayrıca muhasebe bilgi sisteminin teknoloji ile bütünleştirilmesinin, doğru karar almada ilk veri kaynağı olacağı vurgulanmıştır. Yine çalışmada, kısa dönem alternatif seçim kararları ile ilgili maliyet analizleri yapılmış ve bu karar türlerinde kullanılacak analiz yöntemleri uygulamalı olarak verilmeye çalışılmıştır.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma işletme yönetim fonksiyonlarında muhasebe bilgi sisteminin üstlendiği veya üstlenmesi gerektiği rolün, Ankara'da tekstil sektöründe faaliyette bulunan KOBİ niteliğindeki işletmelerde ne derecede geçerlilik arz ettiğinin ölçülmesi amacıyla düzenlenmiştir.

Günümüzde, büyük oranda küreselleşme olgusunun etkisiyle değişime uğrayan işletmelerde, işletmenin iç ve dış çevresinde meydana gelen gelişmelere karşı tavır belirleme bağlamında yönetim sürecinin; üst yönetici ile departmanlar arasındaki ilişki biçimlerinde söz konusu olan hız, etki ve verimlilik bağlamında ise iletişim sürecinin ön plana çıktığı gözlenmektedir. Bu noktada, özellikle de küçük ve orta ölçekli işletmelerin bilgi deposu konumundaki muhasebe bilgi sistemlerinin ve bu sistemin en önemli parçası olan muhasebe departmanlarının yönetime alacakları kararlarda yardımcı olabilme yetisi, işletmelerin karar mekanizmasında önemli bir faktör konumuna gelmektedir. Çünkü yönetim, alacağı kararlara yön veren bilgileri muhasebe departmanlarından temin etmektedir ve muhasebe bilgi sistemiyle üretilen bilginin niteliği, alınacak kararların isabet derecesinde en önemli belirleyici faktör olmaktadır. Dolayısıyla günümüz işletme yapılarında öne çıkan iletişim, karar alma ve muhasebe departmanı ilişkilerinin incelenmesi ile gelişme sürecini devam ettiren işletmelerin önümüzdeki yıllarda nasıl bir konumda olacakları konusunda fikir sahibi de olunacaktır.

### **Araştırmanın Kapsamı, Örneklemi Ve Sınırlamalar**

Araştırma ile ilgili veriler Ankara'da tekstil sektöründe faaliyette bulunan KOBİ niteliğindeki işletmelerde yönetim departmanındaki sorumlu kişilere uygulanmış, anket sonuçlarından elde edilen verilerle sınırlıdır. Anket formunun hazırlanmasında konu ile ilgili kaynaklardan ve daha önce bu konuda çalışmış olan araştırmacıların formlarından da yararlanılmıştır.

Araştırma, ülkemizde yapılan birçok KOBİ tanımından KOSGEB'in yapmış olduğu tanım esas alınarak yapılmıştır. Bu tanıma göre 1-50 arası işçi çalıştıran işletmeler küçük ölçekli işletme, 51-150 arası işçi çalıştıran işletmeler orta ölçekli işletme olarak belirlenmiştir. Uygulamanın yapılacağı örnek kütlelerin tespitinde, 05 Nisan 2010 tarihi itibarıyla Ankara Ticaret Odası (ATO) kayıtları esas alınmış olup, Ankara'da tekstil sektöründe faaliyette bulunan 6952 adet işletme uygulamanın ana kütleleri olarak dikkate alınmıştır. Söz konusu ana kütlelerden basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle 500 adet işletme örnek olarak seçilmiştir.

İşletmelere gönderilen toplam 500 adet anket formlarından, toplam 391 adedi değerlendirmeye tabi tutulmuştur; anketlerin geri dönüş oranı %78,2 olarak gerçekleşmiştir.

### Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışmanın genel amacı, KOBİ'lerin yönetiminde muhasebe bilgi sisteminin yeri ve öneminin ortaya konularak; muhasebe bilgilerinden işletme yönetimlerinin yararlanılma derecelerini belirlemek ve muhasebe bilgi sistemlerinin daha etkin kullanılabilmesi için öneriler geliştirmektir.

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibi geliştirilmiştir:

H 1: İşletmenin türüne göre muhasebe işlerinin takibinin yapıldığı yerler arasında anlamlı bir fark var mıdır?

H 2: İşletmenin türüne göre muhasebe departmanı ile diğer departmanlar arasındaki bilgi alışverişi muhasebe bilgi sisteminin etkinliğini arttırmakta olup olmadığına ilişkin görüşler arasında anlamlı bir fark var mıdır?

H 3: İşletmenin türüne göre hazırlanmış olan muhasebe raporlarını, bir yardımcıya ihtiyaç duymadan değerlendirebiliyor musunuz? Sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir fark var mıdır?

H 4: İşletmenin türüne göre muhasebe departmanının görevi yalnızca vergisel sorumluluklarla mı ilgilenmektedir? Sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir fark var mıdır?

H 5: İşletmelerin kuruluş yıllarına göre muhasebe işlerinin takibinin yapıldığı yerler arasında anlamlı bir fark var mıdır?

H 6: İşletmelerin kuruluş yıllarına göre muhasebe departmanı ile diğer departmanlar arasındaki bilgi alışverişi muhasebe bilgi sisteminin etkinliğini arttırmakta mıdır? Sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir fark var mıdır?

H 7: İşletmelerin kuruluş yıllarına göre hazırlanmış olan muhasebe raporlarını, bir yardımcıya ihtiyaç duymadan değerlendirebiliyor musunuz? Sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir fark var mıdır?

H 8: İşletmelerin kuruluş yıllarına göre muhasebe departmanının görevi yalnızca vergisel sorumluluklarla mı ilgilenmektedir? Sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir fark var mıdır?

H 9: Katılımcıların cinsiyetlerine göre işletme için hazırlanan muhasebe raporlarının ilgili bölümlerce kullanılma sıklıklarına ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

H 10: Katılımcıların cinsiyetlerine göre işletme için hazırlanan muhasebe raporlarının belirtilen departmanlarca önem derecesine ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır:

- Muhasebe bilgi sistemi ile KOBİ'lerin büyüklük sınıflandırmasının arasındaki ilişki?
- Yöneticilerin bilgi ve tecrübe alanındaki farklılığı, örneğin kullanılan muhasebe dilinin yönetici tarafından anlaşılmasında, muhasebe bilgi sisteminden tam olarak faydalanılmadığı anlamına gelir mi?
- KOBİ'ler muhasebe bilgi sistemini sadece vergisel sorumlulukları yerine getirmek amacıyla kullanmaktadırlar
- Muhasebe departmanı ile diğer departmanlar arasındaki bilgi alışverişi muhasebe bilgi sisteminin etkinliğini arttırmaktadır.
- Muhasebe bilgi sisteminin çıktıları olan raporlar işletmenin diğer departmanlarını önemli derecede etkilemektedir.

### **Araştırmanın Metodolojisi**

Araştırma için 15 soruluk bir anket hazırlanmıştır. Anket örneğimiz Ek-1 de sunulmuştur. 13. 14. ve 15. sorularda 4'li liker tipi anket uygulanmıştır. Tüm veriler ve analizler SPSS for Windows 15.00 varyansında çözümlenmiştir. Verilerin analizinde % frekans istatistikleri çıkartılmış olup, hipotezlerin testinde ise Ki kare analizi yapılmıştır.

### **Araştırmadan Elde Edilen Bulgular Ve Yorumlar**

#### **Kişisel Bilgilere İlişkin Bulgular**

Anketi cevaplandıran kişilere ait demografik özellikler yüzde frekans istatistikleri ile Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.1. Anketi Cevaplandıran Kişilere Ait Demografik Özellikler Yüzde Frekans İstatistikleri**

		N (Adet)	%
Cinsiyet	Kadın	89	23
	Erkek	302	77
Yaş	20-35	54	14
	36-45	132	34
	46-55	119	30
	56 ve üzeri	86	22
Görev	Genel Müdür	136	35
	Genel Müdür Yardımcısı	97	25
	Genel Koordinatör	61	16
	Yönetmen	63	16
	CEO	21	5
	Diğer	13	3
Çalışma Yılı	1 yıldan az	4	1
	1-5 yıl	24	6
	6-15 yıl	152	39
	15 yıldan fazla	211	54
Öğrenim durumu	İlkokul	21	5
	Ortaokul	39	10
	Lise	113	29
	Meslek Yüksek Okulu	72	18
	Üniversite	127	32
	Lisansüstü	19	5

### İşletmelere İlişkin Bulgular

Anket uygulanan işletmelere ait sonuçlar yüzde frekans istatistikleri ile Tablo 3.2.'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.2. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinin Hukuki Yapılarına İlişkin Veriler**

		N(Adet)	%
İşletme	Şahıs işletmesi	14	3,6
	Şahıs şirketi	32	8,2
	Limited şirketi	270	69,1
	Anonim Şirket	66	16,9
	Diğer	9	2,3
	Toplam	391	100,0

Ankete katılan işletmelerin hukuki yapıları incelendiğinde Ankara'daki tekstil işletmelerinde %69,1 ile limited şirketlerin çoğunluktaki katılımı görülmektedir. Orta ölçekli işletmelerin büyük çoğunluğunu oluşturan anonim şirketlerin oranı ise Ankara'da %16,9 olarak görülmektedir.



**Tablo 3.3. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde Çalışan Kişi Sayılarına İlişkin Veriler**

	N (Adet)	%
İşletmede çalışan kişi sayısı		
1-50 kişi	117	30
51-150 kişi	272	69,7
151 kişi ve üzeri	1	0,3
Toplam	391	100,0

Ankete katılan işletmelerin KOBİ sınıflandırmasındaki yeri incelendiğinde, 51-150 arasında çalışana sahip orta ölçekli işletmelerin Ankara ilinde en büyük paya sahip olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan işletmelerin nitelikleri incelendiğinde %69,7' si orta ölçekli işletme %30'u ise küçük ölçekli işletme işletmelerden oluştuğu görülmektedir.

**Tablo 3.4. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde Muhasebe İşlerinin Takibine İlişkin Veriler**

	N (Adet)	%
Çalıştığınız işletmemizde	190	48,6
İşletmemizin dışında bulunan bir muhasebe bürosunda	110	28,1
Bir kısmı işletmemizde, bir kısmı da nereden bağımsız muhasebe bürosunda yapılmakta?	91	23,3
Toplam	391	100,0

Tablo 3.4.' e göre, muhasebe işlemlerini tamamen işletme içinde takip eden Ankara'daki tekstil işletmelerinin oranı %48,6 ile başı çekerken, ikinci sırada % 28,1 ile muhasebe işlemlerini tamamen bağımsız muhasebe bürolarında takip ettiren işletmeler gelmektedir.

**Tablo 3.5. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde Muhasebe Raporlarının Değerlendirilmesine İlişkin Veriler**

	N (Adet)	%
Hazırlanmış olan muhasebe raporlarını, bir yardımcıya ihtiyaç duymadan değerlendirebiliyor musunuz?		
Evet	145	37,1
Hayır	138	35,3
Kısmen	108	27,6
Toplam	391	100,0

Muhasebe bilgi sisteminin üretmiş olduğu raporların yöneticiler açısından bir yardımcıya ihtiyaç duymadan yararlanabilme durumuna göre sonuçlar yukarıda belirtilmiştir.

Tablo 3.5.'de de görüldüğü üzere muhasebe bilgi sisteminin üretmiş olduğu raporların; Ankara'daki yöneticilerce %64,7 oranında tamamen ve kısmen anlaşılabilen olduğu görülmektedir. Bu oranlar araştırma kapsamındaki işletmelerde yönetim faaliyetlerinin özellikle karar alma noktasında tam ve doğru karar verebilmek için elde edilen bilgilerin anlaşılabilmesi açısından önemli bir orandır.

**Tablo 3.6. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde MBS 'nin Görevinin Vergisel Sorumluluk Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Veriler**

	N (Adet)	%
Size göre muhasebe departmanının görevi yalnızca vergisel sorumluluklarla mı ilgilenmektedir?		
Evet	92	23,5
Hayır	194	49,6
Kısmen	105	26,9
Toplam	391	100,0

Muhasebe bilgi sisteminin varlığının sadece vergisel sorumluluklarını yerine getirmek için mi olduğuna ilişkin sorulara yönelik sonuçlar yukarıda belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan Ankara'daki işletme yöneticilerinin %49,6'sı muhasebe bilgi sisteminin sorumluluğunun sadece vergisel sorumluluklarını yerine getirmek olmadığını belirtmişlerdir. Kısmen vergisel sorumluluklarını yerine getirmek olduğunu belirtenlerin oranı %26,9'dur.

**Tablo 3.7. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde Hazırlanan MBS Raporlarının Belirtilen Departmanlarca Önem Derecesine İlişkin Veriler**

	Çok önemsiz		Önemsiz		Önemli		Çok önemli	
	N (Adet)	%	N (Adet)	%	N (Adet)	%	N (Adet)	%
Satın Alma	19	5%	108	28%	123	31%	141	36%
Üretim	42	11%	88	23%	131	34%	130	33%
Finansman	6	2%	27	7%	133	34%	225	58%
Pazarlama	45	12%	87	22%	164	42%	95	24%

Finansman departmanı için muhasebe bilgilerinin önem derecesinde ise Ankara'daki yöneticiler %92 ile önemli ve çok önemli seçeneğini işaretlemişlerdir.

**Tablo 3.8. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde Hazırlanan MBS Raporlarının Hangi Bölümlerce Ne Kadar Sıklıkla Kullanıldığına İlişkin Veriler**

	Hiçbir zaman		Nadiren		Çoğu zaman		Her zaman	
	N (Adet)	%	N (Adet)	%	N (Adet)	%	N (Adet)	%
Satın Alma	38	10%	123	31%	117	30%	113	29%
Üretim	54	14%	90	23%	127	32%	120	31%
Finansman	18	5%	63	16%	115	29%	195	50%
Pazarlama	47	12%	106	27%	154	39%	84	21%

Finansman departmanının kullanım sıklığı ile ilgili olarak, Ankara'daki yöneticiler, %79 oranla çoğu zaman ve her zaman muhasebe bilgi sisteminin üretmiş olduğu bilgileri kullandıklarını ifade etmişlerdir.

### 3.5.3. İşletmelerin Faaliyetlerinde “Muhasebe Bilgilerinden” Yararlanma İfadelerine İlişkin Görüşlerin Dağılımı

**Tablo 3.9. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde İstihdam Edilecek Personel Sayısının Belirlenmesinde MBS'nin Önemlilik Derecesine İlişkin Veriler**

İstihdam edilecek personel sayısının belirlenmesinde		
	N (Adet)	%
Önemsiz	29	7,4
Önemli	107	27,4
Çok önemli	255	65,2

Tablo 3.9 'da da görüldüğü gibi Ankara'daki işletme yöneticileri %92,6 oranla önemli ve çok önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Bu sonuçlardan yola çıkarak Ankara'daki işletmelerde istihdam edilecek personel sayısının belirlenmesi açısından kesin bir önemlilik düzeyi vardır denebilir.

**Tablo 3.10. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde Üretimde Kullanılan Girdilerin Ödeme Koşullarının Belirlenmesinde, MBS'nden Elde Edilen Bilgilerin Önem Derecesine İlişkin Veriler**

Üretimde kullanılan girdilerin ödeme şartlarının belirlenmesinde		
	N (Adet)	%
Çok önemsiz	8	2,0
Önemsiz	85	21,7
Önemli	106	27,1
Çok önemli	192	49,1

Araştırmaya katılan Ankara'daki işletme yöneticileri üretimde kullanılan girdilerin ödeme koşullarının belirlenmesinde MBS'den yararlanmanın önem derecesini %76,2 oranıyla önemli ve çok önemli olarak ifade etmişlerdir.

**Tablo 3.11. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinin Pazarlama ve Satın Alma İşlemlerinde Kullandıkları MBS'nin Önemine İlişkin Veriler**

Pazarlama ve satın alma işlerinde		
	N (Adet)	%
Çok önemsiz	22	5,6
Önemsiz	88	22,5
Önemli	127	32,5
Çok önemli	154	39,4

Araştırmaya katılan Ankara'daki işletme yöneticileri genel olarak pazarlama ve satın alma işlemlerinde MBS'den yararlanmanın %71,9 oranında önemli ve çok önemli olduğu vurgulanmıştır.

**Tablo 3.12. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde Satış Bölgelerinin ve Müşteri Grubunun Belirlenmesinde MBS'nin Önemlilik Derecesine İlişkin Veriler**

Satış bölgesi ve müşteri grubunun belirlenmesinde		
	N (Adet)	%
Çok önemsiz	42	10,7
Önemsiz	77	19,7
Önemli	155	39,6
Çok önemli	117	29,9

İşletmelerde pazarlama faaliyetleri ile ilgili olarak satış bölgelerinin ve müşteri grubunun belirlenmesinde MBS' den elde edilecek bilgilerden yararlanmanın önem derecesine ilişkin bulgular yukarıda ki gibi gibidir.

Satış bölgelerinin ve müşteri grubunun belirlenmesine ilişkin görüşlerini, Ankara'daki işletme yöneticilerinin %69,5'i önemli ve çok önemli olarak ifade etmişlerdir. Dolayısıyla satış bölgelerinin ve müşteri grubunun belirlenmesi ile ilgili olarak Ankara'daki tekstil işletmelerinde muhasebe bilgi sisteminin önemli olduğu görülmektedir.

**Tablo 3.13. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde Gerekli Reklam ve Satış Geliştirme Faaliyetlerinin Maliyetleri Konusunda MBS 'nin Önemlilik Derecesine İlişkin Veriler**

Reklam ve satış geliştirme faaliyetlerinin maliyetleri konusunda karar verirken		
	N (Adet)	%
Çok önemsiz	9	2,3
Önemsiz	48	12,3
Önemli	177	45,3
Çok önemli	157	40,2

Tablo 3.13'e göre Ankara'daki işletmelerin %85,5 önemli ve çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Dolayısıyla Ankara'daki işletme yöneticilerinin çoğu reklam ve satış geliştirme faaliyetleri için muhasebe bilgi sisteminin üretmiş olduğu bilgilerden yararlanmanın önemli olduğunu belirtmişlerdir.

**Tablo 3.14. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde Üretimde Kullanılan Girdilerin Satın Alınacağı İşletmelerin Belirlenmesinde MBS'nin Önemlilik Derecesine İlişkin Veriler**

Üretimde kullanılan girdilerin satın alınacağı işletmelerin belirlenmesinde		
	N (Adet)	%
Çok önemsiz	16	4,1
Önemsiz	95	24,3
Önemli	118	30,2
Çok önemli	162	41,4

Araştırmaya katılan Ankara'daki işletme yöneticileri, üretimde kullanılacak girdilerin satın alınacağı kişi ve işletmelerin belirlenmesinde muhasebe bilgi sisteminin %71,6 oranda önemli ve çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Sonuç olarak Ankara'daki işletmeler tedarik fonksiyonu için gerekli olan bilgilerin muhasebe bilgi sisteminden elde etmesi gerekliliğinin çok önemli olduğunu belirtmişlerdir.

**Tablo 3.15. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde Üretimde Kullanılan Girdilerin Nitelik Belirlenmesinde MBS' nin Önemlilik Derecesine İlişkin Veriler**

Üretimde kullanılan girdilerin niteliklerinin belirlenmesinde		
	N (Adet)	%
Çok önemsiz	35	9,0
Önemsiz	73	18,7
Önemli	122	31,2
Çok önemli	161	41,2

Araştırmaya katılan Ankara'daki işletme yöneticileri, üretimde kullanılacak girdilerin niteliklerinin belirlenmesinde muhasebe bilgi sisteminin %72,4 oranda önemli ve çok önemli olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlara göre, Ankara'daki işletmeler üretim fonksiyonu için gerekli olan önemli bilgileri muhasebe bilgi sisteminden elde etmektedirler.

**Tablo 3.16. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde İşletmenin Tanıtımı ve Promosyon Faaliyetleriyle İlgili Kararlarda MBS'nin Önemlilik Derecesine İlişkin Veriler**

İşletmenin tanıtımı ile ilgili kararlarda		
	N (Adet)	%
Çok önemsiz	30	7,7
Önemsiz	61	15,6
Önemli	131	33,5
Çok önemli	169	43,2

Tablo 3.16. da da görüldüğü üzere Ankara'daki işletme yöneticileri %76,7 oranla işletmenin tanıtım ve promosyon faaliyetleri ile ilgili kararlarda MBS'den elde edilecek bilgilerin önemli ve çok önemli olduğunu vurgulamışlardır. Görülüyor ki Ankara'daki işletmeler halkla ilişkiler alanındaki faaliyetlerinde MBS'yi daha da önemli kabul etmektedirler.

**Tablo 3.17. Ankara'daki Tekstil İşletmelerinde İşletmenin Gelecek Dönemde Yapacağı Yatırımlarla İlgili Kararların Verilmesinde Hazırlanan MBS Raporlarının Öneme İlişkin Veriler**

İşletmenin gelecek dönemde yapacağı yatırımlarla ilgili kararların verilmesinde		
	N (Adet)	%
Çok önemsiz	31	7,9
Önemsiz	27	6,9
Önemli	87	22,3
Çok önemli	246	62,9

Araştırmaya katılan Ankara'daki işletme yöneticileri, işletmenin gelecek dönemde yapacağı yatırımlarla ilgili kararların verilmesinde muhasebe bilgi sisteminin %85,2oranda önemli ve çok önemli olduğunu belirtmişlerdir.

**Hipotez 1:**

**Tablo 3.18. İşletmenin türüne göre muhasebe işlerinin takibinin yapıldığı yerler arasında anlamlı bir fark var mıdır?**

			İşletme					Toplam
			Şahıs işletmesi	Şahıs şirketi	Limited şirketi	Anonim Şirket	Diğer	
Çalıştığınız işletmede muhasebe işlerinin takibi nerede yapılmakta?	İşletmemizde	n	3	7	147	27	6	190
		%	1,6%	3,7%	77,4%	14,2%	3,2%	100,0%
	İşletmemizin dışında bulunan bir muhasebe bürosunda	n	6	14	64	23	3	110
		%	5,5%	12,7%	58,2%	20,9%	2,7%	100,0%
	Bir kısmı işletmemizde, bir kısmı da bağımsız muhasebe bürosunda	n	5	11	59	16	0	91
		%	5,5%	12,1%	64,8%	17,6%	0,0%	100,0%
Toplam	n	14	32	270	66	9	391	
	%	3,6%	8,2%	69,1%	16,9%	2,3%	100,0%	

**Ki kare değeri=21,998 Sd=8 p=0,005\***

İşletmenin türüne göre muhasebe işlerinin takibinin yapıldığı yerler arasında anlamlı bir farklılaşmanın olup olmadığı ki kare analizi ile test edildiğinde bir fark bulunmuştur. Bir başka deyişle, işletmenin türüne göre muhasebe işlerinin takibinin yapıldığı yerler arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ).

**Hipotez 2:**

**Tablo 3.19. İşletmenin türüne göre muhasebe departmanı ile diğer departmanlar arasındaki bilgi alışverişi muhasebe bilgi sisteminin etkinliğini arttırmakta olup olmadığına ilişkin görüşler arasında anlamlı bir fark var mıdır?**

**Ki kare değeri=23,927 Sd=8 p=0,002\***

			İşletme					Toplam
			Şahıs işletmesi	Şahıs şirketi	Limited şirketi	Anonim Şirket	Diğer	
Sizce muhasebe departmanı ile diğer departmanlar arasındaki bilgi alışverişi muhasebe bilgi sisteminin etkinliğini arttırmakta mıdır?	Evet	n	5	19	185	32	4	245
		%	2,0%	7,8%	75,5%	13,1%	1,6%	100,0%
Hayır	n	5	8	52	25	1	91	
	%	5,5%	8,8%	57,1%	27,5%	1,1%	100,0%	
Kısmen	n	4	5	33	9	4	55	
	%	7,3%	9,1%	60,0%	16,4%	7,3%	100,0%	
Toplam	n	14	32	270	66	9	391	
	%	3,6%	8,2%	69,1%	16,9%	2,3%	100,0%	

Muhasebe departmanı ile diğer departmanlar arasındaki bilgi alışverişi muhasebe bilgi sisteminin etkinliğini arttırmakta olduğunu düşünen işletmeler ile aynı fikri benimsemeyen işletme türleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur( $p<0,05$ ).

**Hipotez 3:**

**Tablo 3.20. İşletmenin türüne göre hazırlanmış olan muhasebe raporlarını, bir yardımcıya ihtiyaç duymadan değerlendirebiliyor musunuz? Sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir fark var mıdır?**

			İşletme					Toplam
			Şahıs işletmesi	Şahıs şirketi	Limited şirketi	Anonim Şirket	Diğer	
Hazırlanmış olan muhasebe raporlarını, bir yardımcıya ihtiyaç duymadan değerlendirebiliyor musunuz?	Evet	n	3	7	116	17	2	145
		%	2,1%	4,8%	80,0%	11,7%	1,4%	100,0%
Hayır	n	8	11	79	37	3	138	
	%	5,8%	8,0%	57,2%	26,8%	2,2%	100,0%	
Kısmen	n	3	14	75	12	4	108	
	%	2,8%	13,0%	69,4%	11,1%	3,7%	100,0%	
Toplam	n	14	32	270	66	9	391	
	%	3,6%	8,2%	69,1%	16,9%	2,3%	100,0%	

**Ki kare değeri=27,280 Sd=8 p=0,001\***

Hazırlanmış olan muhasebe raporlarını, bir yardımcıya ihtiyaç duymadan değerlendirdiğini düşünen işletmeler ile aynı fikri benimsemeyen işletmeler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur( $p<0,05$ ).

**Hipotez 4:**

**Tablo 3.21. İşletmenin türüne göre muhasebe departmanının görevi yalnızca vergisel sorumluluklarla mı ilgilenmektedir? Sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir fark var mıdır?**

	İşletme					Toplam		
	Şahıs işletmesi	Şahıs şirketi	Limited şirketi	Anonim Şirket	Diğer			
Size göre muhasebe departmanının görevi yalnızca vergisel sorumluluklarla mı ilgilenmektedir	Evet	n	8	14	46	24	0	92
		%	8,7%	15,2%	50,0%	26,1%	0,0%	100,0%
	Hayır	n	4	15	143	24	8	194
		%	2,1%	7,7%	73,7%	12,4%	4,1%	100,0%
	Kısmen	n	2	3	81	18	1	105
		%	1,9%	2,9%	77,1%	17,1%	1,0%	100,0%
Toplam	n	14	32	270	66	9	391	
	%	3,6%	8,2%	69,1%	16,9%	2,3%	100,0%	

Ki kare değeri=37,194 Sd=8 p=0,000\*

İşletmenin türüne göre muhasebe departmanının görevi yalnızca vergisel sorumluluklarla mı ilgilenmektedir? Sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur(p<0,05).

**Hipotez 5:**

**Tablo 3.22. İşletmelerin kuruluş yıllarına göre muhasebe işlerinin takibinin yapıldığı yerler arasında anlamlı bir fark var mıdır?**

	İşletmenin Kuruluş Yılı			Toplam		
	1945-1980	1981-2000	2001-2010			
Çalıştığımız işletmede muhasebe işlerinin takibi nerede yapılmakta?	İşletmemizde	N	79	94	17	190
		%	41,6%	49,5%	8,9%	100,0%
İşletmemizin dışında bulunan bir muhasebe bürosunda		N	5	59	46	110
		%	4,5%	53,6%	41,8%	100,0%
Bir kısmı işletmemizde, bir kısmı da bağımsız muhasebe bürosunda		N	15	48	28	91
		%	16,5%	52,7%	30,8%	100,0%
Toplam	N	99	201	91	391	
	%	25,3%	51,4%	23,3%	100,0%	

Ki kare değeri=76,876 Sd=4 p=0,000\*

İşletmelerin kuruluş yıllarına göre muhasebe işlerinin takibinin yapıldığı yerler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur(p<0,05).



**Hipotez 6:**

**Tablo 3.23. İşletmelerin kuruluş yıllarına göre muhasebe departmanı ile diğer departmanlar arasındaki bilgi alışverişi muhasebe bilgi sisteminin etkinliğini arttırmakta mıdır? Sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir fark var mıdır?**

			İşletmenin Kuruluş Yılı			Toplam
			1945-1980	1981-2000	2001-2010	
Sizce muhasebe departmanı ile diğer departmanlar arasındaki bilgi alışverişi muhasebe bilgi sisteminin etkinliğini arttırmakta mıdır?	Evet	n	93	124	28	245
		%	38,0%	50,6%	11,4%	100,0%
	Hayır	n	4	45	42	91
		%	4,4%	49,5%	46,2%	100,0%
	Kısmen	n	2	32	21	55
		%	3,6%	58,2%	38,2%	100,0%
Toplam	n	99	201	91	391	
	%	25,3%	51,4%	23,3%	100,0%	

**Ki kare değeri=82,487 Sd=4 p=0,000\***

İşletmelerin kuruluş yıllarına göre muhasebe departmanı ile diğer departmanlar arasındaki bilgi alışverişi muhasebe bilgi sisteminin etkinliğini arttırmakta mıdır? Sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu bulunmuştur(p<0.05).

**Hipotez 7:**

**Tablo 3.24. İşletmelerin kuruluş yıllarına göre hazırlanmış olan muhasebe raporlarını, bir yardımcıya ihtiyaç duymadan değerlendirebiliyor musunuz? sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir fark var mıdır?**

			İşletmenin Kuruluş Yılı			Toplam
			1945-1980	1981-2000	2001-2010	
Hazırlanmış olan muhasebe raporlarını, bir yardımcıya ihtiyaç duymadan değerlendirebiliyor musunuz?	Evet	n	64	68	13	145
		%	44,1%	46,9%	9,0%	100,0%
	Hayır	n	17	72	49	138
		%	12,3%	52,2%	35,5%	100,0%
	Kısmen	n	18	61	29	108
		%	16,7%	56,5%	26,9%	100,0%
Toplam	n	99	201	91	391	
	%	25,3%	51,4%	23,3%	100,0%	

**Ki kare değeri=56,039 Sd=4 p=0,000\***

İşletmelerin kuruluş yıllarına göre hazırlanmış olan muhasebe raporlarını, bir yardımcıya ihtiyaç duymadan değerlendirebiliyor musunuz? sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir fark vardır(p<0,05).

**Hipotez 8:**

**Tablo 3.25. İşletmelerin kuruluş yıllarına göre muhasebe departmanının görevi yalnızca vergisel sorumluluklarla mı ilgilenmektedir? sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir fark var mıdır?**

			İşletmenin Kuruluş Yılı			Toplam
			1945-1980	1981-2000	2001-2010	
Size göre muhasebe departmanının görevi yalnızca vergisel sorumluluklarla mı ilgilenmektedir	Evet	n	8	42	42	92
		%	8,7%	45,7%	45,7%	100,0%
	Hayır	n	66	104	24	194
		%	34,0%	53,6%	12,4%	100,0%
Toplam	Kısmen	n	25	55	25	105
		%	23,8%	52,4%	23,8%	100,0%
Toplam		n	99	201	91	391
		%	25,3%	51,4%	23,3%	100,0%

**Ki kare değeri=46,449 Sd=4 p=0,000\***

İşletmelerin kuruluş yıllarına göre muhasebe departmanının görevi yalnızca vergisel sorumluluklarla mı ilgilenmektedir? sorusuna verilen görüşler arasında anlamlı bir fark gözlenmiştir(p<0,05).

**Hipotez 9:**

**Tablo 3.26. Katılımcıların cinsiyetlerine göre işletme için hazırlanan muhasebe raporlarının ilgili bölümlerce kullanılma sıklıklarına ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?**

		Cinsiyet				Ki kare değeri	P
		Kadın		Erkek			
		n	%	n	%		
Satın Alma	Hiçbir zaman	5	5,6%	33	10,9%	4,160	0,245
	Nadiren	27	30,3%	96	31,8%		
	Çoğu kez	33	37,1%	84	27,8%		
	Her zaman	24	27,0%	89	29,5%		
Üretim	Hiçbir zaman	8	9,0%	46	15,2%	8,570	0,036(*)
	Nadiren	19	21,3%	71	23,5%		
	Çoğu kez	24	27,0%	103	34,1%		
	Her zaman	38	42,7%	82	27,2%		
Finansman	Hiçbir zaman	2	2,2%	16	5,3%	8,313	0,040(*)
	Nadiren	7	7,9%	56	18,5%		
	Çoğu kez	32	36,0%	83	27,5%		
	Her zaman	48	53,9%	147	48,7%		
Pazarlama	Hiçbir zaman	9	10,1%	38	12,6%	2,909	0,406
	Nadiren	20	22,5%	86	28,5%		
	Çoğu kez	36	40,4%	118	39,1%		
	Her zaman	24	27,0%	60	19,9%		

\*p<0,05

Katılımcıların cinsiyetlerine göre işletme için hazırlanan muhasebe raporlarının “satın alma” bölümlerinde kullanılma sıklıklarına ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır( $p>0,05$ ).

Kadın ve erkek katılımcılara göre işletme için hazırlanan muhasebe raporlarının “üretim” bölümlerinde kullanılma sıklıklarına ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur( $p<0,05$ ).

Kadın ve erkek katılımcılara göre işletme için hazırlanan muhasebe raporlarının “finansman” bölümlerinde kullanılma sıklıklarına ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur( $p<0,05$ ).

Katılımcıların cinsiyetlerine göre işletme için hazırlanan muhasebe raporlarının “pazarlama” bölümlerinde kullanılma sıklıklarına ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır( $p>0,05$ ).

### Hipotez 10:

**Tablo 3.27. Katılımcıların cinsiyetlerine göre işletme için hazırlanan muhasebe raporlarının belirtilen departmanlarca önem derecesine ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?**

		Cinsiyet				Ki kare değeri	P
		Kadın		Erkek			
		n	%	N	%		
Satın Alma	Çok önemsiz	4	4,5%	15	5,0%	2,309	0,511
	Önemsiz	23	25,8%	85	28,1%		
	Önemli	24	27,0%	99	32,8%		
	Çok önemli	38	42,7%	103	34,1%		
Üretim	Çok önemsiz	13	14,6%	29	9,6%	7,363	0,061
	Önemsiz	14	15,7%	74	24,5%		
	Önemli	25	28,1%	106	35,1%		
	Çok önemli	37	41,6%	93	30,8%		
Finansman	Çok önemsiz	0	0,0%	6	2,0%	4,251	0,236
	Önemsiz	3	3,4%	24	7,9%		
	Önemli	33	37,1%	100	33,1%		
	Çok önemli	53	59,6%	172	57,0%		
Pazarlama	Çok önemsiz	7	7,9%	38	12,6%	16,935	0,001(*)
	Önemsiz	18	20,2%	69	22,8%		
	Önemli	28	31,5%	136	45,0%		
	Çok önemli	36	40,4%	59	19,5%		

\* $p<0,05$

Katılımcıların cinsiyetlerine göre işletme için hazırlanan muhasebe raporlarının “satın alma” departmanınca önemli görülme derecesine ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır( $p>0,05$ ).

Katılımcıların cinsiyetlerine göre işletme için hazırlanan muhasebe raporlarının “üretim” departmanınca önemli görülme derecesine ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır( $p>0,05$ ).

Katılımcıların cinsiyetlerine göre işletme için hazırlanan muhasebe raporlarının “finansman” departmanınca önemli görülme derecesine ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır( $p>0,05$ ).

Katılımcıların cinsiyetlerine göre işletme için hazırlanan muhasebe raporlarının “pazarlama” departmanınca önemli görülme derecesine ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır( $p<0,05$ ).

#### 4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Karar süreçlerinde işletme yöneticileri, ne oranda stratejik bilgiye yer verirlerse, işletmenin geleceğini etkileyen konularda o oranda isabetli karar alabilme olanağına sahip olacaklardır. Muhasebe bilgi sisteminin önemi ise bu durumla bağlantılı olarak ne oranda stratejik bilgi üretebildikleri ile ilişkilidir. Bununla birlikte hem yöneticinin hem de muhasebe bilgi sisteminin önemi tek başına bir şey ifade etmemektedir. Esas olan bu iki birim arasında bağlantıyı sağlayan iletişim sürecinin etkin bir şekilde yönetilmesidir.

İşletme yöneticileri, işletme faaliyetleri ile alacakları kararlarda belirsizliği en aza indirebilecek sayısal bilgilerden daha çok yararlanmalıdırlar. Yöneticilerin ihtiyaç duyduğu bu sayısal bilgiler muhasebe bilgi sisteminden sağlanabilir. Muhasebe bilgi sistemi, işletmelerin en eski bilgi sistemi durumundadır. Muhasebe bilgi sisteminin çıktıları durumunda bulunan raporlar bu bilgileri özetleyen tablolardır. Diğer taraftan iyi bir rapor ancak iyi bir muhasebe bilgi sisteminin kullanılmasıyla yapılabilir.

Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerin yönetiminde muhasebe bilgi sisteminin yeri ve önemine ilişkin Ankara ili tekstil işletmelerinde yapılan bu araştırma kapsamında KOBİ’lerde muhasebe departmanlarında yeterli düzeyde muhasebe biliminde uzman kişilerin istihdam edildiği saptanmıştır. Anket uygulaması yaptığımız işletmelerde muhasebe departmanı bulunan işletmelerin oranı %48,6’dır. Dolayısıyla bu işletmelerde muhasebe alanında çalışan personel sayısı büyük bir oran teşkil etmektedir. KOBİ’lerin genel olarak karşılaştıkları sorunlardan birisi de uzman eleman istihdamının yeterli düzeyde olmamasıdır. Ankara İli tekstil işletmelerinde yapmış olduğumuz bu araştırmada bu şekilde bir sorunla karşılaşmamıştır.

İşletmelerde hazırlanan, muhasebe bilgi sisteminin ürünü olan raporlar düzenleyen işletme yöneticilerine olduğu kadar işletme ile ilgili diğer taraflara da, işletme faaliyetleri ile ilgili bilgiler vermektedir. Anket uygulaması yapılan işletmelerde daha çok yasal dönemler itibariyle mali tabloların hazırlandığı, başka bir ifade ile, işletme faaliyetleri ile ilgili bilgilerin resmi kurum ve kuruluşların istediği dönemlerde raporlandığını ifade edenlerin oranı %50,4’le büyük bir oran teşkil etmektedir. Raporlar işletme faaliyetleri ile ilgili bilgileri özetleyen tablolardır. Raporların yasal dönemlerden daha sık dönemlerde hazırlanması, işletme yöneticilerinin muhasebe sistemine bakış açılarının somut göstergesidir. Daha sık dönemlerde rapor isteyen yöneticiler bu raporlardan aldıkları bilgileri işletme faaliyetleri ile ilgili alacakları kararlarda kullanacaklardır.

İşletme yönetiminde denetim mekanizmasının çok önemli bir yer tuttuğu şüphe götürmez bir gerçektir. Muhasebe bilgi sisteminin özellikle KOBİ’ler için en önemli kontrol mekanizması olması, bu sistemde denetime tabi tutulmasının gerekliliğinin en önemli göstergesidir. Araştırma sonuçlarına

genel olarak bakıldığında, işletmelerin genel bir KOBİ niteliği sergileyerek sahip ve ortakların denetimdeki paylarının çok yüksek olduğu görülmektedir. Aynı zamanda araştırma sonuçlarına bakıldığında muhasebe bilgi sisteminin üretmiş olduğu bilgilerden herhangi bir yardım almadan yararlanabilenlerin oranları 1945-1980 ve 1981-2000 yılları arasında kurulan, kuruluş tarihi eski işletmelerde yüksek olması da, kuruluş yılının bu konudaki öneminin bir göstergesidir.

İşletme faaliyetleri ile ilgili stratejik kararların alınmasında kullanılan kriterlere ilişkin verilerden yola çıkılarak; muhasebe bilgi sisteminden elde edilen bilgilerin önem seviyesinin yüksek oranlarda olduğu görülmüştür. Fakat uygulama olarak bakıldığında bu önemlilik oranı, yerini biraz daha düşük yararlanma sıklığına bırakmıştır. Bunun nedenlerine bakıldığında, KOBİ'lerin genel özelliklerinden olan, az sayıda sahip veya ortaklar tarafından yönetilme, muhasebe departmanında yetki devrinin eksikliği ve yeterli uzman kişilerin azlığı, bunun yanında muhasebe bilgi sisteminin üretmiş olduğu raporları yöneticilerin tek başlarına anlamasındaki eksiklikler görülebilir.

Genel olarak bu bilgiler, KOBİ'lerin muhasebe bilgi sistemine göstermiş olduğu önemin daha önce yapılmış olan araştırmalara kıyasla artmış olduğunu fakat uygulamada eksik kaldığını göstermektedir. Bu eksikliklerin giderilebilmesi için öncelikle KOBİ yöneticilerinin işletme bünyelerinde muhasebe departmanı oluşturması, olanları gerekli yetki ve sorumlulukları vererek güçlendirmesi ve daha hızlı ve etkin çalışabilmesi için, insan faktörü göz önüne alınarak daha çok uzman kişilerin istihdam edilmesi gerekmektedir.

KOBİ'lerin yapıları gereği fazla çalışana sahip olmamaları, muhasebe departmanının sayıca güçlendirilebilmesini zorlaştırabilir. Fakat bu durum bu işletmeler için çok büyük bir öneme sahip olan muhasebe bilgi sisteminin etkinliğinin ve verimliliğinin önüne engel olmamalıdır. Başarıyı her alanda yakalamak isteyen ve-. muhasebe departmanı oluşturamayan KOBİ sahip ve yöneticileri kendilerini muhasebe alanında da yeterli bilgiyle donatarak bu engeli de aşmayı başarabilirler.

Sonuçta, bilginin her yerde olduğu gibi KOBİ'lerin yönetiminde de önemli olduğu çok açık bir gerçektir. KOBİ'lerde bilginin üretildiği en önemli ve en eski kaynak olan muhasebe bilgi sisteminin, basit bir muhasebe anlayışından çıkıp KOBİ yönetiminin vazgeçilemez bilgi bankası olması, öneminin tam olarak anlaşılması ve bunun uygulamaya mutlaka yansıtılması gerekmektedir. Dolayısı ile muhasebenin sadece vergisel işlemler için değil, işletmenin her aşamasında kararlara katılabilecek bir bilgi sistemi olduğunun önemi anlaşılıp etkin ve verimli şekilde kullanabilmek için gerekli yetki, sorumluluk ve iletişimin sağlanması gerekmektedir.

## KAYNAKÇA

Akdoğan, N. ve Hamdi, A. (1987). *Muhasebe Teorileri*. Ankara: Gazi Üniversitesi İİBF. Yayınları.

Akgemci, T. (2001). *KOBİ'lerin Temel Sorunları ve Sağlanan Destekler*. Ankara: KOSGEB Yayınları, BMS Matbaacılık.

Aypek, N. (2001). *KOBİ Finanslama Sürecinde Yeni Finansman Teknikleri*, I.Avrasya Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeler Kongresi. Ankara: TİKA Yayınları.

Banar, Kerim. (1998). *Yatırım İşleri ve Muhasebeleştirilmesi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- Boockholdt, J.L. and Li, D. (1991) *Accounting Infotmation Systems*. Boston: Homewood.
- Cansen, E. (2007). KOBİ'lerde Muhasebe ve Finansman.  
Web: [http://www.kobifinans.com.tr/bilgi\\_merkezi/0202/73\\_9/2](http://www.kobifinans.com.tr/bilgi_merkezi/0202/73_9/2) adresinden 17 Mart 2018 tarihinde alınmıştır
- Civan, M. ve Tekinkuş, M. (2006). Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerin Avrupa Birliğine Uyum Süreci.  
Web: <http://www.econturk.org/Turkischeconomy/P455.pdf> adresinden 12 Aralık 2018 tarihinde alınmıştır.
- Çabuk, A. ve Lazol, İ. (2000). *Mali Tablolar Analizi*. Bursa: Vipaş A.Ş.
- Çalpınar, H. (2001, Ekim). *KOBİ'ler ve Türkiye Ekonomisi*, I.Orta Anadolu Kongresinde sunuldu. ,  
Web: [http://www.kobinet.org.tr/hizmetler/bilgibankasi/ekonomi\\_/OAKDocs/OAK-TO.pdf](http://www.kobinet.org.tr/hizmetler/bilgibankasi/ekonomi_/OAKDocs/OAK-TO.pdf), adresinde 24 Ekim 2018'da alınmıştır.
- Çelik, A. ve Akgemci, T. (1998). *Girişimcilik Kültürü ve KOBİ'ler*. Ankara:Nobel Yayın Dağıtım.
- Çolakoğlu, M. H. (2002) Kobi Rehberi. Ankara: *TOBB Yayınları*, No:359-PM:2, 8.
- Çömlekçe, F. (2001). *Genel İşletme*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Dilik, B. Duran, M. (1998). Türkiye'de Uygulanan KOBİ Teşvik Politikası ve Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Hazine Dergisi*, 60.
- Doğan, Ö. Marangoz M. KOBİ'lerin Dış Pazarlara Açılmada Karsılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri ve Bir Uygulama. *Dış Ticaret Dergisi*, Web: <http://www.dtm.gov.tr/ead/DTDERGI/nisan2002/kobi.htm>, adresinden 25 Ekim 2018'da alınmıştır.
- Erkan, H. (1997). Bilgi Toplumu ve Ekonomik Gelişme, *Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları*, No.326, 147.
- Gökçen, H. (2002). Yönetim Bilgi Sistemleri, Epi Yayıncılık, Ankara, 342s.
- Güney, S. (2000). *Yönetim ve Organizasyon El Kitabı*. Ankara: Nobel Yayınları.
- İraz, R. (2006). Küresel Rekabet Ortamında Küçük Ve Orta Büyüklükteki İşletmelerin Ulusal Sosyo-Ekonomik Sisteme Katkıları Açısından Değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi SBE Dergisi*, 15, 367-380.
- Kara, E. (2003). *İşletme Yönetiminde Muhasebe Bilgi Sisteminin Yeri ve Önemi; Bir Tekstil İşletmesinde Uygulama*, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Gaziantep.
- Karagül, A.A. (2006). Bilgi Yönetimi, Kurumsal Kaynak Planlaması ve Muhasebe Bilgi Sistemi İlişkisi Çerçevesinde Muhasebe Eğitim,  
Web: <http://www.mu.edu.tr/departments/iibf/tmes24/kitap!2-1.pdf> adresinden 05 Şubat 2010 'da alınmıştır.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Karakaya, A. (2004). Yönetimsel Bilginin Özellikleri Üzerine Bir Araştırma, *Teknoloji Dergisi*, 7(14), 605-614.

Özbek, Y. (1992). Muhasebe Bilgi Sisteminin Organizasyonu. *Verimlilik Dergisi*. 1992/1., 117-138.

Özgen, H. ve DOĞAN S. (1998) Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerin Uluslararası Pazarlara Açılmada Karşılaştıkları Temel Yönetim Sorunları. *Dış Ticaret Dergisi*.

Özgener, Ş. (2003). *Küçük ve Orta Boy İşletmelerin E-ticarete Adaptasyonu ve Devletin Rolü*, 2. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresinde sunuldu, Kocaeli Üniversitesi, İİBF, 260-274. İzmit.

Parlakaya, R. Tekin, A. (2002). *Tümleşik Bilgi Sistemleri ve Muhasebe Bilgi Sistemi. I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*. Kocaeli.

Romney, M. and Steinbart, P.J. (1997). *Accounting Information Systems*, Addison- Wesley.

Sabuncuoğlu, Z. Ve Tokol, T. (2001). *İşletme Yönetimi*. Bursa: Ezgi Kitap evi.

Sürmeli, F. ve Diğerleri, (2001). *Muhasebe Bilgi Sistemi*. (4.Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi

Sürmeli F., Erdoğan M., Erdoğan N., Banar K., Kaya E., ve Sevim A., (2005) Muhasebe Bilgi Sistemi, *Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayınları*, Yayın No: 1644.

Şahin, M. (2001). *Genel İşletme*. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.

Tanç, A. ve Güngör S. *Felaketten Kurtarma Planı ve Muhasebe Bilgi Sistemi, Kayseri'deki Büyük Ölçekli Sanayi İşletmeleri Üzerine Bir Araştırma*,

Web: [www.iibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler/07-02.pdf](http://www.iibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler/07-02.pdf), adresinden 01 Şubat 2018'da alınmıştır.

Tenekecioğlu, B. (2001). *Genel İşletme*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Tomur, K. (2004). *KOBİ'ler ve Rekabet Politikası De Minimis Kuralının Rekabet Hukukundaki Yeri, İşlevi ve Uygulama Prensipleri*. Rekabet Kurumu, Ankara,

Web: <http://www.rekabet.gov.tr/word/tezler/keremtornur.pdf> adresinden 01 Haziran 2018'da alınmıştır.

Türk, M. (2003). *Küreselleşme Sürecinde İşletmelerde Bilgi Yönetimi*, İstanbul: Türkmen Kitabevi.

Tüzmen. K. (2000). *Türkiye'de KOBİ'lerin Dünü Bugünü Geleceği*. Panel, KOSGEB, ODTÜ Kültür ve Sanat Merkezi.

Web: <http://www.kosgeb.gov.tr/Ekler/Dosyalar/Yayin/13%5CPanel.pdf> adresinden 04 Mayıs 2018'da alınmıştır.

Uludağ, İ. ve Serin, V. (1990). Türkiye'de Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeler, İstanbul, *İTO Yayınları*, 191.

Ülgen, H. ve Mirze, K. (2004). *İşletmelerde Stratejik Yönetim*, İstanbul: Literatür Yayınları.

Yücel, T. (2001) *Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerde Çalışma Sermayesi ve Finansal Yönetim Uygulamaları*. Orta Anadolu Kongresi.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Web: <http://www.kobinet.org.tr/hizmetler/bilgibankasi/ekonomi/OAKDocs/OAK-T1.pdf> , adresinden 24 Ekim 2018’da alınmıştır.

<http://www.tobb.org.tr/duyurular/yonetmelikler/kobi%209%20mayis1.doc.>,adresinden 17 Şubat 2018’da alınmıştır.

<http://www.kosgeb.gov.tr/KOSGEB/kanun.asp>, adresinden 15 Nisan 2018’da alınmıştır.

[http://www.eximbank.gov.tr/html\\_files/KobiTLKr.htm](http://www.eximbank.gov.tr/html_files/KobiTLKr.htm), adresinden 20 Mayıs 2018’da alınmıştır.



## SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISI ORGANIZATIONAL STRUCTURE OF THE MINISTRY OF HEALTH

**Arş. Gör. Ayhan DURMUŞ**

Sakarya Üniversitesi  
[ayhandurmus@sakarya.edu.tr](mailto:ayhandurmus@sakarya.edu.tr)  
[orcid.org/0000-0001-8362-2769](http://orcid.org/0000-0001-8362-2769)

**Merve Nur DURMUŞ**

[mervenurbalci.52@gmail.com](mailto:mervenurbalci.52@gmail.com)  
[orcid.org/0000-0002-7928-2092](http://orcid.org/0000-0002-7928-2092)

Makale gönderim-kabul tarihi (04.05.2019-09.07.2019)

### Özet

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı, merkezi teşkilat (Sağlık Bakanlığı) ve taşra teşkilatı (İl Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Sağlık Örgütleri) olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Çalışma kapsamında, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilat yapısında yaşanan değişimlerin dönemler halinde incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışma ikincil veri kaynakları kullanılarak hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısına yönelik düzenlemeler beş dönem olarak ele alınmıştır. Dönemler halinde ele alınan Bakanlık merkez teşkilat yapısı 181 sayılı KHK'dan sonra 2011 yılında 663 sayılı KHK ile değiştirilmiş, fakat 2017 yılında 694 sayılı KHK ile birlikte eski teşkilat yapısına dönüş yapılmıştır. Teşkilat yapısındaki bu değişiklik üzerinden uzun zaman geçmeden 2018 yılında çıkarılan 703 sayılı KHK ile yeni teşkilat yapısı oluşturulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri, Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi

### Abstract

In our country, organizational structure of the Ministry of Health, central organization (Ministry of Health) and provincial organization (Provincial Health Directorate and District Health Organizations) are divided into two groups. Within the scope of the study, it is aimed to examine the changes in the central organization structure of the Ministry of Health in periods. The study was prepared using secondary data sources. The regulations regarding the organization structure of the Ministry of Health are considered as five periods. The central organization structure of the Ministry, which was dealt with in terms of periods, was replaced by Decree Law No. 663 in 2011 after Decree Law No. 181, but in 2017, a return to the former organizational structure was made with Decree Law No. 694. Not long after this amendment in the organizational structure, a new organizational structure was established with the Decree Law No. 703 in 2018.

**Keywords:** Health Services, Organizational Structure of The Ministry of Health, Health Transformation Program, Presidency Government System

## 1. GİRİŞ

Türkiye'nin kuruluş tarihinden beri siyasi, ekonomik, politik kaygıları olması sebebiyle, sağlık hizmetlerine gereken önem verilmemiş ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesi sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında engeller ortaya çıkmıştır (Başol ve Işık, 2015: 24). Ayrıca, 80 yıldan fazla süredir sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi ve sağlık göstergelerinde iyileştirmelerin gözlenmesine rağmen, arzu edilen sağlık göstergeleri seviyesine ulaşılamamıştır (Yıldırım vd., 2011: 81).

Türkiye'nin sağlık hizmetleri sunumunda uygulanan temel politikaları dönemler halinde incelediğimizde; Birinci dönem Cumhuriyetin ilk yıllarından 1960'lı yıllara kadar sağlıkla ilgili yasal düzenlemelerin ve örgütsel yapıların oluşturulduğu, finansman ve insan kaynaklarına yönelik adımların atıldığı "örgütlenme ve kurumsallaşma" dönemini oluşturmaktadır (Akdur, 1999; aktaran Lamba vd, 2014: 57; Yılmaztürk, 2013: 178). İkinci dönem 1961-1980 yılları arasındaki dönemi kapsayan "Sosyalleştirme Dönemi" olarak adlandırılan dönem oluşturmaktadır. Bu dönem ile birlikte planlı dönem başlamıştır ve Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlanmıştır. Planın hedefleri doğrultusunda, sağlık hizmetleri yeniden örgütlenmiş ve 5 Ocak 1961 tarihinde "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" kabul edilmiştir. Bu yasa ile "halkın, temel bir insanlık hakkı olarak tanınan sağlık hizmetlerinden sosyal adalete uygun olarak yararlanmaları amaçlanmıştır". Böylelikle sağlık hizmetlerinin halkın ihtiyaçları doğrultusunda, yaygın ve entegre bir şekilde, sürekli olarak sunulması amaçlanmıştır (Tengilimoğlu vd., 2017: 136; Yılmaztürk, 2013: 178). Üçüncü dönem 1980-2000 yılları arasında sağlık hizmetlerinde "Aktif Özelleştirme Dönemi" olarak ifade edilen dönemi oluşturmaktadır ve T.C. Anayasası bu doğrultuda yeniden düzenlenmiştir (Akdur, 1999: 16). Liberal görüşün bu dönemde resmi politika haline gelmesiyle sağlık özel sektörünün geliştirilmesi çabalarına ağırlık verilmiştir (Tengilimoğlu vd., 2017: 137). 1961 Anayasası'nda sosyal devlet olmanın ifadesi olan "insan haklarına dayalı devlet" tanımı, 1982 Anayasası ile birlikte "insan haklarına saygılı devlet" olarak değiştirilmiştir (Akdur, 1999: 16). Ayrıca, 1983 tarih ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ve 1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu gibi önemli yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Türkiye'nin Ulusal Sağlık Politikasını oluşturmak amacı ile 1992 yılında Birinci Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiş ve doküman olarak Türkiye Büyük Millet Meclisine sunulmak üzere "Ulusal Sağlık Politikası" hazırlanmıştır. Ulusal Sağlık Politikası beş ana bölümden oluşmaktadır. "Sağlık Hizmetlerinin Örgüt ve Yönetim Yapısı" başlığı altında (TC. Sağlık Bakanlığı, 1993: 47-48);

Sağlık hizmetleri çok başlı, aşırı derecede merkeziyetçi, yetkilerin daima üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahiptir. Koordinasyon eksikliğinin yol açtığı duplikasyonların yanı sıra yetki kargaşası vardır. Sağlık Bakanlığı sağlıkla ilgili diğer kurumlar üzerinde etkili olmayıp mevcut mevzuatla kendisine verilen yetkileri de tam anlamıyla kullanamamaktadır.

Sağlık Bakanlığı makro planlar yapan ve sektörü yönlendiren bir yapıdan ziyade günlük işlerle uğraşan bir uygulama Bakanlığı şeklinde çalışmakta, üst düzey yöneticilerin zamanının çok önemli bir kısmı personel tayinleri ile geçmektedir. Bakanlık yönetiminde en üst düzey yöneticiden taşradaki en uç birime kadar profesyonel sağlık yöneticilerine pek rastlanmamaktadır. Bakanlığın merkez ve taşra teşkilat yapısı modern yönetim anlayışı ile bağdaşmamaktadır.

ifadeleri yer almıştır. Bu dönemde Türkiye'de olduğu gibi dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde de sağlık hizmetlerinde reform girişimleri olduğu gözlenmektedir (Günaydın, 2011: 321). Reformlar incelendiğinde, reformların ortak çabalarının yurttaşların sağlık hizmetlerine erişimini

sağlaması gerektiği görülmektedir (Kartal, 2009: 39-40). Bu reformların başlıca nedeni ise, maliyetlerin artması, beklentilerin artması, politik baskılar, sağlık sistemine yönelik memnuniyetsizlik, hizmete erişimdeki hakkaniyetsizlik, kaynakların verimsiz kullanımı, uluslararası çevrelerin (DB ve IMF vs.) etkisi şeklinde ifade edilebilir (Yıldırım, 2013: 8,12; Yılmaztürk, 2013: 186; Günaydın, 2011: 321).

Dördüncü dönem ise, 2003 ve sonrası yıllarda kapsamlı reform çalışmalarının gerçekleştirildiği “Sağlıkta Dönüşüm Programı” oluşturmaktadır. Bu dönemde hem dünyadaki gelişmelere paralel olarak çalışmalar hızlandırılmış hem de sağlık sistemindeki sorunların düzenlenmesine yönelik değişiklikler gerçekleştirilmiştir (Lamba vd., 2014: 54,56). Türkiye’nin sağlıkta dönüşüm programı tüm bireylere eşit şekilde sunulmasını, erişimin kolaylaştırılmasını, hizmet kalitesinin artırılmasını, hasta memnuniyetinin artırılmasını amaç edinmektedir ve ülkenin sosyo ekonomik gerçeklerine bağlı, sürdürülebilir ve geliştirilebilir özelliktedir (Başol ve Işık, 2015: 1; Lamba vd., 2014: 70-71). Türkiye’de 2003 yılından itibaren amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olan Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 24,25). Bu amaçlara ulaşmak için belirlenen ilkeler ise insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı (sağlık hizmetini sunan, finansmanını sağlayan, planlayan ve denetleyen güçlerin birbirinden ayrılması) ve hizmette rekabettir (TC. Sağlık Bakanlığı, 2003: 24,25).

3 Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin Acil Eylem Planında “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bunların başlıcaları:

- 1- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- 2- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- 3- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- 4- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- 6- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- 7- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- 8- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- 9- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- 10- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- 11- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008: 21).

Acil Eylem Planı’nın belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir:

- 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
  - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,

- b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
- c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,

- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 26-37).

2007 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programına üç yeni başlık ilave edilmiştir. Teorik alt yapıdan uygulama safhasına geçiş hazırları 2010 yılı sonu itibari ile başlayan bu bileşenler (Tengilimoğlu vd., 2017: 147):

1. Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
2. Tarafların harekete geçirilmesi ve sektör arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
3. Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleridir

Bu çalışma ile birlikte Sağlık Bakanlığı merkez teşkilat yapısında yaşanan değişimlerin dönemler halinde incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışma ikincil veri kaynaklarına dayalı olarak hazırlanmıştır.

## 2. SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISINDA YAŞANAN DEĞİŞİM

Ülkemizdeki Sağlık Bakanlığı teşkilat yapılanması, merkezi teşkilat (Sağlık Bakanlığı) ve taşra teşkilatı (İl Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Sağlık Örgütleri) olmak üzere iki grupta ele alınabilir. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı ile bütün ülke içerisinde sağlık hizmetini yürütmek zorundadır. Buna göre merkez teşkilatı, politika oluşturma ve bu politika doğrultusunda plan program yapma ve uygulama, koordinasyon sağlama, politika doğrultusundaki hedeflerin daha aşağı birimlere ulaştırılması, illerden gelen verilerin toplanması ve analiz edilmesi gibi faaliyetleri yürütür (Balcı, 2005: 83).

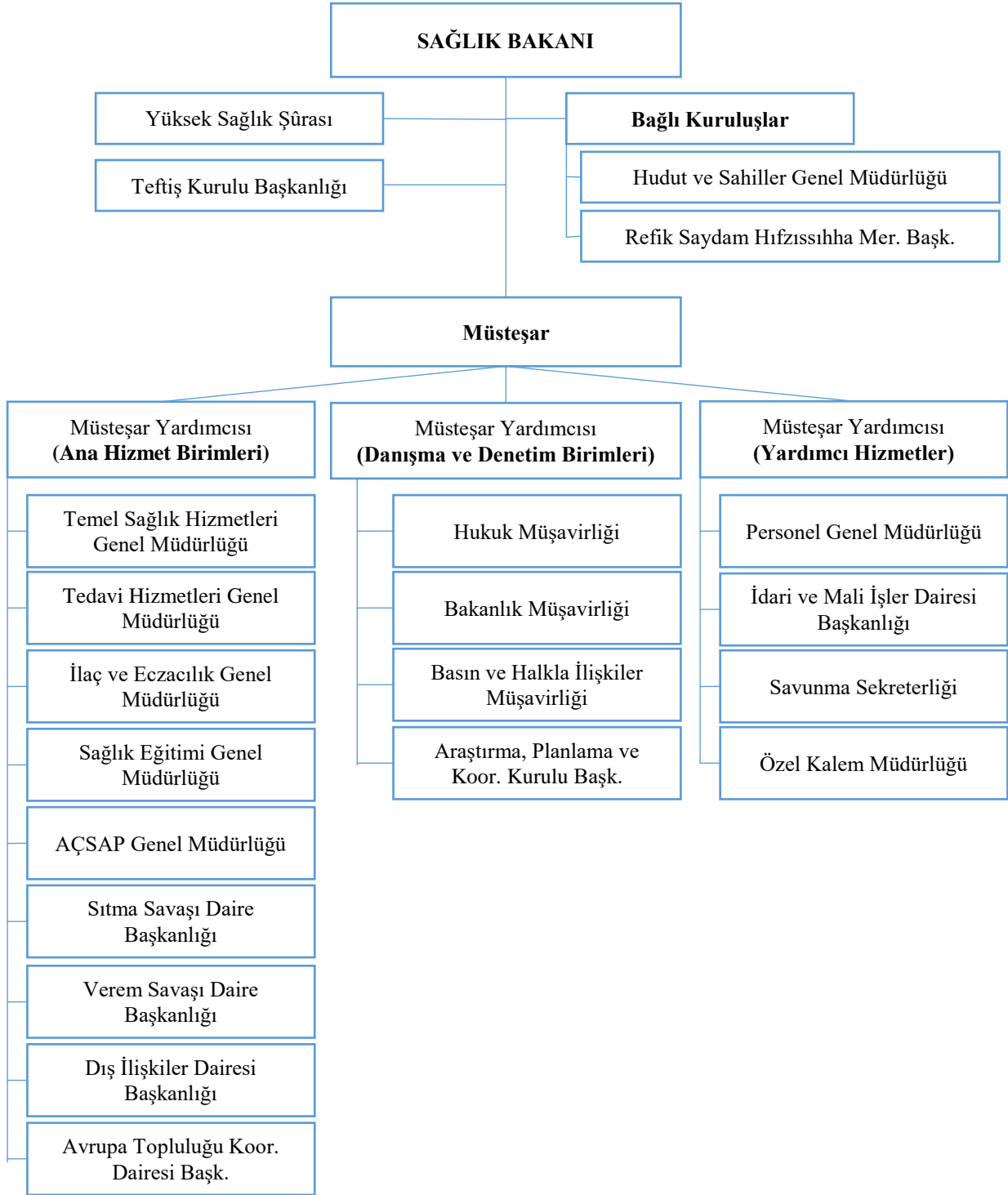
Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısına yönelik düzenlemelerden ilki, 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Kanun, ikincisi 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı KHK, üçüncüsü 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK, dördüncüsü 2017 yılında çıkarılan 694 sayılı KHK ve son düzenleme ise 2018 yılında çıkarılan 703 sayılı KHK'dır.

23.06.1936 tarihinde yayımlanan, 3017 sayılı, "Sihhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu (Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Memurları Kanunu)" Sağlık Bakanlığı'nın ilk teşkilat kanunudur. 1936-1983 tarihleri arasındaki kanun süresince Bakanlığın teşkilat yapısı dikey, hiyerarşik ve yalın (basit)'dir. Bakanlık merkez teşkilatı ana hizmet birimleri ile danışma ve denetim birimleri ve yardımcı birimlerden oluşmaktadır (3017 sayılı kanun, md.4).

14.12.1983 tarihinde yayımlanan, 181 sayılı "Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" Sağlık Bakanlığı'nın kurulması, teşkilat ve görevlerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektedir (181 sayılı KHK, md.1). 181 sayılı KHK döneminde (1983-2011) teşkilat yapısı dikey, hiyerarşik ve yalındır. Sağlık Bakanlığı teşkilatı, merkez teşkilatı ile taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlardan oluşmaktadır (181 sayılı KHK, md.3).

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, Bakan, Müsteşar, Müsteşar yardımcıları (3); danışma ve denetim birimleri (4); ana hizmet birimleri (10); yardımcı hizmetler (4) ve bağlı kuruluşlardan (2) oluşmaktadır

(181 sayılı KHK, md.3). 181 sayılı KHK döneminde Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı Şekil 1' de gösterilmiştir.



**Şekil 1.** 181 Sayılı KHK Döneminde Sağlık Bakanlığının Teşkilat Yapısı

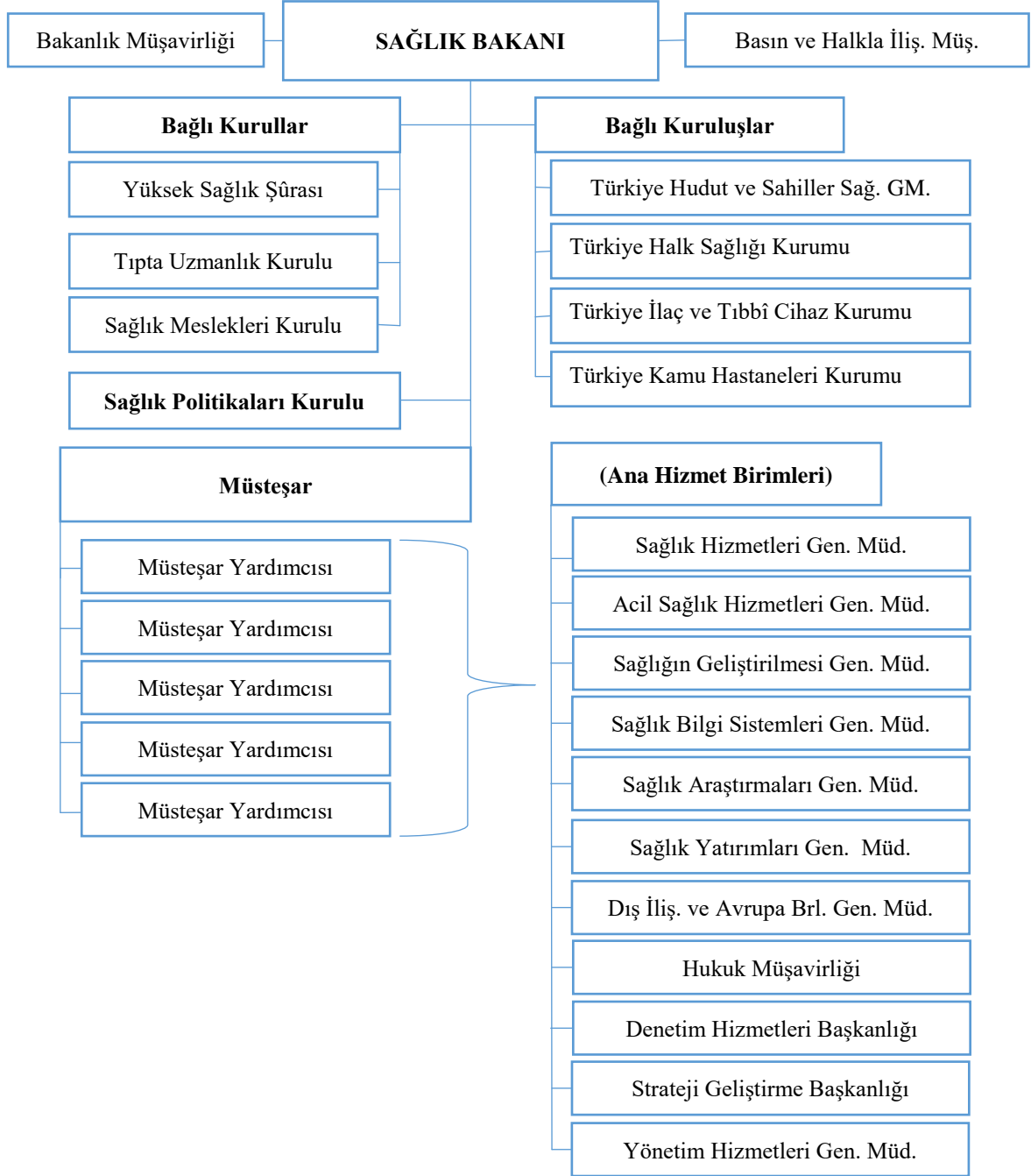


## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, 2 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Kanun Hükmünde Kararnamenin amacı; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir (663 sayılı KHK, md.1). Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlardan oluşmaktadır (663 sayılı KHK, md.3). Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, Bakan, Müsteşar, Müsteşar yardımcıları (5); hizmet birimleri (12); sağlık politikaları kurulu, bağlı kurul (3) ve kuruluşlardan (4) oluşmaktadır. 663 sayılı KHK dönemindeki (2011-2017) Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı Şekil 2’ de gösterilmiştir.



Şekil 2. 663 Sayılı KHK Döneminde Sağlık Bakanlığının Teşkilat Yapısı

663 sayılı KHK döneminde (2011-2017), Sağlık Bakanlığının görev ve teşkilat yapılanmasında köklü ve önemli değişiklikler gerçekleşmiştir. 181 Sayılı KHK kapsamındaki teşkilat şemasında müsteşara yardımcı üç müsteşar yardımcısı var iken, 663 sayılı KHK ile birlikte bu sayı beşe çıkarılmıştır. Önceki teşkilat yapılanmasından farklı olarak Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere “Sağlık Politikaları Kurulu” kurulmuştur (663 sayılı

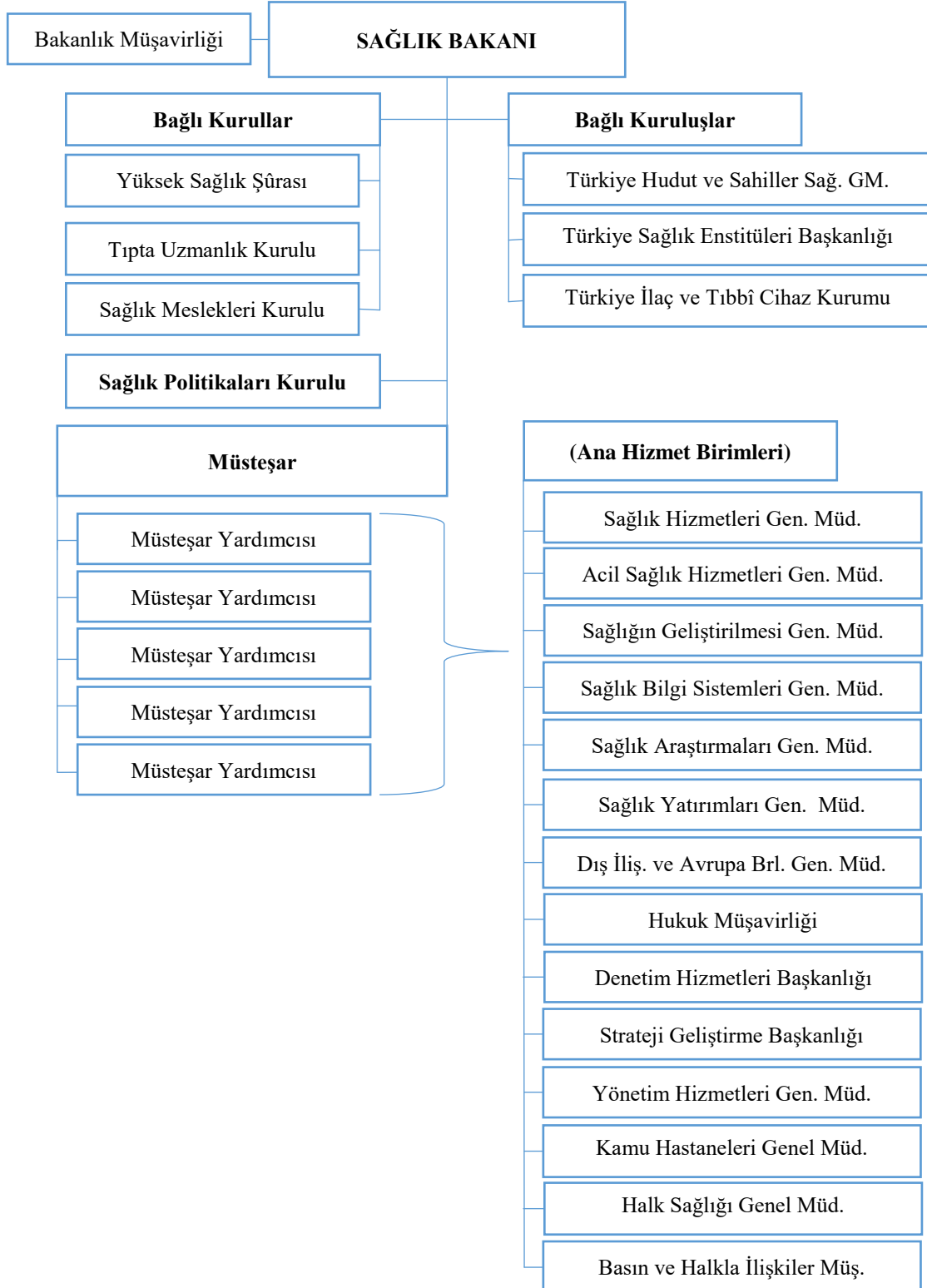
KHK, md.6). Bakanlığın teşkilat yapılanmasındaki bir diğer değişiklik ise, bağlı sürekli kurullarla ilgilidir. Buna göre, Yüksek Sağlık Şurasına ek olarak Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Sağlık Meslekleri Kurulu kurulmuştur. Bakanlığın hizmet birimlerine yenileri eklenmiş olup, 181 sayılı KHK'nın teşkilat yapılanmasında "Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Genel Müdürlüğü, Sıtma Savaşı Daire Başkanlığı, Verem Savaş Daire Başkanlığı, Kanserele Savaş Daire Başkanlığı gibi" birimler "yeni" teşkilat şemasında yer almamaktadır. Son olarak Bakanlığın hizmet ve görev alanına girmekte olan, ana hizmet birimlerini yürütmek üzere ve bakanlığa bağlı özel kanunla yeni bağlı kuruluşlar oluşturulmuştur.

Bu dönemde, Sağlık Bakanlığının merkez teşkilatının yanında taşra teşkilatında de değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Bakanlığın taşra teşkilatı; illerde kurulan il sağlık müdürlükleri ile ihtiyaca göre ilçelerde kurulan ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşur. İlçe sağlık müdürlüğünün kurulmadığı yerlerde sağlık grup başkanlıkları oluşturulabilir. İl sağlık müdürleri Bakanlığın ildeki temsilcisi ve valinin sağlık müşaviridir (663 sayılı KHK, md.25). Ayrıca, bağlı kuruluşlardan Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşradaki yönetim görevi halk sağlığı müdürlüklerince, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşradaki yönetim görevi kamu hastane birliklerince kurumlarına bağlı olarak yerine getirilir (663 sayılı KHK, md.35).

"Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname", 25 Ağustos 2017 tarihli Resmi Gazetede 694 karar sayısı ile yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Kısaca 694 KHK olarak ifade edilen kararnamenin 184-194. maddeleri 663 sayılı KHK'daki değişiklikleri içermektedir. Bu değişiklikler, Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının yeniden yapılanmasını tanımlamaktadır. Buna göre; Sağlık Bakanlığının bağlı kuruluşu olan "Kamu Hastaneler Kurumu ile Halk Sağlığı Kurumu", "Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü" hizmet birimi olarak değiştirilmiştir ve görevleri yeniden tanımlanmıştır (694 KHK, md. 184, 185). Ayrıca hizmet birimi olarak "Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği" eklenmiştir (694 KHK, md.194).

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, Bakan, Müsteşar, Müsteşar yardımcıları (5); hizmet birimleri (14); sağlık politikaları kurulu, bağlı kurul (3) ve kuruluşlardan (3) oluşmaktadır. 694 sayılı KHK dönemindeki (2017-2018) Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı Şekil 3' te gösterilmiştir.





**Şekil 3.** 694 Sayılı KHK Döneminde Sağlık Bakanlığının Teşkilat Yapısı

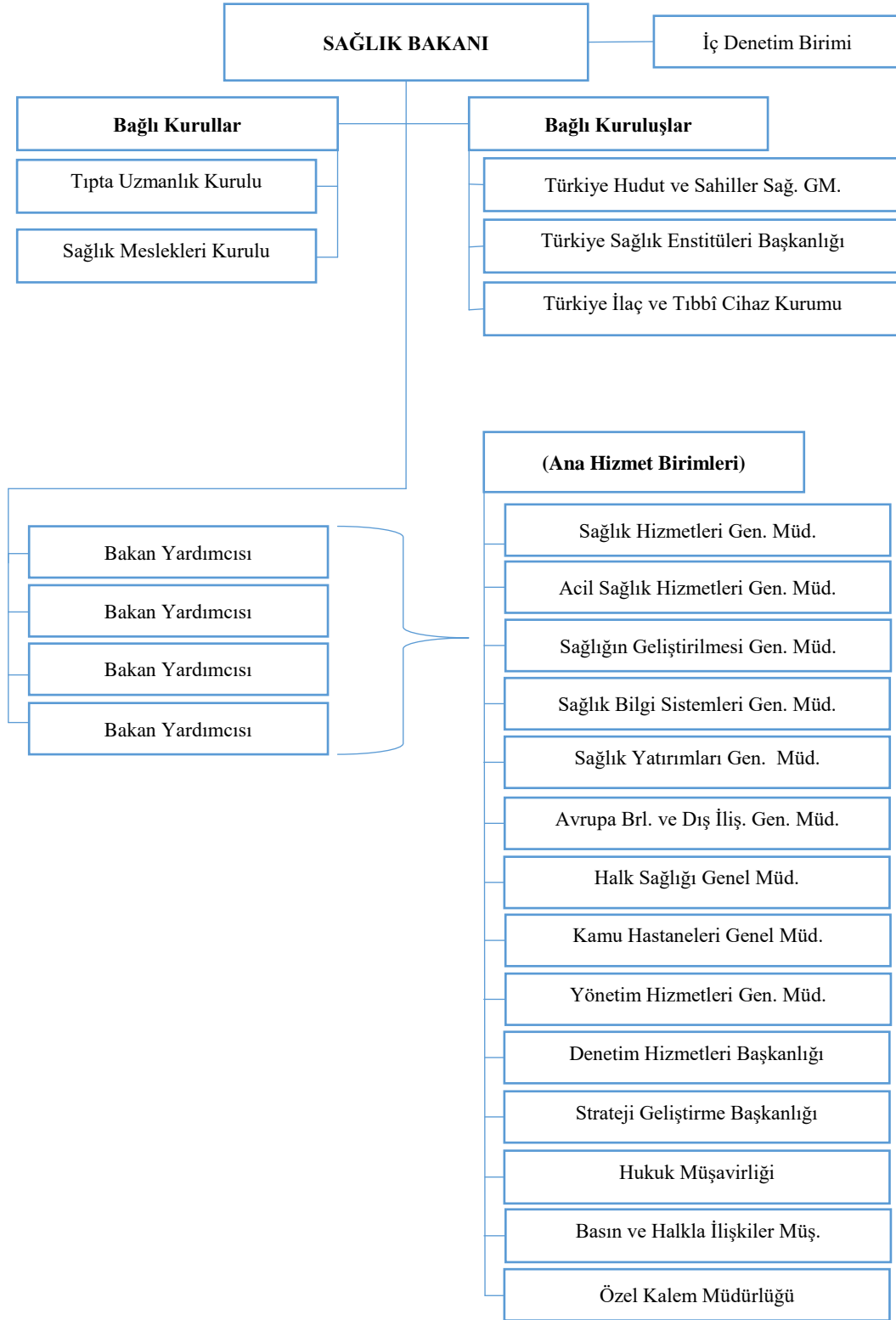
Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi çerçevesinde Sağlık Bakanlığının görev ve yetkileri ile teşkilat yapısında değişiklikler yapılmıştır. Bu değişiklikler, 02.07.2018 tarihli ve 703 sayılı “Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” nin 25. maddesinde gerçekleştirilmiştir. 25. madde ile birlikte 663 sayılı KHK’nın adı "Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" şeklinde değiştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, Bakan, Bakan yardımcıları (4); hizmet birimleri (14); bağlı kurul (2) ve kuruluşlardan (3) oluşmaktadır. 703 sayılı KHK dönemindeki Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı Şekil 4’ te gösterilmiştir.

Sağlık Bakanlığının merkez teşkilatı Cumhurbaşkanlığı 1. Nolu Kararnamesi’nin on ikinci bölümünde (madde: 352– 384 arası) yeniden düzenlenmiştir. Yeni düzenlemedeki Sağlık Bakanlığının hizmet birimleri ve görevleri tanımlanmıştır (madde: 353– 370 arası). Sağlık Bakanlığının bağlı kuruluşlarına ilişkin görev, yetki, sorumluluk ve teşkilat yapılarına dair tanımlamalar Cumhurbaşkanlığı 4. Nolu Kararnamesi’nin 506-519 arasındaki maddeler ile 651-678 arasındaki maddelerde yapılmıştır.

Bakanlık teşkilatının en üst amiri olan Bakan, Bakanlık icraatından ve emri altında çalışanların faaliyet ve işlemlerinden Cumhurbaşkanına karşı sorumludur (703 KHK, md.4). Bakanlığa bağlı Müsteşar ve Müsteşar yardımcılığı kaldırılmış olup, Bakan yardımcısı olmak üzere Bakan Yardımcıları görevlendirilmiştir. Bakanlığın bağlı kuruluşları değiştirilmemiş olup, bağlı kurullardan olan “Yüksek Sağlık Şûrası” kaldırılmıştır.

Bu dönemdeki değişikliklerle birlikte, Cumhurbaşkanı politika kurulları başkanı olması mütevellit politika belirlemede temel aktör olarak rol oynamaktadır (Cumhurbaşkanlığı 1.nolu kararname, md.21). Bu kapsamda oluşturulan Cumhurbaşkanlığı Politika Kurulları bünyesinde yer alan kurullardan biri de “Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu” dur (Cumhurbaşkanlığı 1.nolu kararname, md.20). Diğer kurullar ile birlikte Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu, politika ve stratejilerle ilgili öneri geliştirmek, geliştirilen önerilerin uygun olanlarını çalışmak, Bakanlıklar ile kurum ve kuruluşların uygulamalarını izlemek ve Cumhurbaşkanına rapor sunmak gibi önemli konularda yetkilendirilmiştir (Cumhurbaşkanlığı 1.nolu kararname, md.22).



**Şekil 4.** 703 Sayılı KHK Döneminde Sağlık Bakanlığının Teşkilat Yapısı

### 3. TARTIŞMA VE SONUÇ

181 sayılı KHK döneminde (1983-2011), sağlık hizmetlerinin sunumu bakımından herhangi bir ayrıma gidilmemiştir. Bu sebeple çok sektörlü bir yönetim ve yapılanma ortaya çıkmıştır. Bu yapılanma hem merkeziyetçi hem de katı bir yönetim biçimi ortaya çıkardığından koordinasyon sağlanamamaktadır (Demircan, 1993: 12). Ayrıca, aşırı derecede merkeziyetçi bir yapıda olan sağlık sistemi; yetkilerin üst düzeylerde toplanmasına neden olmakta ve sağlık hizmetlerinin yönetilmesinde ve örgütlenmesinde çeşitli zorlukları ortaya çıkarmaktadır (Çamcı, 2007: 77). Sağlık Bakanlığının günlük faaliyetlerle uğraşması da, bakanlığı makro plan ve politika yapmaktan ve sektörü yönlendiren yapıdan uzaklaştırmaktadır (TC. Sağlık Bakanlığı, 1993: 47-48).

Yukarıda da ifade edildiği gibi, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesinde Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri sunumunda, sağlık politikalarının oluşturulmasında, sağlık sisteminin örgütlenmesinde etkili olmaktadır. SDP ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda doğrudan rol oynamak yerine desantralizasyon ilkesi gereği planlayıcı ve denetleyici bir konuma sahip olmuştur. Hizmet sunumu görevini ise bağlı kuruluşlardan olan “Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu” na aktarmıştır/devretmiştir. Bu şekilde birimler, işlevsel olarak daha elverişli hale getirilmiştir. Ayrıca, birimlerin yerel ihtiyaçlara duyarlı olmasını ve hızlı cevap vermesini sağlamıştır. Böylelikle Sağlık Bakanlığı “artık kürek çeken değil dümen tutan bir bakanlık” haline gelmiştir.

Fakat ülkemizin merkeziyetçi yönetim yapısına sahip olması, yönetsel, mali ve teknik açıdan yetersiz olması, teşkilat yapısı tarafından üç başlılığın oluşturulması, yetki çatışmasının ortaya çıkması ve hizmetlerin yavaşlaması gibi sebeplerden ötürü 663 sayılı KHK dan dönüş yapılmıştır. 694 sayılı KHK ile gerçekleşen bu değişiklikle birlikte eski sisteme geri dönmüştür.

694 sayılı KHK ile birlikte sağlıkta tek çatıya geçirilmiş ve bağlı kuruluşlardan olan “Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu” Sağlık Bakanlığı hizmet birimleri haline getirilmiştir. Bu iki kurum Sağlık Bakanlığında, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü olarak yapılandırılmış ve görevleri yeniden tanımlanmıştır.

Aradan fazla zaman geçmeden, 2018 in ikinci yarısında Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi çerçevesinde Sağlık Bakanlığının görev ve yetkileri ile teşkilat yapısında köklü değişiklikler yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı, faaliyetlerinde ve emri altındaki çalışanların işlemlerinde Cumhurbaşkanına karşı sorumludur. Bakanlığa bağlı Müsteşar ve Müsteşar yardımcılığı kaldırılmış olup, Bakana yardımcı olmak üzere Bakan Yardımcıları görevlendirilmiştir. Cumhurbaşkanlığı, Sağlık Bakanlığı ile birlikte politika belirlemede temel aktör olarak rol oynamaktadır. Oluşturulan politika kurullarından biri olan “Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu” ise politika önerisi geliştirme ve yararlı olanlarını uygulama, Bakanlığın faaliyetlerinin izlenme, Cumhurbaşkanına rapor sunma gibi yetkilere sahiptir.

Yıldırım (2017: 16,17) çalışmasında, Başkanlık sisteminin sağlık, sağlık sistemleri ve sağlık politikaları açısından daha iyi sonuçların oluşturulmasında potansiyele sahip olduğunu belirtmiştir. Bunun sebeplerini ise “başkanlık sisteminin istikrarlı ve etkili bir yönetim olduğu, güçlü bir demokrasinin oluşturduğu, karar alma ve uygulama sürecinin kısa ve hızlı olduğu, sağlık politikalarında Başkanın tek söz sahibi olduğu” olarak sıralamıştır.

Sonuç olarak, Sağlık Bakanlığının kurulduğu yıldan günümüze kadar ki geçen sürede merkez teşkilat yapısında değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Dönemler halinde ele alınan Bakanlık merkez teşkilat yapısı 181 sayılı KHK’den sonra 2011 yılında 663 sayılı KHK ile değiştirilmiş, fakat 2017 yılında 694 sayılı KHK ile birlikte eski teşkilat yapısına dönüş yapılmıştır. Teşkilat yapısındaki bu değişiklik üzerinden uzun zaman geçmeden 2018 yılında çıkarılan 703 sayılı KHK ile yeni teşkilat yapısı oluşturulmuştur.

## KAYNAKÇA

- Akdur, R. (1999). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması. AÜ TF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Balcı, A. (2005). Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim, Atlas Yayın Dağıtım, İstanbul.
- Başol, E., & Işık, A. (2015). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. *IAAOJ Social Science*, 2(2), 1-26.
- Çamcı, M. (2007). Sağlık yönetimi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Demircan, A. (1993). Türkiye’de ilçe sağlık örgütlenmesinin analizi ve Bolu ili üzerine bir araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tez, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Günaydın, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları. İktisat ve İçtimaiyat Enstitüsü. *Sosyal Siyaset Konferansları*, (60), 323-365.
- Kartal, F. (2009). Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye’de Sağlık Politikalarında Dönüşüm. *Amme idaresi Dergisi*, 42(2), 23-43.
- Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M., & Kerman, U. (2014). Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1), 53-78.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1993), Ulusal Sağlık Politikası, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlıkta Dönüşüm, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri 2002-2008 (Alma Ata’nın 30. Yılı Hatırası). Ankara.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2017). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Akademik Yayıncılık. 8. Baskı. Ankara.
- Yıldırım HH. (2017). Hükümet Sistemleri ve Sağlık Politikaları. ABSAM Analiz, ABSAM, Ankara.
- 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*, 44(2), 71-98.
- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*. I: 176-188.
- 23.06.1936 tarih ve 3337 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan, 3017 sayılı, “Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu”.
- 14.12.1983 tarih ve 18251 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan, 181 sayılı “Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”.
- 02.11.2011 tarih 28103 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan, 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”.
- 18.08.2017 tarih 30165 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan, 694 sayılı “Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf>



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- 09.07.2018 tarih 30473 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan, 703 sayılı “Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”.
- 10.07.2018 tarih 30474 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan, Kararname sayısı: 1, “Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi”, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/19.5.1.pdf>
- 15.07.2018 tarih 30479 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan, Kararname sayısı: 4, “Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar İle Diğer Kurum Ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi”, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/19.5.4.pdf>

## BİR KAMU HASTANESİNDE YATAK KULLANIM ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

## ASSESSMENT OF BED UTILIZATION EFFICIENCY IN A PUBLIC HOSPITAL

Arş. Gör. İzzet AYDEMİR

Bingöl Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü

[izzetaydemir1982@gmail.com](mailto:izzetaydemir1982@gmail.com)

[orcid.org/0000-0003-4222-2659](http://orcid.org/0000-0003-4222-2659)

Makale gönderim-kabul tarihi (05.05.2019-28.07.2019)

### Özet

Sağlık hizmetlerine erişimin artması ve daha nitelikli sağlık hizmetleri sunum anlayışı kaynakların etkin kullanımını gerekli kılmıştır. Hastane hizmetlerini değerlendirmede kullanılan en önemli performans göstergelerinden biri hastane yataklarının ne derecede etkin kullanıldığının ortaya konulmasıdır. Bu amaçla çalışmada, bir kamu hastanesinin yatak kullanım etkinlikleri olan ortalama hasta yatış günü, yatan hasta oranı, yatak doluluk oranı, yatak devir hızı ve yatak devir aralığı analiz edilerek Sağlık Bakanlığı ortalamasıyla göreceli karşılaştırması değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Performans, Sağlık Bakanlığı, verimlilik, yatak doluluk oranı, yatak kullanım etkinliği

### Abstract

The increase in access to health care services and more qualified health care delivery approach has necessitated the effective use of available resources. One of the most important performance indicators used in assessing hospital services is to determine what extend hospital beds are used effectively. For this purpose, the bed utilization efficiency of a hospital such as average length of stay, inpatient rate, bed occupancy rate, turnover rate and turnover interval are firstly analyzed and then relative comparison has made with the average of the Ministry of Health in the study.

**Key Words:** Performance, Ministry of Health, efficiency, bed occupancy rate, bed utilization efficiency

**JEL:** I10, I18, I19

## GİRİŞ

Hastaneler, toplumun sağlık gereksinimini karşılamada önemli rol oynarlar. Topluma sağlık hizmetleri sunmanın yanı sıra toplam sağlık harcamalarının en büyük payını da oluşturması bakımından önem taşırlar (Nwagbara, Rasiyah, Aslam, 2016: 1). Sağlık sistemi içinde hastanelerin toplam sağlık kaynaklarının yaklaşık % 50 ile 89'unu tükettiği (Lotfi vd., 2014) saptanmıştır. Küresel olarak sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki oranı da giderek artmaktadır. Örneğin küresel sağlık harcamaları 2015 yılında yaklaşık 7 trilyon iken bu rakamın artarak 2020 yılında 8,7 trilyon olması beklenmektedir. Bu harcamanın oransal olarak küresel milli hâsıla içindeki görünümü 2015 yılında yaklaşık %10,4 olmuştur (Deloitte, 2017: 3). Sadece 2014 yılında, küresel ekonominin % 8.4'ü sağlığa harcanmıştır (IHME, 2017: 17). Sağlık hizmetleri sunum maliyetlerinin artışında yaşanan bu gelişmeler sağlık hizmetlerinin faaliyetlerinde kaynak yaratımı ve var olan kaynakların akılcı, verimli ve etkin kullanılması problemini doğurmuştur. Dolayısıyla sağlık kaynaklarının verimli kullanılması finansal ve fiziksel kaynakların yeniden dağıtımına katkı sağlayacaktır (Lotfi vd., 2014).

Sağlık harcamalarında yaşanan bu artış, hasta ve diğer paydaşların artan beklentileri gibi değişimler, özellikle kaynak kullanımında etkinliğin sağlanması konusunda sağlık hizmetleri sunumunda iyileşme ve gelişme ihtiyacını doğurmuştur (Nwagbara vd., 2016: 1). Bu durum sağlık hizmetlerinin sunumunda performans değerlendirmesi gibi farklı sağlık hizmetleri yönetimi stratejilerini gündeme taşımıştır. Performans değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biri verimlilik ekseni kaynak etkinliğinin sağlanması olmuştur (Sheshinski ve Lopez-Calva, 2003: 432). Hastanelerde, yatakların etkili kullanımı, doktor ve hemşire etkinliği, poliklinik sayısının artması, hasta devir hızının yüksekliği ve finansal gösterge oranları önemli etkinlik ölçütleri (Tengilimoğlu vd., 2009) olarak kabul edilir.

Hastane hizmetlerini değerlendirmede kullanılan en önemli performans göstergelerinden biri hastane yataklarının ne derecede etkin kullanıldığına ortaya konulmasıdır. Etkinlik kavramı, beşeri, finansal, teknolojik vb. girdi unsurlarının saptanan amaçlar doğrultusunda hangi düzeyde etkin ya da yeterli kullanıldığını gösteren bir değerlendirme ölçütüdür (Yükçü ve Atağan, 2009: 3). Bu bakımdan mevcut ya da yaratılan kaynakların gereksinimleri karşılayacak en iyi şekilde kullanıma entegre edilmesi hizmet sunumunda etkinliği sağlayacaktır. Çeşitli kaynaklarda hastane yataklarının *etkin kullanımı* farklı ölçütlerle tanımlanmıştır. Philip vd. (1984) ile Ağırbaş (2016) uygulamalarında “kapasite kullanımı”, Sağlık Bakanlığı (2011) “verimlilik göstergeleri”, Sağlık Bakanlığı (2015) “sağlık hizmetlerinin kullanımı”, Avcı (2014) “operasyonel performans göstergeleri”, Lotfi vd. (2014) “performans ölçütleri”, Vashishth vd. (2012) “hastane yatak kullanımı” gibi ifadeleri kullanmayı tercih etmişler. Bu çalışmada yatakların kullanımına ilişkin belirlenen değişkenler *etkinlik* bağlamında değerlendirilmiştir.

Çalışmanın ilk bölümünde hastane yataklarının kullanımına ilişkin teorik bir değerlendirmede bulunulmuştur. Teorik değerlendirme araştırmacı tarafında tercih edilen ve Sağlık Bakanlığı kaynaklarında da sıklıkla başvurulan etkinlik göstergelerinden yatak doluluk oranı, ortalama hasta kalış günü, yatan hasta oranı, yatak devir hızı ve yatak devir aralığı gibi göstergeler kapsamlı tartışılmıştır. Çalışmanın yöntem, bulgular ve değerlendirme bölümlerinde bir kamu hastanesinde hasta yatağı etkinlik göstergeleri ile ilgili alınan veriler Sağlık Bakanlığı ortalamasıyla karşılaştırılıp hastanenin performans değerlendirilmesi yapılmıştır.



## 1. HASTA YATAĞI KULLANIM ETKİNLİĞİ: TEORİK DEĞERLENDİRME

Hastanelerin temel amaçlarından biri hasta yataklarında hastalara sağlık hizmetlerini sunmayı hedeflemektir. Hastalara bir günden az olmamak koşuluyla sürekli tıbbi bakım hizmetlerinin verildiği birimlere yerleştirilen yataklar hasta yatağı olarak adlandırılmaktadır (Ağırbaş, 2016: 23). Toplam yatak sayısı, hastanenin kapasitesini gösterir. Buna prematüre yatak ve kuvözler dâhildir (Mert, 2012: 41). Hastanelerde ortalama kalış süresi 30 gün ve üzerinde olan hasta yatakları “uzun süreli hasta yatakları”, ortalama kalış süresi 30 günden az olan hasta yatakları ise “kısa süreli hasta yatakları” olarak sınıflandırılmaktadır (Ağırbaş, 2016: 23).

Hasta yatağı poliklinik ve klinik yatakları olmak üzere ikiye ayrılır. Poliklinik yatağı, acil poliklinik veya servisteki yataklar da dâhil olmak koşuluyla poliklinik hastaların hizmetine sunulan yataklardır. Klinik hastaların hizmetine ayrılmış ve sürekli hemşirelik bakımı verilen yataklar klinik yatağı olarak tanımlanmaktadır. Klinik yataklar hastanede hastalara tam gün bakım vermek amacıyla ayrılmıştır. Doğum hizmetleri odaları ve canlandırma üniteleri bu kapsamda değerlendirilmezler (Sümbüloğlu, 2000). Hastane yatak sayısı hastane kapasitesini belirleyen temel unsurlardan birisi olarak kabul edilir (Li vd., 2002: 390). Hastane optimal yatak sayısının belirlenmesi hem politik hem de yönetsel seviyelerde etkili kararlar alabilmek, daha yüksek kalitede sağlık hizmeti sunabilmek adına önem taşımaktadır (Nguyenvd., 2005: 43). Fakat tıbbi ve sosyo-ekonomik benzeri faktörlere bağlı olarak hastane yatakları tamamen kullanılamayabilir (Vashishth vd., 2012: 512).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) tarafından yayımlanan raporda kişi başı hasta yatağı sayısında bir azalma olduğu yönündedir. Türkiye ve Kore ise bunun istisnası olarak belirlenmiştir. Raporda kişi başı hasta yatağı sayısı 2000 yılında 5,5 iken (1000 kişide), 2013 yılında bu rakam 4,8 olarak saptanmıştır. Aynı araştırmada OECD ülkeleri arasında hasta yataklarının yaklaşık %69’unun iyileştirici/tehdavi bakım, %14’ünün psikiyatrik bakım, %13’ünün uzun dönemli bakım ve geriye kalan %4’ünün de diğer bakımlar için tahsis edildiği vurgulanmıştır (OECD, 2015: 104).

Hastanelere yatışı yapılan hastaların bakım ve tedavileri hasta yataklarında yapılır. Belirli bir süre (bir ay, üç ay veya bir yıl vb.) içerisinde tedavi amaçlı hastaneye yatırılan hasta sayısına “yatan hasta sayısı” denir. Aynı süre içerisinde hastanede ölen ya da tedavisi yapılmış şekilde şifa ile hastaneden ayrılan veya başka kurumlara sevki gerçekleştirilen hastalar “taburcu edilen hasta sayısı” olarak tanımlanmaktadır. Hastaların hastanede kaldığı günlerin toplamı ise yatırılan gün sayısını oluşturmaktadır. Hastane etkinlik göstergeleri çoğunlukla yatan ve taburcu edilen hasta verilerinden elde edildiği için bu veriler hasta yönetimi için önem arz etmektedir. Benzer şekilde yatırılan gün sayısı, hasta yataklarının kullanım etkinliğini göstermektedir. Yatırılan gün sayısının yüksek olması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Fakat bu durum gereksiz yatışlar gibi maliyet unsurlarını da meydana getirebilmektedir (Ağırbaş, 2016: 25,26).

Hastanelerde verimlilik, kalite, maliyet ve performans değerlendirilmelerinde etkinlik göstergeleri sıklıkla kullanılır (Ağırbaş, 2016: 28). Gereksiz hastane kullanımını düşürmede, kaynakların etkin yönetimi ve hastane üretim sürecinin optimal sürdürülmesinde yatak kullanım etkinliği önem taşımaktadır. Bu nedenle bu etkinlik göstergelerinin ne olduğu ve nasıl hesaplandığını bilmek rasyonel kararların alınmasında katalizör etki yapacaktır. Yatak etkinlik kavramları hastanelerde verimlilik ölçüm yöntemlerinden oran analizleri kapsamında değerlendirilebilir. Çünkü bu göstergelerde iki değişkenin oranlaması söz konusudur.

Hastane yataklarının istenen düzeyde kullanılması “kapasite kullanım oranı” olarak tanımlanmaktadır. Kapasite kullanım oranı, hizmet potansiyelinin ne ölçüde kullanıldığını gösteren bir ölçüttür (Yiğit ve Ağırbaş, 2004: 144). Kapasite kullanım oranı, ortalama günlük hasta sayısının toplam yatak sayısına oranı olarak formülize edilmektedir (Mert, 2012: 45). Bu oran verimli olarak kabul edilen hastanelerde %60.6, verimsiz hastanelerde ise %43.7 olarak tespit edilmiştir (Kavuncubaşı ve Ersoy: 1995: 89). Hastane performansının değerlendirilmesinde ve maliyetlerin izlenmesinde, planlayıcıların yatak ihtiyacı tespitinde pratik bilgiler sağlayan (Yiğit ve Ağırbaş, 2004: 144) kapasite kullanım oranı, hastanenin kısaca hizmet sunma potansiyelini göstermektedir.

### 1.1.Yatak Doluluk Oranı

Yatak doluluk oranı, belirli bir süre içinde (bir ay, üç ay, bir yıl vb.) hasta yataklarının hasta tarafından ne oranda kullanıldığını gösterir (*Eşitlik 1*). Yatak doluluk oranının genel hastanelerde %80-85 ve kronik hastalıkların tedavisini yapan hastanelerde %95-100 olması olumlu olarak değerlendirilir. Sağlık Bakanlığı eğitim-araştırma hastanelerinde verimlilik göstergesi olarak kabul edilen değer %72’dir. Oran, hastane yataklarının verimli kullanıldığının bir ölçütüdür. Kapasitenin altında ya da üstünde olması hasta yatakları üzerinde karar verilmesinde kullanılan bir orandır (Ağırbaş, 2016: 31). OECD raporlarında 2013 yılında yatak doluluk oranı yaklaşık %77 olarak tespit edilmiştir (OECD, 2015: 104).

$$\text{Yatak Doluluk Oranı} = \frac{\text{Yatılan Gün Sayısı} \times 100}{\text{Yatak Sayısı} \times 365} \text{ (Eşitlik 1)}$$

Yatak doluluk oranı, yıl içinde kullanıma hazır yatak sayısındaki değişimi gösteren bir etkinlik göstergesidir. Bu oran yatan hastalar açısından hastanelerin popüleritesini yansıtır (Dhungana vd., 2014: 4). Yatak doluluk oranı hastanenin kullanım düzeyini ve üretkenliğini belirlediğinden temel etkinlik göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu etkinlik ölçütünün ortalama hasta kalış günü ve yatak devir hızı gibi ölçütlerle birlikte değerlendirilmesinde fayda vardır. Çünkü bu ölçütler birbirlerini tamamlar niteliktedirler (Nwagbara vd., 2016: 2; Ağırbaş, 2016: 32). Örneğin bir serviste ortalama hasta kalış günü düşük ve yatak doluluk oranı yüksekse bu serviste verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi düşük ya da hasta beklentilerini karşılayamayacak niteliktedir (Dhungana vd., 2014: 3). Bagust vd. (1999) tarafında yapılan bir araştırmada yatak doluluk oranı kabul görmüş standardı (araştırmada %85 olarak belirlenmiştir) aştığında bu durumun hizmete erişim engeline, uzun bekleme sürelerine ve yüksek mortalite oranlarıyla sonuçlanabileceği belirlenmiştir. Aynı araştırmada yatak doluluk oranının %80’in altında olması tesislerin boşta kalmasına neden olduğu ifade edilmiştir.

Hastanelerin farklı servislerinde farklı sağlık problemlerine sahip hastalara tedavi hizmetleri verilmektedir. Bazı servislerde akut hastalığı olan hastaların tedavisi yapılırken bazılarında ise kronik hastalığı olan hastalara bakım hizmeti verilmektedir. Hastalarda gözlenen hastalıklardaki bu epidemiyolojik farklılık doğal olarak servislerdeki yatak doluluk oranlarının da değişmesine neden olmaktadır. Bu durumda yatak doluluk oranının servislere göre ayrı ayrı hesaplanması hasta yataklarının daha etkin değerlendirilmesine olanak tanıyacaktır (Ağırbaş, 2016: 32).

### 1.2.Ortalama Hasta Kalış Günü

Ortalama yatış süresi olarak da tanımlanan ortalama hasta kalış günü, bir hastanın belirli bir süre (ay, üç ay veya bir yıl) içerisinde toplam (klinik bazında) yatılan gün sayısının çıkan toplam (taburcu olan ve ölen) hasta sayısına bölünmesiyle elde edilen ölçüttür (Sağlık Bakanlığı, 2017: 185). Ölçüt, bir hastanın hastanede kaldığı ortalama gün sayısını ifade etmektedir (*Eşitlik*

2). Hastanenin sağlık hizmetlerinin kullanımını değerlendirmek için kullanılan bir etkinlik göstergesidir. Ortalama kalış süresi hastanede verilen hizmet değişikliğini yansıtmamın yanı sıra mevsimsel değişimle ilgili verileri sunması bakımından da önem taşır (Haider vd., 2008: 140). Örneğin uzun dönem bakım hizmetleri ile psikiyatrik ve fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde hastaların hastanede ortalama kalış süreleri yüksektir. Bu durum hastanenin hizmet değişikliği ve türü hakkında bilgiler sağlamaktadır. Salgın hastalıkların varlığı ve turizm faaliyetleri benzeri durumlar da hastane hizmetlerinde yaşanan mevsimsel değişimler hakkında veriler sağlamaktadır.

$$\text{Ortalama Hasta Kalış Günü} = \frac{\text{Toplam Hasta Günü}}{\text{Çıkan Hasta Sayısı}} \text{ (Eşitlik 2)}$$

Hasta kalış süresi hastanede verilen hizmetin kalitesinin yaygın bir göstergesi olarak kullanılmaktadır. Maliyet, verimlilik, bakım kalitesi ve hız gibi kritik başarı faktörleri ile ilişkilidir. Bu yüzden performansın kritik bir ölçüsüdür. Oranın çıktı kalitesinden ödün vermemek koşuluyla düşük olması beklenir. Düşük değer, daha iyi hizmet kalitesi anlamına gelir ve taburculuk başına birim maliyetleri düşürür (Nwagbara vd., 2016: 2). Fakat oranın gereğinden düşük olması günlük maliyetlerin artmasına ve daha yoğun hizmet eğilimine neden olacaktır. Hasta ortalama kalış gününün kabul edilen değer çok altında olması sağlık sonuçlarında olumsuz etkilere neden olabilir ya da hastanın konforu ve iyileşmesini azaltabilir. Bu durum hastaneye olan yeniden yatış oranlarında artışa neden olursa hastalık evresi başına maliyetlerde artışa neden olabilir (OECD, 2015: 108). Ortalama hasta kalış günü, geçmiş performans ve gelecek planlamasının bir belirleyicisi olarak kabul edilebilir. Hastanenin finansmanı ve yönetimi için gerekli bir etkinlik göstergesidir (Freitas vd., 2012: 2). Ortalama yatış süresi bir yatağın ne kadar verimli ya da etkin kullanıldığını gösterir. Hastane genelinde yapılabileceği gibi klinik bazlı yapılması daha doğru değerlendirmeleri içerir. Çünkü her kliniğe demografik ve klinik bakımından farklı özellikte hastaların yatışı söz konusudur. Hatta aynı kliniğe farklı teşhis ile yatışı yapılan hastaların kalış süresi arasında farklılıklar bile olabilir. Ortalama yatış süresi, genel hastanelerde ortalama bir hafta, kronik hastaların tedavi gördüğü hastanelerde 30 gün ve doğum hastanelerinde ortalama 3 gündür. Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim-araştırma hastanelerinde verimlilik göstergesi olarak 4,5 gün olması uygun değer olarak kabul edilir (Ağırbaş, 2016: 28). 2013 yılında OECD ülkeleri hastanelerinde ortalama hasta kalış günü 8,1'dir. Bu süre Türkiye ve Meksika'da yaklaşık 4 gün ile en düşük seviyede olmuştur (OECD, 2015: 108). Hastanede ortalama kalış süresi çeşitli nedenlerden kaynaklandığı ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ortalama kalış süresini uzatan nedenleri şöyle özetlemiştir (Mert, 2012: 49):

- Yaşlı nüfus oranının genel nüfus içindeki oransal artışı
- Doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması,
- Bölgedeki yatak fazlalığı,
- Teşhis işlemlerin gecikmesi,
- Hastane içi enfeksiyonların artması,
- Yatış ve taburcu işlemlerinde yaşanan gecikmeler,
- Hastane dışı bakım olanakların yetersizliği,
- Ödeme sistemleri (örn, hizmet sunuculara gün üzerinden ödemenin yapılması).

### 1.3. Yatan Hasta Oranı

Belirli bir süre içinde hastane polikliniklerine başvuran hastaların ne kadarının yatırılarak tedavi edildiğini gösteren bir etkinliğin oranıdır (Eşitlik 3). Oran hastane türüne göre değişir. Sevk sisteminin iyi işlediği bir sağlık sisteminde yatan hasta oranının yüksek çıkması beklenmektedir. Türkiye'de sevk sisteminin olmayışı oranın düşük olmasına neden olmuştur. Örneğin Sağlık

Bakanlığına bağlı eğitim-araştırma hastanelerinde bu oranın yaklaşık %3 olması uygun değer olarak kabul edilmektedir (Ağırbaş, 2016: 29).

$$\text{Yatan Hasta Oranı} = \frac{\text{Yatan Hasta Sayısı}}{\text{Poliklinik Sayısı}} \text{ (Eşitlik 3)}$$

Hastane polikliniklerine başvuran hastalardan kaçının yatarak tedavi edildiğini gösteren yatan hasta oranı, sağlık alt yapısının yetersiz olduğu yerlerde düşük olarak gözlenmiştir. Oysaki sağlık alt yapısının görece yüksek olduğu ve bölgenin sağlık merkezi konumunda olan illerde yatan hasta oranı daha yüksektir (Türkiye Kalkınma Bankası, 2005: 22). Bir araştırmada verimli hastanelerin verimsiz hastanelere göre hasta yataklarını daha iyi değerlendirdiği saptanmıştır. Araştırmada verimli hastanelerde yatan hasta oranının yaklaşık değeri %49,1 iken verimsiz hastanelerde ise bu değer %34,3 olarak bulunmuştur (Lynch ve Özcan, 1994; Akt. Kavuncubaşı ve Ersoy, 1995: 89). Yapılan başka araştırmalar hastanelerde gereksiz yatışların olduğunu göstermiştir (Ağırbaş, 2016: 30). Bu yatışların büyük bir bölümünün geri ödeme mekanizmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle bu oranın poliklinik/klinik ve hastalıklara göre hesaplanarak izlenmesi kaynak kullanım etkinliğini sağlayacaktır.

#### 1.4.Yatak Devir Hızı

Bir yatağın belirlenen bir sürede kaç hasta tarafından kullanıldığı (Eşitlik 4) yatak devir hızıyla belirlenir (Sağlık Bakanlığı, 2017: 185). Yatağın belirli bir zaman diliminde kaç hasta tarafından kullanıldığı hasta yatağı verimlilik düzeyini gösterir. Yatak devir hızının yüksek olması arzu edilir (Ağırbaş, 2016: 30).

$$\text{Yatak Devir Hızı} = \frac{\text{Yatan Hasta Sayısı}}{\text{Hasta Yatak Sayısı}} \text{ (Eşitlik 4)}$$

Yatak devir hızı ile hastane büyüklüğü arasında bir ilişki vardır. Büyük hastaneler örneğin yatak kapasitesi yüksek olan ve eğitim-araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri genelde daha yüksek kapasite ile çalışırlar. Burada tedavisi zor ve komplikesi yüksek hastalıkların tedavisi yapıldığından yatak devir hızı daha düşük olacaktır (Mert, 2012: 50). Benzer şekilde düşük yatak devir hızı, hastanenin daha az hasta tarafından tercih edildiği ya da hastaların gereksiz yere hastanede tutulduğunu göstermesi bakımından fikirler sağlamaktadır (Dhungana vd., 2014: 4). Yatak devir hızının düşük olması ortalama hasta kalış gününün yüksek olmasından da kaynaklanabilir. Fakat her iki değer de düşük olması yatakların yetersiz kullanıldığını ya da kapasite üstü bir hizmetin verildiğini göstermektedir (Nwagbara vd., 2016: 2). Diğer taraftan devir hızının çok yüksek olması hastane tarafından basit ilk yardım tedavilerinin sağlandığını göstermektedir (Dhungana vd., 2014: 4). Bu nedenlerden ötürü yatak devir hızının servislere göre ayrı hesaplanması hasta yataklarının verimli kullanılmasına olanak tanır (Ağırbaş, 2016: 30).

#### 1.5.Yatak Devir Aralığı

Bir hasta yatağının iki hasta yatışı arasında ortalama kaç gün boş kaldığını gösteren ölçüte devir aralığı denir (Eşitlik 5). Hasta yatağının boş kalması verimsizlik olarak kabul edilir. Bu nedenledir ki istenen, iki hasta yatışı arasındaki zamanın kısa olmasıdır (Ağırbaş, 2016: 30). Bir hasta yatağının kaç gün boş kaldığını gösteren yatak devir aralığı aşağıdaki formül ile hesaplanır (Sağlık Bakanlığı, 2017: 185).

$$\text{Yatak Devir Aralığı} = \frac{\text{Atıl Kapasite}}{\text{Taburcu+Ölen}} \text{ (Eşitlik 5)}$$

Bu etkinlik göstergesinin hesaplanmasında atıl kapasitenin bilinmesinde yarar vardır. Atıl kapasite, teorik kapasiteden fiili kapasitenin çıkarılmasıyla bulunan bir değerdir. Teorik kapasite hasta yatağı

sayısı ile incelenen süre içindeki gün sayısının çarpılması ile elde edilir. Belli bir süre içinde yatılan hasta günü sayısı toplamı o hastanenin fiili kapasitesini gösterir. Fiili kapasite aynı zamanda hastanenin hizmet sunma potansiyelinin ne derecede kullanıldığını gösteren bir ölçüttür (Ağırbaş, 2016: 24). Formül daha açık bir şekilde şöyle gösterilebilir.

$$[(Yatak Sayısı * 365 - Yatılan Gün Sayısı) / (Taburcu + Ölen)]$$

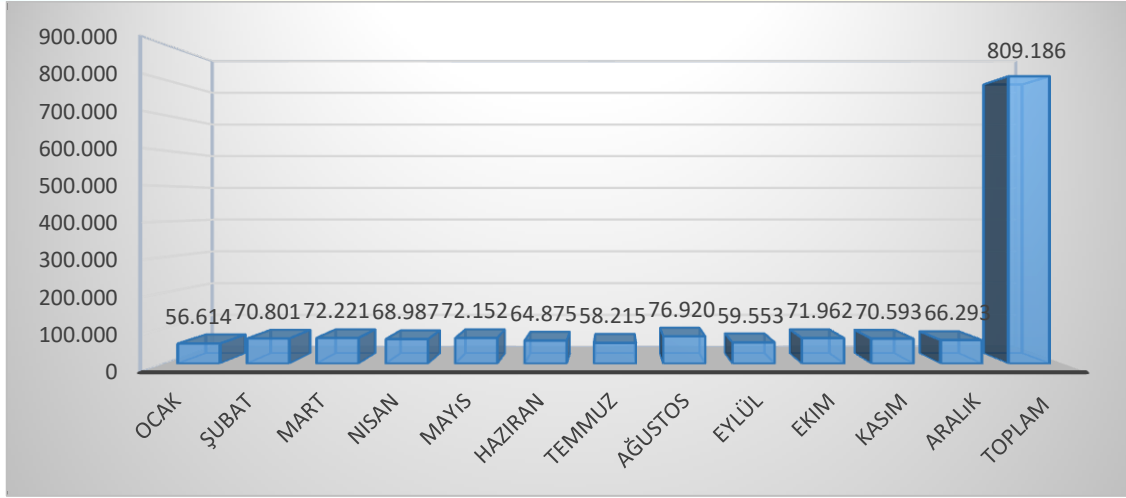
Her ne kadar yatak devir aralığının kısa olması istenen bir durum olsa da bunun gereğinden ya da sürekli kısa tutulması verilen hizmetin kalitesi ile ilgili olumsuz geribildirimler vermektedir. Çünkü hastane tesislerinin düşük kullanım düzeyi düşük devir aralığını belirtmektedir (Dhungana vd., 2014: 4). Yatak devir aralığının genel hastane düzeyinden çok servis bazlı hesaplanması daha gerçekçi sonuçlar verecektir. Böylece hastanelerde meydana gelen yüksek devir aralıklarının nedenleri kolaylıkla ortaya konulabilecektir (Ağırbaş, 2016: 31).

## 2. YÖNTEM

Bu çalışma Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi yatak kullanım etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Yatak etkinlik göstergeleri olarak literatürde sıklıkla kullanılan ve aynı zamanda Sağlık Bakanlığı İstatistik Yılığında her yıl düzenli olarak yayımlanan *yatak doluluk oranı, ortalama hasta kalış günü, yatan hasta oranı, yatak devir hızı ve yatak devir aralığı* kullanılmıştır. Çalışmaya ilişkin resmi izinler Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmıştır. Çalışmada belirtilen etkinlik göstergelerine yönelik veriler 2016 yılına ait olup hastanenin İstatistik Biriminden alınmıştır. Veriler hastane ve servis bazında elde edilmiştir. Hastane geneline ait yatak etkinlik göstergelerine ilişkin veriler analiz edilerek Sağlık Bakanlığı hastanelerinin ortalamasıyla karşılaştırılıp değerlendirilmiştir. Çalışmada yatak kullanım etkinlikleri daha çok hastane genelinde yapıldığı için servis bazında derinlemesine yorumlardan kaçınılmıştır. Çalışmada, 2016 yılında hastanede gerçekleşen ameliyat sayıları ve acil servislere müracaat yoğunluğu hakkında bilgilere de yer verilmiştir.

## 3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi 2016 yılı itibarıyla 527 yatak kapasiteli olup bünyesinde çeşitli branşlarda poliklinik ve klinik hizmetleri vermektedir. Hastanenin fiili yatak kapasitesi 388'dir. Bölgedeki ilin hasta yükünü çeken lokomotif hastanelerendir. Hastaneye çeşitli şikâyetlerle 2016 yılında toplam 809.186 hasta başvurusu (poliklinik sayısı) gerçekleşmiştir. Hastaneye hastaların müracaatları aylık bazda değerlendirildiğinde en yüksek 76.920 ile Ağustos ayında en düşük ise 56.614 ile Ocak ayında gerçekleşmiştir (Şekil 1). Fakat hastaneye başvuran hastaların aylık dağılımları arasında belirgin bir farklılık söz konusu değildir. Hastane poliklinik sayısının ortalama hasta kalış günü 74.898 olarak belirlenmiştir. Aynı yıl içinde hastaneden toplam 12.695 kişi taburcu olmuştur. Hastaneden taburcu olan hastalardan sadece 2'sinin servislerden vefat çıkış işlemleri yapılmıştır.



Şekil 1: 2016 Yılı Hastaneye Başvuran Hastaların Aylık Dağılımı

Çalışma kapsamında değerlendirilmesi amaçlanan yatak etkinlik göstergeleri Tablo 1’de verilmiştir. Tabloda belirtilen ve araştırmacı tarafından hesaplanan etkinlik göstergelerinin Şekil 2’de belirtilen Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 verileri ile karşılaştırmalı değerlendirilmesi yapılmıştır. Tablo 1’de hastanenin yatak kullanım etkinlik göstergelerine ilişkin veriler genel hastane ortalaması ve servis bazlı oransal ve sayısal olarak verilmiştir. Çalışma kapsamında değerlendirilen yatak etkinlik göstergelerinin hesaplanması fiili yatak kapasitesine göre yapılmıştır. Diğer bir ifadeyle servis bazlı analizler 527 yatak üzerinden değil, 388 yatak üzerinden hesaplanmıştır.

Hastanenin servis bazlı yatak etkinlik göstergeleri incelendiğinde (Tablo 1) ortalama hasta yatış günü en çok psikiyatri ve FTR servislerinde olmuştur (sırayla 43,0 ve 21,2). Oranı en düşük sadece 1 yatan hastası ile cildiye ve onu takip eden göz servisi olmuştur. Poliklinik hizmetleri alan hastaların en fazla yatışının yapıldığı birim genel cerrahi servisi (7,6) olmuştur. Aynı yıl içinde kardiyoloji (0,2) ve nöroloji (0,5) servislerinde yatışı yapılan hasta oranı en düşük seviyede gerçekleşmiştir. Aynı dönem içinde yatak devir hızının genel cerrahi servisinde en yüksek olması (104,4) hastane yataklarının verimli kullanıldığını göstermesi bakımından önemlidir. Devir hızı cildiye servisi dışında en düşük kardiyoloji biriminde gözlenmiştir. Yatak devir aralığı en yüksek kardiyoloji (115,3) ve takip eden nöroloji (31,9) ile enfeksiyon servislerinde (19,9) yaşanmıştır. Yatak kapasite kullanımını gösteren yatak doluluk oranı en yüksek psikiyatri (82,9) ve FTR (76,3) servislerinde gerçekleşmişken doluluk oranının en düşük yaşandığı servis cildiye hariç kardiyoloji biriminde olmuştur.

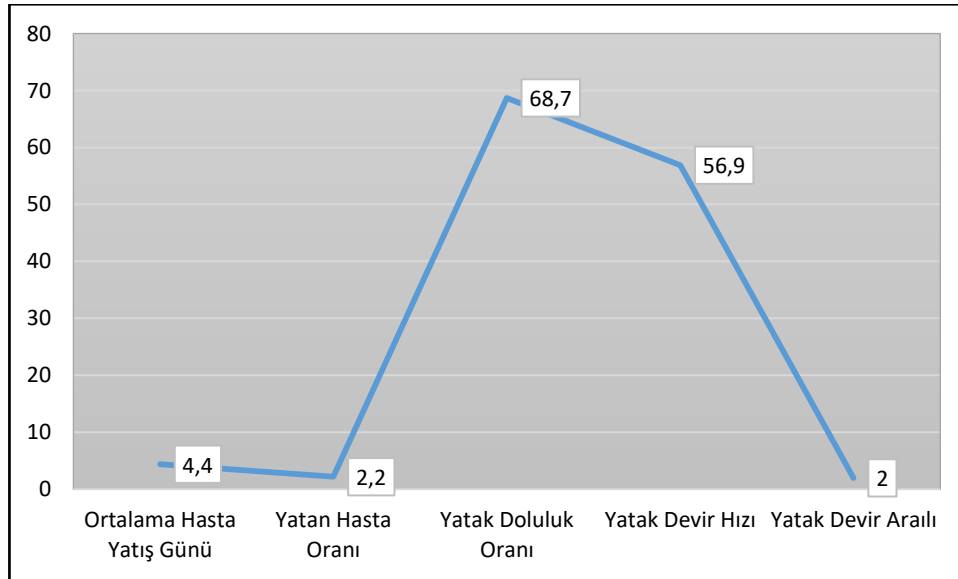
**Tablo 1:** Hastane ve Servis Bazlı Yatak Etkinlik Göstergeleri

Servisler	Ortalama Hasta Yatış Günü	Yatan Hasta Oranı	Yatak Devir Hızı	Yatak Devir Aralığı	Yatak Doluluk Oranı	Yatılan Gün Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Poliklinik Sayısı	Hasta Yatak Sayısı	Taburcu Sayısı
Dâhiliye	5,2	0,9	50,8	2,0	72,0	4204	812	91601	16	810
Ortopedi	4,6	2,1	36,8	5,5	44,9	6387	1437	68407	39	1397
Genel Cerrahi	2,2	7,6	104,4	3,5	63,1	8510	3861	50801	37	3819
Beyin Cerrahi	4,8	2,4	31,1	7,1	39,7	3044	652	27135	21	633
Nöroloji	6,1	0,5	9,5	31,9	17,0	1238	190	36369	20	202
Enfeksiyon	6,4	2,8	13,9	19,9	24,4	1423	222	8011	16	221
FTR	21,2	1,0	13,5	6,4	76,3	14759	718	74925	53	695
Psikiyatri	43,0	1,4	9,5	6,6	82,9	24219	757	52450	80	570
KBB	2,7	1,4	57,9	3,7	42,2	3388	1273	90549	22	1263
Göz	1,5	1,3	65,2	4,4	22,2	1459	1173	88302	18	1172
Üroloji	2,4	2,6	56,7	4,1	36,7	2809	1190	46516	21	1193
Plastik Cerrahi	4,1	2,6	27,1	9,4	30,0	1092	271	10388	10	268
Cildiye	1,0	0,001	0,2	-	0,1	1	1	90663	5	1
Kardiyoloji	7,2	0,2	2,9	118,3	6,0	440	58	37069	20	61
Göğüs Polikliniği	5,5	1,1	34,6	5,1	51,6	1183	346	30952	10	344
Hastane Genel Ortalaması	5,92	1,6	24,61	9,28	38,94	74.898	12.969	809.186	388/527	12.659

Çalışmanın yürütüldüğü hastanede ortalama hasta yatış günü 5,92 bulunmuştur. Bu değer Sağlık Bakanlığı hastanelerinin genel ortalamasının (4,4) ve il (3,7) ortalamasının biraz üzerinde olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2017: 183). Yani çalışmanın yürütüldüğü hastanede 2016 yılında hastaneye yatışı yapılan hastalar ortalama 6 gün yatarak tedavi görmüştür. Hastanenin Sağlık Bakanlığı ortalamasına göre daha verimsiz çalıştığı söylenebilir. Çünkü bu etkinlik göstergesinde beklenen, değer düşük olmasıdır. Elde edilen değer taburculuk başına birim maliyetlerin artmasına etki edecektir fakat hastalara sağlanan hizmet kalitesinden ödün vermemek adına böyle bir yöntem bilinçli olarak da tercih edilmiş olabilir. Diğer taraftan hastanenin bulunduğu bölgenin sosyal ve ekonomik yapısı da dikkate alınarak yorum yapılmasında fayda vardır.

Hastanenin 2016 yılına ait yatan hasta oranı 1,6 iken Sağlık Bakanlığı ortalaması 2,2 olmuştur. Oran, gerek eğitim-araştırma hastanelerinde kabul edilen %3 (Ağırbaş, 2016: 29) değerden, gerekse de Sağlık Bakanlığı ortalamasından (2,2) küçük ölçülmüştür. Yatan hasta oranının düşük olması hastanenin poliklinik hizmetleri yoğunluklu çalıştığı, gereksiz yatışların olmadığı ya da pozitif sonuçlarını düşündürmekle beraber ileri tedavi gerektiren gelişmiş teknoloji eksikliği ve alt yapı yetersizlikleri gibi negatif nedenlerden kaynaklı olabileceğini de düşündürmektedir.

Araştırmanın yapıldığı hastanenin 2016 yılına ilişkin yatak doluluk oranı (38,94) Sağlık Bakanlığı ortalamasının (68,7) ve il ortalamasının (70,2) altında bir seyir izlemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017: 183). Oran, genel hastanelerde kabul değer (%80-85) ile Sağlık Bakanlığı eğitim-araştırma hastanelerinde verimlilik göstergesi olarak kabul edilen (%72) değer (Ağırbaş, 2016: 31) çok altında olmuştur. Yatak doluluk oranının düşük olması hastanenin düşük kapasite ile çalıştığı ve hasta yataklarını verimli kullanmadığını göstermesi bakımından pratik veriler sağlamaktadır.



Şekil 2: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Yatak Etkinlik Oranları 2016, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017'den Uyarlanmıştır.

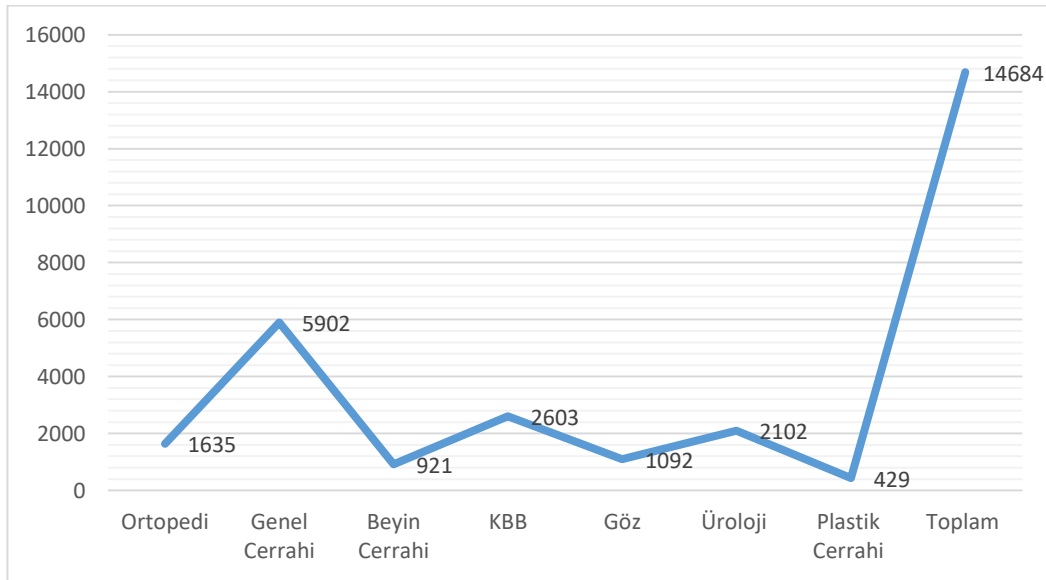
Bir yıl içerisinde bir yatağın kaç hasta tarafından kullanıldığını gösteren yatak devir hızı çalışmanın yürütüldüğü hastanede 2016 yılında 24,61 olarak bulunmuştur. Bu değer aynı yıl Sağlık Bakanlığı hastaneleri ortalamasının (56,9) ve il ortalamasının (69,3) çok altında olmuştur (Sağlık Bakanlığı,



2017: 183). Yatak etkinlik göstergelerinden olan yatak devir hızının genelde yüksek olması arzu edilen bir sonuçtur. Araştırmanın yapıldığı hastane eğitim-araştırma ya da üniversite hastanesi değildir. Dolayısıyla zor ve komplike vakaların tedavisi olanağı azdır. Bu yüzden hastane yatak devir hızının yüksek olması beklenen bir durumdur. Benzer şekilde yatak devir hızının düşük olması, hastanenin daha az hasta tarafından tercih edildiği ya da hastaların gereksiz yere hastanede tutulduğu düşüncesini de akla getirmektedir.

İki hasta yatışı arasındaki zamanın kısa olması yatakların ne kadar etkin kullanıldığını gösterir. Fakat çalışmanın yürütüldüğü hastanede yatak devir aralığı 9,28 ile Sağlık Bakanlığı ortalamasının (2,0) ve il ortalamasının (1,6) üstünde bir seyir izlemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017: 183). Yüksek devir aralığı hastane tesislerinin kullanım düzeyinin yüksekliği ile ilişkilendirilebilir. Fakat devir aralığının yüksek olması ve devir hızının da düşük olması birlikte düşünüldüğünde hastane yataklarının etkin kullanılmadığı görüşünü desteklemektedir.

Çalışmanın yapıldığı hastanede 2016 yılında toplam 14.684 ameliyat gerçekleştirilmiştir. Yapılan ameliyatın cerrahi servislere göre dağılımına bakıldığında en fazla ameliyat sayısı 5.902 ile genel cerrahi, en az ameliyat sayısı ise 429 ile plastik cerrahide yapılmıştır (Şekil 3).



Şekil 3: 2016 Yılında Cerrahi Birimlerde Yapılan Toplam Ameliyat Sayıları

Çalışmanın yürütüldüğü hastanede 2016 yılı toplam acil servis başvuru sayısı 348.362 olarak gerçekleşmiştir. Hastaneye yapılan toplam başvuru sayısı (acil dâhil) 1.158.092 olmuştur. Hastanenin acil servisine müracaat yoğunluğu (348.362/1.158.092) yaklaşık %30,19 seviyesinde gerçekleşmiştir. Bu oran 2013 yılı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde (Bektemür vd., 2015: 4) gerçekleşen acil servislere müracaat yoğunluğuyla (%30,92) paralellik göstermiştir.

#### 4.SONUÇ

Sağlığın bir sosyal devlet anlayışı ve onu satın alanların en temel hakkı olduğu gerçeğinde yaşanan değişimler hizmetin kapsamının genişlemesine neden olmuştur. Hizmet kalitesinin yükseltilmesinde ileri teknoloji ve tedavi yöntemlerinin uygulanması, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin kaldırılması, hizmetin satın alıcılarının sağlık okur-yazarlığının yükselmesi ve benzeri pratikler küresel, yerel ve bölgesel düzeyde sağlık hizmetleri maliyetlerini artırmıştır. Sağlık hizmetleri üretimi noktasında yaşanan bu maliyet artışları kaynak gereksinimini ve kaynakların etkin kullanımı ihtiyacını doğurmuştur.

Hastane hizmetlerinin performans ve verimlilik ölçümünde bir takım göstergelerin kullanımı söz konusudur. Bu performans göstergeleri arasında şüphesiz hastanenin kapasite kullanımına ilişkin yatak kullanım etkinlikleri yer almaktadır Hastanın hastanede ortalama kalış günü, yatak doluluk oranı, yatan hasta oranı, yatak devir hızı ve aralığı hastanenin yatakları ne kadar verimli kullandığı ve maliyetleri ne oranda yönetilebilir kıldığını göstermesi bakımından önemlidir. Bu düşünceyle çalışma kapsamında yer alan hastanenin yatak kullanım etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışmada hastanenin ortalama hasta yatış günü ve yatak devir aralığı bulguları Sağlık Bakanlığı hastaneleri ortalamasının üzerinde seyrederken diğer etkinlik bulguları Bakanlık ortalamasının altında izlenmiştir. Hastane yatak etkinlik göstergelerinin düşük ya da yüksek olması, avantaj olarak değerlendirilebileceği gibi dezavantaj olarak da değerlendirilebilir. Fakat hastanenin kapasite kullanımının doğru analizi, çalışmada değerlendirilen etkinlik göstergelerinin ayrı ayrı değil bir bütün olarak düşünülmelidir. Ayrıca bölgenin sosyo-ekonomik ve sosyo-politik gibi dışsal faktörlerinin de dikkate alınmasında yarar vardır. Sonuç olarak hastane yataklarının verimli kullanılması finansal ve fiziksel kaynakların yeniden dağıtımına katkıda bulunarak beklenen etkinliğin gerçekleşmesini sağlayacaktır.

#### KAYNAKLAR

- Ağırbaş, İ. (2016). Hastane Yönetimi ve Organizasyon, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Avcı, K. (2014). Bir eğitim ve araştırma hastanesinin finansal ve operasyonel performans göstergeleri arasındaki ilişki, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 17(1): 2-20.
- Bagust, A.,Place, M., Posnett, J.W. (1999). Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model, BMJ, 319:155-8.
- Bektemür, G.,Osmanbeyoğlu, N., Cander, B., Bayse, R. (2015). Acil Hizmetler Raporu, İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Eurasian J EmergMed., 14(1): 1-38. (<http://www.eajem.com>), Erişim: 01.02.2018.
- Deloitte. (2017). 2017 global health care outlook: making progress against persistent challenges, ([www.deloitte.com/healthcare](http://www.deloitte.com/healthcare)), Erişim: 27.01.2018.
- Dhungana, H.N., Siddiqui, M.U., Sahu, K.K. (2014). Role of hospital utilization constants as past performing and future planning markers, Asian Journal of Management Sciences, 2(5): 1-4.
- Freitas, A., Costa, T.S., Lopes, F., Garcia-Lema, I., Teixeira-Pinto, A., Brazdil, P., Costa-Pereira, A. (2012). Factors influencing hospital high length of stay outliers, BMC Health Services Research, 12: 265, (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/265>), Erişim: 28.01.2018.
- Haider, S., Singh, S.B., Kashyap, V., Lal, P.K. (2008). Hospital utilization statistics as a measure of functioning of the facility at rims, Ranchi, Indian J. Prev. Soc, 39(3): 140-142.
- IHME: Institute for Health Metrics and Evaluation. (2017). Financing Global Health 2016: development assistance, public and private health spending for the pursuit of universal health coverage, ([www.healthdata.org](http://www.healthdata.org)), Erişim: 27.01.2018.

- Kavuncubaşı, Ş, Ersoy, K. (1995). Hastanelerde teknik verimlilik ölçümü, Amme İdaresi Dergisi, 28(3): 76-90.
- Li, L.X., Benton, W.C., Leong, G.K. (2002). The impact of strategic operations management decisions on community hospital performance, Journal of Operations Management 20(4):389-408.
- Lofti, F., Klahor, R., Bastani, B., Zadeh, N.S., Eslamian, M., Dehghani, M.R., Kiaee, M.Z. (2014). Various indicators for the assessment of hospitals' performance status: differences and similarities, Iran Red Crescent Med J., 16(4): e12950.
- Lynch, J.R., Özcan, Y.A. (1994). Hospital closure: an efficiency analysis, Hospital and Health Services Administration, 39(2): 205-220.
- Mert, H. (2012). Hastane İşletmelerinde Maliyet Hesaplamaları ve Muhasebesi, Türkmen Kitapevi, İstanbul.
- Nguyen, J.M., Six, P., Antonioli, D., Glemain, P., Potel, G., Lombrail, P., Beux P.L. (2005). A simple method to optimize hospital beds capacity, International Journal of Medical Informatics, 74(1): 39-49.
- Nwagbara, V.C., Rasiyah, R., Aslam, M. (2016). An approach toward public hospital performance assessment, Medicine, 95(36): e4688.
- OECD: Organization for Economic Cooperation and Development. (2015). Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris ([http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)), Erişim: 28.01.2018.
- Philip, J., Mullner, R., Andes, S. (1984). Toward a better understanding of hospital occupancy rates, Health Care Financing Review, 5(4):
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Kamu Hastanelerinin Genel Verimliliğinin Değerlendirilmesi Araştırma Raporu, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2015). Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı 2014, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2017). Sağlık İstatistik Yıllığı 2016, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sheshinski, E., Lopez-Calva, L.F. (2003). Privatization and its benefits: theory and evidence. CESifo Econ Stud, 49: 429-59.
- Sümbüloğlu, K. (2000). Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler, Somgür Yayıncılık, Ankara.
- Tengilimoğlu, D., Işık O., Akbolat M. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Türkiye Kalkınma Bankası. (2005). Yataklı Tedavi Kurumları Sektör Araştırması, Ankara.
- Vashishth, T.K., Babu, G.R., Singh, R.K. (2012). Optimum utilization of bed resources in hospitals: a stochastic approach, International Journal of Engineering & Science Research, 2(6): 512-522.
- Yiğit, V., Ağırbaş, İ. (2004). Hastane işletmelerinde kapasite kullanım oranının maliyetlere etkisi: sağlık bakanlığı tokat doğum ve çocuk bakımevi hastanesinde bir uygulama, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(2): 141-162.
- Yükçü, S., Atağan, G. (2009). Etkinlik, etkililik ve verimlilik kavramlarının yarattığı karışıklık, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 23(4): 1-13.

## İLLERİN SAĞLIK PERFORMANSLARININ ÖLÇÜLMESİ: VERİ ZARFLAMA ANALİZ YÖNTEMİ<sup>1</sup>

### MEASUREMENT OF PROVINCIAL HEALTH PERFORMANCES: DATA ENVELOPMENT ANALYSIS METHOD

**Arş. Gör. Osman ŞENOL**

Süleyman Demirel Üniversitesi

[osmansenol@sdu.edu.tr](mailto:osmansenol@sdu.edu.tr)

[orcid.org/0000-0001-5626-2921](https://orcid.org/0000-0001-5626-2921)

**Arş. Gör. Kevser SEZER KORUCU**

Süleyman Demirel Üniversitesi

[kevserkorucu@sdu.edu.tr](mailto:kevserkorucu@sdu.edu.tr)

[orcid.org/0000-0001-7512-9878](https://orcid.org/0000-0001-7512-9878)

**Arş. Gör. Aşlı METİN**

Süleyman Demirel Üniversitesi

[aslivergili@sdu.edu.tr](mailto:aslivergili@sdu.edu.tr)

[orcid.org/0000-0002-6967-1772](https://orcid.org/0000-0002-6967-1772)

Makale gönderim-kabul tarihi (25.07.2019-10.08.2019)

#### Özet

Bir toplumu şekillendiren sektörlerden biri de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetleri aynı zamanda yüksek miktarda harcamaların olduğu bir sektördür. Ayrıca güçlü bir ekonomik getiri alanıdır. Dünyada ki bazı ülkelerin gelirinin önemli bir kısmı sağlık hizmeti alanından sağlanmaktadır. Bu durum iller için de aynıdır. Türkiye’de bazı iller sağlık alanında daha ön plana çıkarken bazıları ise bu alanda oldukça yetersizdir. Bu çalışmanın amacı Türkiye’deki bütün illerin sağlık performanslarını ölçmektir. Bu doğrultuda analiz için veri zarflama analizi paket programı olan DEAP programından yararlanılmıştır. Karar verme birimlerinin (KVB) girdi değişkenleri yatak sayısı ve hekim sayısı iken, çıktı değişkenleri ise yatan hasta sayısı ve toplam ameliyat sayılarıdır. Analiz sonucunda 5 KVB etkin sınırdaki yer almış olup verimli bulunmuşlardır. KVB’lerin genel verimlilik oranı %0,69 olarak bulunmuştur. Etkin sınıra en uzak diğer bir ifade ile en verimsiz KVB ise %32 verimlilik oranıyla Kırıkkale bulunmuştur. Çalışma sonucunda kaynakları verimsiz kullanan KVB’lerin verimli hale gelebilmeleri için tavsiyelerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Performans, Verimlilik, VZA

**JEL Sınıflaması:**I13, I15

<sup>1</sup> Bu çalışma, 24-29 Nisan 2018 tarihlerinde Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi’nde düzenlenen 2. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi’nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

### Abstract

One of the sectors shaping a society is healthcare. Health is a high-spending sector at the same time. It is also an area of strong economic return. A significant portion of the income of some countries in the world is provided by health services. The same is true for provinces. While some provinces in Turkey are a head of their health, and some are inadequate. The aim of this study is to measure the performance of the health situation in all provinces of Turkey. In this regard, the DEAP data envelope analysis package program was used for analysis. The input variables of the decision units (DCU) are the number of beds and the number of physicians, and the output variables are the number of patients treated and the number of operations. As a result of the analysis, 5 DCU were found effective. The DCU's overall efficiency rate is 0.69%. As a result of the analysis, the most inefficient DCU is Kırıkkale and the productivity rate is 32%. As a result of the work, the proposals will be made to make the inefficient DCU's productive.

**Keywords:** Performance, Productivity, DEA

**JEL Classification:** I13, I15

### GİRİŞ

Bir ülkenin sağlık göstergeleri arasında doğumda beklenen yaşam süresi, anne ölüm hızı, bebek ölüm hızı gibi temel göstergelerin yanında ülkedeki doktor sayısı, ülkedeki hastanelerin yatak sayısı, sağlık hizmetlerine erişimdeki kolaylık, etkililik ve verimlilik gibi faktörler yer almaktadır (Hawkins, 2006: 21). Ülkelerin sağlık göstergeleriyle karşılaştırma yapabilmek ve ülkenin sağlık statüsünü ortaya koyabilmek için o ülkedeki sağlık göstergelerinin il bazında maksimum seviyeye çıkarılması gerekmektedir. Türkiye’de sağlık alanında ciddi reformlar yapılarak eksiklikler tespit edilip giderilmeye çalışılmaktadır. Toplumsal refahın en önemli belirleyicilerinden olan sağlık sektöründe kaynakların etkin ve verimli kullanılması sağlık sisteminin performansını arttırmada önemli bir paya sahiptir. Temel sağlık göstergelerinin hem diğer ülkelerde hem de Türkiye’de gelişmesi belirli avantajlar getirmekte ve illerin sağlık sektörü içindeki payını arttırmaktadır. Sınırlı kaynaklar karşısında nüfusun ihtiyaçlarını karşılayabilmek, kıt kaynaklarla maksimum çıktı sağlamak amacıyla illere göre verimlilik düzeylerinin belirlenmesi gerekmektedir. Sürekli olarak değişim gösteren sağlık sektörünün ayakta kalabilmesi için yeniliklere ayak uydurması gerekmektedir. Dolayısıyla özellikle kaynakların etkili ve verimli kullanımında doğru değişkenler seçilerek doğru analiz tekniklerinin kullanılması gerekmektedir. Bu çalışmada temel sağlık göstergeleri çerçevesinde sağlık sektörünün gelişmesinde bir ilin gelişiminde önemli paya sahip olan sağlık sektörü değişkenlerinden yatak sayısı ve hekim sayısı girdi olarak, çıktı değişkenleri olarak ise yatan hasta sayısı ve toplam ameliyat sayıları ele alınarak verimlilikleri ölçülmüştür.

Son yıllarda sağlık sektöründe verimlilik ölçümünde Veri Zarflama Analizi (Data Envelopment Analysis) kullanılmaktadır. Veri Zarflama Analizi Charnes ve diğerleri tarafından geliştirilmiş bir performans ölçme yöntemidir (Charnes, Cooper ve Rhodes 1978: 429). Veri zarflama yönteminin her karar alma biriminde kaynakları tanımlayabilmesi en önemli özelliklerinden biridir. Üretim sınırları içerisinde girdi miktarının artırılması veya azaltılması gibi birçok fonksiyonu göz önünde bulundurarak, karar vermede etkili bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (Ayanoğlu, Atan ve Beylik; 2010: 42).

## 1. LİTERATÜR TARAMASI

### 1.1. Verimlilik Kavramı

Verimlilikle ilgili literatürde çok fazla tanım bulunmaktadır. Ancak verimlilik genel olarak aşağıdaki formülle ifade edilmektedir;

$$\text{Verimlilik} = \text{Girdi} / \text{Çıktı}$$

Sabuncuoğlu ve Tokol, (2001: 26) “üretimden elde edilen çıktılarının fiziksel niceliklerinin, üretimde harcanan girdilerin fiziksel niceliklerine oranı”, Eren, (2001: 181), Akal, (2002: 36), “toplam girdinin toplam çıktıya oranı”, Şahin (1998) “girdi ile çıktının birbirine oranlanması”, Kutlar ve Kartal, (2004: 51-52) “mal ve hizmetlerin ürettikleri çıktı ile girdi arasındaki ilişki”, Çetin ve Mutlu (2011: 24), “gerçek refahın kaynağı” ve Bozdağ ve arkadaşları (2001), “bir işletmenin ürettiği ürünün, bu ürünü ortaya koyabilmek için harcadığı kaynağa bölünmesi”, Arslan (2002), “mallar, hizmetler ile bunların üretiminde kullanılan kaynaklar arasındaki oransal ilişki” olarak tanımlamıştır. Başka bir ifadeyle verimlilik üretim veya hizmet işletmelerinin ürettikleri ürünlerin, bu ürünü elde edebilmek amacıyla kullandıkları kaynaklara oranlanması olarak ifade edilebilmekte, performans ölçüm yöntemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

### 1.2. Verimlilik Türleri

Verimlilik çeşitleri ölçüm amaçlarına göre farklılık göstermektedir. Sağlık kurumları açısından ele alındığında, kısmi verimlilik, çoklu faktör verimliliği ve toplam verimlilik ölçümleri yapılmaktadır (Şenol ve Gençtürk, 2017: 270). Verimlilik türleri Tablo 1’de gösterilmektedir.

**Tablo 1: Verimlilik Çeşitleri**

Verimlilik Türü	Formül	Örnek
Kısmi Verimlilik	Çıktı/ Tek bir girdi	Çıktı/ İşgücü
Çoklu Faktör Verimliliği	Çıktı/ Birden fazla girdi	Çıktı/ İşgücü+Makine
Toplam Verimlilik	Çıktı/ Tüm girdiler	Çıktı/ İşgücü+Makine+Sermaye+Hammadde+Enerji

**Kaynak:** (Yükçü ve Atağan, 2009: 5).

Tablo 1’de görüldüğü üzere, kısmi verimlilikte girdiler tek tek ele alınarak, tek bir girdinin ortalama verimliliği ölçülmektedir (Yükçü ve Atağan, 2009: 5). Çoklu faktör verimliliği çeşidinde, tek girdi tek çıktıya dönüştürülerek, girdilerin birbiri ile oranlanması esas alınmaktadır (Dikmetaş, 2008: 57; Şahin, 2009: 14). Toplam verimlilikte ise, üretim faktörlerinin genel ortalaması alınarak sadece bir üretim faktörü değil birden fazla üretim faktörü hesaplanmaktadır.

### 1.3. Verimlilik Ölçüm Yöntemleri

#### 1.3.1. Veri Zarflama Analizi

Veri zarflama analizi (VZA) Farrell (1957) tarafından geliştirilmiş ve ilk kez “The Measurement of Productive Efficiency” adlı eserde bahsedilmiştir. Charnes ve arkadaşları (1981) sabit getiri ile CCR modelini Banker ve arkadaşları (1984) ise değişken getiri şartı ile BBC modelini kullanmıştır. VZA çoklu çıktı ve çoklu girdi değişkenlerinin göreceli etkinliğini ölçmede kullanılan bir metottur. Matematiksel programlamayı çözüm tekniği olarak kullanırken çoklu girdi ve çoklu değişkenleri kullanabilmesi açısından etkin bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. VZA'nın en önemli özelliklerinden birisi her karar alma birimindeki kaynakları ve değişkenleri tanımlamasıdır (Ayanoğlu vd., 2010: 42; Ayna 2018: 1). VZA yöntemi tahmine ihtiyaç duymadan karar birimlerindeki maksimum ve minimum değerlerin performans ölçüsünü hesaplamaktadır (Güçlü, 1999: 17).

VZA'nın bir takım güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır. Bunlar (Homburg, 2001: 51; Aydemir, 2002: 91; Tepe, 2006: 65):

- ✓ Karar verme sürecinde karar vericinin tecrübesi ile en uygun yolu belirlemesi,
- ✓ Belirlenen hedeflerle karar vermede en iyi performans gösteren birimleri örnek alması,
- ✓ Analiz yapmak için elde edilmesi gereken gerekli bilginin diğer metotlara göre daha kolay elde edilmesi,
- ✓ VZA' da kullanılması gereken verilerin ve sonuçların detaylı bir veri tabanı oluşturması,
- ✓ Verilerin belli bir fonksiyonel dağılım kuralına uymaması gerekliliği gibi birçok avantajlarının yanında;
- ✓ Fiziksel girdi çıktı ölçümleri yapıldığından teknik verimlilik açısından sınırlı olması,
- ✓ Kritik girdi ve çıktı değişkenlerinin analiz dışından bırakılması sonucunda yanıltıcı sonuçlara yol açabilmesi,
- ✓ Ele alınan değişkenlerin diğerlerine göre üstünlüğünün göreceli olması bakımından VZA etkililik sonuçlarının değişmesi gibi dezavantajları bulunmaktadır.

#### 1.4. Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik

Verimlilik hem üretim hem de hizmet sektörü için önemli bir göstergedir. Verimlilikte esas; girdi ve çıktılarının sayısal olarak ölçülmesidir. Bu ifadelerden anlaşılacağı üzere bir faaliyetin verimli olarak ifade edilebilmesi için,

- ✓ Aynı girdiden daha fazla çıktı,
- ✓ Çıktının girdiden daha fazla olması,
- ✓ Aynı çıktının daha az girdi ile elde edilmesi gerekmektedir (Aslan, 2002: 3).

Sağlık hizmetleri açısından bu verimlilik açıklamalarını sırası ile örnekle açıklamak gerekirse,

- ✓ Belirli ekipman ve personel ile daha fazla hastaya sağlık hizmeti sunmak,
- ✓ Sağlık hizmeti verilen hastaların sayısı artarken, üretim faktörlerinin hasta sayısına oranla daha az artmasını sağlamak,

- ✓ Aynı hizmetin daha düşük maliyetle, daha az ekipmanla, daha az personelle sağlanması olarak açıklanabilir.

Örn: burada da dikkat edilmesi gereken faktör, sağlık hizmeti sunumunda verimliliği arttırırken kaliteden ödün vermeye dikkat etmek olacaktır. Çünkü bir işletmede kaliteli mal ve hizmet üretmek, o işletmede üretim faktörlerinin verimli kullanıldığının en önemli göstergelerinden biridir.

## 2. YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye’de bulunan tüm illerin sağlık performanslarını belirlenen girdi çıktı değişkenleri doğrultusunda ölçmektir.

### 2.2. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma, araştırma için belirlenmiş olan kriterleri sağlayan iller arasında sağlık hizmetleri bakımından genel performans değerlendirmesi yapabilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. İllerin belirlenen girdi çıktı değişkenleri doğrultusunda etkin sınırlarının belirlenmesi, etkin sınır altında kalanların verimsizlik nedenlerinin tespit edilmesi ve verimli hale gelebilmeleri için atılacak adımların tespit edilmesine yönelik bir çalışmadır.

Sağlık hizmeti sunan kuruluşların birden çok girdisi ve çıktısı bulunmaktadır. İllere göre sağlık performansların ölçülmesinde girdi ve çıktı çeşitliliği konusunda birden fazla girdi ve çıktıyı aynı anda hesaplayabilmek amacıyla son yıllarda sağlık sektöründe finansal performansın ölçümünde kullanılan Veri Zarflama Analizi (VZA) tekniğinden yararlanılmıştır. Bu bağlamda analiz için VZA paket programı DEAP kullanılmıştır. Bu çalışmada karar verme birimlerinin girdi değişkenleri olarak yatak sayısı ve hekim sayısı ele alınırken, çıktı değişkenleri olarak toplam ameliyat ve yatan hasta sayıları ele alınmıştır. VZA hizmet sektöründe çok girdili ve çok çıktılı ortamlarda verimlilik ölçmede kullanılan ve iyi sonuçlar veren bir yöntemdir.

Çalışmanın önemi, belirlenen girdi çıktı doğrultusunda illerin verimlilik düzeyinin yanı sıra bu yönde yapılacak çalışmalar için bir rehber niteliği taşımaktadır. Bu yönde yapılmış çalışmalar genelde hastaneler düzeyinde yapılmış olup il bazında genel bir karşılaştırmanın oldukça az olduğu görülmektedir. Şenol ve Gençtürk (2017) Türkiye’de hastaneleri Kamu Hastaneleri Birliği altında incelemiş ve benzer girdi çıktı değişkenleri kullandığı görülmüştür. Bu çalışmada ise karar verme birimleri il düzeyinde incelenmiş olup, her bir karar verme biriminin potansiyel iyileştirme oranları hakkında bilgi verilmiştir.

### 2.3. Varsayımlar ve Kısıtlar

Araştırma kapsamında iller belirli girdi çıktı değişkenleri doğrultusunda analiz edilmiştir. Girdi değişkeni olarak yatak sayısı ve hekim sayısı değişkenleri, çıktı değişkenleri olarak ise yatan hasta sayısı ve ameliyat sayısı değişkenleri seçilmiştir. Bu değişkenler doğrultusunda analiz yapılmış olup diğer değişkenler göz ardı edilmiştir. Seçilen bu değişkenlerin karar verme birimlerinin gerçek performanslarını yansıtacağı düşünülmüştür.



VZA yapılırken, karar verme birimlerinin homojen olması sonuçların daha sağlıklı çıkmasını sağlamaktadır. Her iki uç tarafta yer alan karar verme birimlerinin analize dâhil edilmemesi tavsiye edilmektedir. Bu çalışmada ise daha sağlıklı sonuçlara ulaşabilmek için il düzeyinde ortalama yatak sayısı 500 ve altı olan karar verme birimleri analize dâhil edilmemiştir. Yatak sayısı az olan iller, daha az personel ve yatakla daha çok çıktıya ulaşmak durumunda oldukları için analiz sonucunda daha verimliymiş gibi gözükmektedirler. Türkiye’de daha önce illerin sağlık performanslarını inceleyen çalışmalara bakıldığında küçük kapasiteli sağlık kuruluşlarının verimlilik düzeyi daha yüksek çıkmaktadır. Bunun temel nedeni sağlık kuruluşların en önemli girdi kaynağı olan yatak sayısı ve sağlık personelinin az olması, az olan bu kaynaklarla daha fazla çıktı elde etmesi kendilerini verimlilik yönünden karşılaştırma yapıldığında bir adım öne çıkarmaktadır. Bu yüzden analize dâhil edilen karar verme birimlerinin birbirine yakın düzeyde olması daha sağlıklı sonuçların elde edilmesini sağlamaktadır. 500 yatağa sahip olan karar verme birimlerinin belirli düzeyde teknik alt yapısının olduğu, birçok anabilim dalında personeli bünyesinde barındırdığı ve eşit düzeye sahip olduğu varsayılmıştır.

#### 2.4. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada verilerin analizi için seçilmiş olan girdi çıktı değişkenleri daha önceki yapılmış çalışmalardan esinlenerek ve çalışmanın temel amacını yansıtabilecek olan değişkenler seçilmiştir. Araştırmada verileri, Sağlık Bakanlığı 2016 İstatistik Yıllığı raporundan elde edilmiştir. Bu çalışmanın evrenini Türkiye’nin 81 ili oluştururken, örneklemini ise analiz kriterlerine uyan 68 il oluşturmaktadır. Sağlık kuruluşları il bazında araştırmaya dâhil edilmiştir.

#### 2.5. Verilerin Analizi

Uygulamada kullanılan verimlilik yöntemlerinden olan VZA modellemelerinden CCR girdiye yönelik modelleme kullanılmıştır. Çalışmanın temel amacı girdiler üzerine odaklanıp bu değişkenler üzerinde düzeltme önerileri verilmesidir. Veriler veri zarflama analizi paket programlarından biri olan DEAP programı ile analiz edilmiştir

### 3. BULGULAR

68 İl’e ait veriler belirlenen girdi ve çıktılar doğrultusunda CCR girdi yönelimli analiz sonuçlarına göre analiz edilmiştir. Tablo 1’de karar verme birimlerinin etkinlik değeri, etkin sınırın altında kalanların etkin hale gelebilmesi için girdilerini azaltması gereken miktarlar, potansiyel iyileştirme oranları ve referans grupları yer almaktadır.

**Tablo 2. Etkin Olmayan Karar Verme Birimlerinin Etkin Hale Gelebilmesi İçin Girdilerini Azaltması Gereken Miktarlar**

VERİLER		Girdi Değişkenlerinin Fiili Değerleri		Girdi Değişkenlerinin Hedef Değerleri		Potansiyel İyileştirme Oranları		Referans Grubu	
İller	Etkinlik Değeri	Yatak Sayısı	Hekim Sayısı	Yatak Sayısı	Hekim Sayısı	Yatak Sayısı	Hekim Sayısı		
1	ADANA	0.93	6.428	3.977	6.150	3.805	5%	5%	31, 8, 27
2	ADİYAMAN	0.82	1.269	745	1.071	629	18%	18%	4, 60, 35,

									5
3	AFYON	0.86	1.918	1.063	1.685	934	14%	14%	46, 27, 5
4	AĞRI	1.00	839	515	839	515	0%	0%	
5	AKSARAY	1.00	722	443	722	443	0%	0%	
6	AMASYA	0.85	755	390	738	381	2%	2%	4, 35, 51, 49
7	ANKARA	0.84	18.840	16.597	17.579	15.198	7%	9%	31, 8
8	ANTALYA	1.00	5.799	4.598	5.799	4.598	0%	0%	
9	AYDIN	0.83	2.876	1.968	2.512	1.640	14%	20%	60, 41, 46
10	BALIKESİR	0.94	2.944	1.556	2.774	1.466	6%	6%	46, 27, 60, 35
11	BATMAN	0.94	1.335	687	1.293	665	3%	3%	46, 27, 60, 35
12	BİNGÖL	0.75	636	293	632	291	1%	1%	35, 58
13	BİTLİS	0.860	899	389	827	357	9%	9%	60, 35, 58, 51
	<b>İller</b>	<b>Etkinlik Değeri</b>	<b>Yatak Sayısı</b>	<b>Hekim Sayısı</b>	<b>Yatak Sayısı</b>	<b>Hekim Sayısı</b>	<b>Yatak Sayısı</b>	<b>Hekim Sayısı</b>	<b>Referans Kümesi</b>
14	BOLU	0.62	1.529	667	994	433	54%	54%	60, 27, 58, 35
15	BURDUR	0.78	723	371	639	328	13%	13%	51, 35, 49
16	BURSA	0.92	7.019	4.528	6.845	4.415	3%	3%	41, 27, 31, 8
17	ÇANAKKALE	0.76	1.408	990	1.090	704	29%	41%	5, 46, 21
18	ÇORUM	0.72	1.532	677	1.173	518	31%	31%	41, 31
19	DENİZLİ	0.99	3.107	1.840	3.106	1.839	0%	0%	47, 27, 46
20	DİYARBAKIR	0.71	4.472	2.394	3.257	1.744	37%	37%	27, 60, 47, 46
21	DÜZCE	1.00	699	642	699	642	0%	0%	
22	EDİRNE	0.56	1.926	1.069	1.105	613	74%	74%	46, 27, 35, 60
23	ELAZIĞ	0.60	2718	1185	1.689	736	61%	61%	60, 27, 58, 35
24	ERZİNCAN	1.00	533	386	533	386	0%	0%	
25	ERZURUM	0.80	3.347	1.726	2.724	1.405	23%	23%	46, 27, 5
26	ESKİŞEHİR	0.74	3.363	1.770	2.557	1.346	32%	32%	47, 27, 46
27	GAZİANTEP	1.00	5.653	2.669	5.653	2.669	0%	0%	
28	GİRESUN	0.79	1.552	631	1.275	518	22%	22%	60, 27, 58, 35
29	HATAY	0.92	3.795	2.082	3.604	1.977	5%	5%	47, 27, 60, 46
30	ISPARTA	0.94	1.879	1.008	1.821	976	3%	3%	46, 27, 5
31	İSTANBUL	1.00	36.124	31.885	36.124	31.885	0%	0%	
32	İZMİR	0.92	11.421	9.813	11.264	9.463	1%	4%	41, 8, 31
33	KAHRAMAN MARAŞ	0.86	2.729	1.493	2.368	1.295	15%	15%	46, 27, 60, 35
34	KARABÜK	0.85	676	375	634	352	7%	7%	5, 24, 35
35	KARAMAN	1.00	593	292	593	292	0%	0%	
36	KARS	0.64	726	463	592	378	23%	22%	35, 5, 24
37	KASTAMONU	0.69	1.104	461	861	359	28%	28%	51, 58, 35
38	KAYSERİ	0.85	4.132	2.482	3.524	2.117	17%	17%	47, 27, 46
39	KIRIKKALE	0.551	1.095	647	675	398	62%	63%	21, 35, 5
40	KIRKLARELİ	0.74	902	502	734	408	23%	23%	60, 35, 4, 5

İller	Etkinlik Değeri	Yatak Sayısı	Hekim Sayısı	Yatak Sayısı	Hekim Sayısı	Yatak Sayısı	Hekim Sayısı	Referans Kümesi	
41	KOCAELİ	1,00	4.360	2.963	4.360	2.963	0%	0%	
42	KONYA	0.79	7.042	3.972	5.602	3.159	26%	26%	8, 27, 47
43	KÜTAHYA	0.77	1.905	703	1.518	560	25%	26%	43, 60, 27, 58, 35
44	MALATYA	0.94	2.657	1.651	2.551	1.585	4%	4%	47, 27, 46
45	MANİSA	0.79	4.160	2239	3.332	1.793	25%	25%	47, 27, 60, 46
46	MARDİN	1,00	1.252	786	1.252	786	0%	0%	
47	MERSİN	1,00	3.822	2.480	3.822	2.480	0%	0%	
48	MUĞLA	0.82	1.991	1.661	1.694	1.055	18%	57%	41, 60, 46
49	MUŞ	1,00	715	394	715	394	0%	0%	
50	NEVŞEHİR	0.78	651	347	602	320	8%	8%	5, 24, 35
51	NİĞDE	1,00	812	377	812	377	0%	0%	
52	ORDU	0.87	2.053	1.038	1.826	923	12%	12%	6, 27, 60, 35
53	OSMANİYE	0.93	1.290	613	1.245	591	4%	4%	60, 27, 58, 35
54	RİZE	0.75	1.100	599	895	487	23%	23%	60, 35, 51, 4
55	SAKARYA	0.90	1.962	1.352	1.871	1.181	5%	14%	60, 41, 46
56	SAMSUN	0.87	4.416	2.550	3.862	2.230	14%	14%	47, 27, 46
57	SİİRT	0.780	818	397	700	339	17%	17%	4, 35, 51, 49
58	SİNOP	1,00	4.416	251	4.416	251	0%	0%	
59	SİVAS	0.65	2.653	1.216	1.777	814	49%	49%	60, 27, 58, 35
60	ŞANLIURFA	1,00	3.797	2.079	3.797	2.079	0%	0%	
61	ŞIRNAK	0.76	631	403	604	385	4%	5%	5, 24, 35
62	TEKİRDAĞ	0.81	2.658	1.325	2.189	1.091	21%	21%	60, 27, 58, 35
63	TOKAT	0.792	1810	907	1.464	733	24%	24%	60, 27, 58, 35
64	TRABZON	0.729	3193	1748	2.352	1.288	36%	36%	47, 27, 46
65	UŞAK	0.952	1215	478	1.198	471	1%	1%	60, 27, 58, 35
66	VAN	0.694	2921	1491	2.050	1.046	42%	43%	60, 27, 35, 46
67	YOZGAT	0.695	976	591	739	448	32%	32%	4, 35, 5
68	ZONGULDAK	0.656	2171	1091	1.493	750	45%	45%	5, 27, 35
	<b>Genel Ortalama</b>	0,83	3.198	2.087	2.904	1907	16%	17%	

Belirlenen girdi çıktı değişkenleri doğrultusunda etkin ve etkin olmayan karar verme birimleri (KVB) belirlenmiştir. Tablo 1’de de görüldüğü üzere illerin genel verimlilik değerleri, fiili değerleri, etkin hale gelebilmesi için hedef değerleri, her bir değişken için potansiyel iyileştirme oranları ve kendilerine referans alması gereken iller belirtilmiştir. CCR girdi yönelimli yapılan teknik analiz sonucunda 68 il içerisinde 15 tanesi etkin sınırdaki yer almıştır. Etkin sınırdaki yer alan iller; Ağrı, Aksaray, Antalya, Düzce, Erzincan, Gaziantep, İstanbul, Karaman, Kocaeli, Mardin, Mersin, Muş,

Niğde Sinop ve Şanlıurfa illeridir. KVB'lerin ortalama verimlilik düzeyi %83, ortalama yatak sayısı 3.198, ortalama hekim sayısı ise 2.087 olarak tespit edilmiştir. Verimsiz KVB içerisinde verimlilik oranı en yüksek, diğer bir ifade ile etkin sınıra en yakın %99 verimlilik oranına sahip il Denizli olarak bulunmuştur. Denizli KVB'lerinin oldukça az bir düzeltme ile etkin sınırdaki yer alabileceği gözükmektedir. Diğer taraftan etkin sınıra en uzak %55 verimlilik düzeyine sahip il Kırıkkale olarak belirlenmiştir. Kırıkkale KVB'lerinin verimlilik analizinde sonda olmasının temel nedeni mevcut çıktılara oranla girdi miktarının oldukça fazla olmasıdır. Bu KVB'lerin etkin hale gelebilmesi için 1.095 olan yatak sayısını 675'e, 647 olan hekim sayısının da 398'e indirilmesi gerekmektedir. Kırıkkale KVB için atıl yatak kapasitesinin çok fazla olduğu, diğer bir ifadeyle yatak doluluk oranının düşük olduğu söylenilebilir. Diğer taraftan yatak sayısına doğru orantılı şekilde sağlık personelinin de atıl değerlendirildiği görülmektedir. Her ne kadar genel olarak hekim sayısı yetersiz olsa bile mevcut insan kaynaklarını iyi bir şekilde değerlendirilememektedir. Etkin sınıra yakın KVB'leri diğerlerine kıyasla daha az düzeltme yapılarak etkin hale gelebilecekken, etkin sınıra uzak KVB'lerin daha fazla düzeltme yapması gerekmektedir. Etkin sınırın üzerinde olanların ise program tarafından girdi kaynakları üzerinde tasarruf yapmasına gerek olmadığı belirtilmektedir. Fakat bu durum onların mükemmel oldukları anlamına gelmemektedir. Etkin sınırın üzerinde yer alan KVB'leri örneklem içerisindekilere göre etkin olmuşlardır. Herhangi bir değişken değiştirildiğinde veya etkin olanlar kendi içerisinde analiz edildiğinde daha farklı sonuçlarla karşılaşmaktadır. Etkin sınırdaki KVB'lerin kaynaklarını iyi bir şekilde kullanabildiği ve diğerlerine göre ulaşabileceği çıktı düzeyine ulaştığı görülmektedir.

## TARTIŞMA

1980'li yıllar Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde önemli değişikliklerin ve dönüşümün başlangıç yılları olarak kabul edilir. Türkiye'de 1980 sonrası özel sektörün sağlık alanına girmesi, okuma yazma oranlarının yükselmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinde beklentilerin artması, insan ömrünün uzamasının sağlık harcamalarına yansımaları ve bu gelişmeler karşısında kaynakların kısıtlı olması sağlık hizmetlerinde verimliliği ön plana çıkarmıştır. Zaman içerisinde sağlık kuruluşlarının verimlilik düzeylerinin incelendiği görülmektedir. Bazı araştırmacılar ülke düzeyinde incelerken bazıları sadece belirli bölgeleri incelemiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde farklı değişkenler kullanılmış olup illerdeki hastanelerin branşlarına göre ayırım yapıldığı tespit edilmiştir. Ülkelerin tüm şehirlerinin ele alınarak sağlık performanslarının ölçüldüğü çok az çalışmaya rastlanmamıştır.

Sağlık kuruluşlarının verimliliklerini incelemeye yönelik yapılan çalışmalarda farklı türde ve sayıda girdi çıktı değişkenlerinin kullanıldığı görülmektedir. Özcan ve Luke (1993) çalışmalarında girdi değişkeni olarak fiili yatak sayısı, hizmet karması, işgücü, amortisman, maaş ve sermaye dışında faaliyet giderlerini dikkate almıştır. Çıktı değişkeni olarak ise tedavi edilen vaka sayısı, ayakta bakılan hasta sayısı ve eğitilen personel sayısı değişkenlerini temel almıştır.

Ersoy ve ark., (1996) Türkiye genelinde yapmış oldukları çalışmalarında 573 hastanenin teknik verimliliğini ölçmüştür. Çalışma Sağlık Bakanlığı hastaneleri üzerine yapılmış verilerine ulaşamayan Milli Savunma Bakanlığına bağlı hastaneler analiz dışında tutulmuştur. Çalışmada girdi değişkeni olarak yatak sayısı, uzman ve pratisyen hekim sayısı temel alınırken, çıktı değişkeni olarak taburcu edilen hasta sayısı ve yapılan ameliyatlar dikkate alınmıştır. Verimsizlik nedenleri incelendiğinde

çıkıya kıyasla girdi kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılmadığı görülmüştür. Bazı hastanelerin temel verimsizlik nedeni personel sayısı fazlalığı iken bazı hastaneler içinse yatak sayılarının fazlalığı olduğu görülmektedir. Bu çalışmada da verimsiz iller incelendiğinde verimsizliğin en büyük nedeninin atıl şekilde kullanılan girdi kaynakları olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde gereksiz yere hizmet üretilemeyeceği için mevcut çıktı düzeyini en uygun girdi kaynağı kullanarak üretmek oldukça elzem bir hale gelmiştir.

Chang (1998) tarafından Tayvan’da yapılan bir araştırmada hükümete bağlı hastanelerde girdi değişkeni olarak doktor hemşire-destek personel, idari personel sayıları kullanılıp çıktı değişkenleri olarak polikliniğe başvuran hasta sayısı ve hastanın hastanede kaldığı gün sayısı kullanılarak yapılan araştırma sonucunda hastanelerin etkililikleri ölçülmüştür (Chang, 1998: 308).

Athanassopoulos ve ark., (1999) tarafından yapılan bir çalışmada Yunanistan’ın Ulusal Sağlık Sistemine bağlı 127 hastanenin 96’sı incelemiştir. Oldukça fazla sayıda girdi ve çıktı değişkeni kullanılan bu çalışmada analiz üretim ve maliyet kontrolü olarak iki farklı şekilde yapılmıştır. Ayrıca hastanenin merkeze uzaklığının hastanenin verimliliğine olan etkisine bakılmış anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmanın çıkarımlarından birisi ise hastaların kırsal kesimden merkezi kesime doğru bir yönelişinin olduğu, merkezi kesimdeki hastanelerin daha fazla kaynak kullandığı için verimliliğine olumsuz yansıdığı düşünülmüştür. Diğer bir çıkarımı ise merkezi hastanelerin daha fazla hastaya bakarken sağlık politikalarının kırsal bölgedeki hastaneleri geliştirmek için daha fazla kaynak ayırdığını savunmaktadır. Yapılan bu çalışmada ise hastaneler il düzeyinde toplanmıştır. Mevcut hastaneler içerisinde hem merkezi konumda olanlar hem de taşra konumunda olanlar vardır. Burada önemli olan husus kaç hastaya bakıldığı değil mevcut çıktıları elde ederken girdi kaynaklarının ne kadar etkin kullanıldığıdır.

Şahin, 1996 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarının teknik verimliliğini ölçmüştür. Bu çalışmada girdi değişkeni olarak; fiili yatak sayısı, uzman ve pratisyen hekim sayısı, hemşire sayısı ve diğer personel sayısı ve döner sermaye giderlerini dâhil etmiştir. Çıktı değişkeni olarak ise; ayakta tedavi edilen hasta sayısı, hastane ölüm oranı ve taburcu olan hasta sayısı değişkenlerini dikkate almıştır. Analiz sonucunda bütün sağlık kuruluşlarının genel verimlilik oranı %87 olarak tespit edilmiştir. 36 sağlık kuruluşu etkin sınır üzerinde iken 44 hastane etkin sınırın altında kalmıştır. Verimsiz sağlık kuruluşlarının genel verimlilik oranı ise %78 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise genel verimlilik oranı %83 bulunarak verimlilik düzeyleri birbirine yakın bulunmuştur. 68 il içerisinde 15 (%22) il etkin sınır üzerinde yer almıştır. Şahin (1999)’in çalışmasında olduğu gibi sağlık kuruluşlarının temel verimsizlik nedenleri atıl kullanılan girdi kaynaklarıdır. Girdi kaynaklarında yapılabilecek en küçük bir tasarruf toplam verimliliğe önemli düzeyde katkılar sağlayacaktır.

Kayalı vd. (2004)’nin İzmir/Bornova’daki Sağlık Ocaklarının 2000-2002 yılları arasındaki performanslarını inceledikleri araştırmada 2000 yılında 10 sağlık ocağı etkin iken 2001 yılında bu sayı 7’ye düşmüş 2002 yılında yine sayı 10’a yükselmiştir.

Şahin ve Özgen (2008) tarafından yapılan Sağlık Bakanlığı’nın il devlet hastanelerinin verimliliklerini karşılaştırdıkları bir başka çalışmada 78 ilde faaliyet gösteren devlet hastanelerinin verimlilik düzeyleri ölçülmüştür. Araştırma sonucunda hastanelerinin çoğunluğu teknik alanda verimli hizmet



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

üretmezken, hastanelerin verimli hizmet üretebilmesi için girdi faktörlerindeki aşırı kullanımın önüne geçilmesine dikkat çekilmiştir.

Temür ve Bakırcı (2008) Türkiye'deki sağlık kurumlarının performanslarını VZA yöntemleri ile incelemişlerdir. Araştırma 2003-2006 yıllarını kapsamaktadır. Performans değerlendirmesi yaparken, uzman-pratisyen hekim sayıları, yatak sayıları, döner sermaye harcamaları girdi değişkeni olarak kullanılmış, poliklinikte tedavi gören hasta sayısı, ölen hasta sayısı, yapılan ameliyat sayıları, döner sermaye gelirleri ve doğum gibi değişkenler çıktı olarak kullanılmıştır. Araştırma sonucunda Ağrı, Ankara, Batman, Bayburt, Bingöl, Bolu, Çorum, Diyarbakır, Gaziantep, Iğdır, Kütahya, Mardin, Muş, Osmaniye, Sakarya, Şırnak, Van illeri %100 etkinlik oranına sahipken, yıllara göre etkinliği azalan iller Artvin, Çanakkale, Erzincan, Kars, Kastamonu, Kırıkkale, Tekirdağ ve Yalova'dır. CCR modeline göre 2003 yılında etkin olmayan il sayısı 46 iken 2006 yılında 33'e düşmüştür. BBC modeline göre ise etkin olmayan il sayısı 2003 yılında 17'ye, 2004 yılında 35'e yükselirken 2006 yılında tekrar 18'e düşmüştür.

Temur (2010) tarafından yapılan başka bir araştırmada illerin gelişmişlik düzeyine göre hastanelerin etkinlikleri ölçülmüştür. Bu çalışmada ise uzman-pratisyen hekim sayıları, yatak sayısı, döner sermaye harcamaları gibi değişkenleri girdi, poliklinikte tedavi gören hasta sayısı, ölen hasta sayısı, ameliyat sayısı, döner sermaye gelirleri, doğum sayısı gibi değişkenler de çıktı olarak kullanılmıştır. Etkinlik analizi sonucunda CCR modeline göre etkin il sayısı 48 iken, 2007 yılında bu rakam 44'e düşmüştür. BBC modeline göre ise; 2006 yılında etkin il sayısı 63 iken 2007 yılında 58'e düştüğü saptanmıştır. Etkin olmayan il sayısında artış olması araştırmanın dikkat çekici sonuçlarından. Bu çalışmada; 68 il analize dâhil edilmiştir. Girdi değişkeni olarak yatak sayısı, hekim sayısı iken, çıktı değişkeni olarak ise yatan hasta sayısı ve ameliyat sayısıdır.

### SONUÇ ve ÖNERİLER

Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular karar verme birimlerine göre değerlendirilmelidir. Çünkü etkinlik analizi ele alınan gruba göre nispi oluşumu yansıtmaktadır. Bu nedenle yapılan bu tür çalışmalarda etkin olma durumu nispi etkinlik olarak düşünülmelidir. Sadece sayısal verilere göre etkinlik belirlemek yanıltıcı olmaktadır. İllerin sağlık performansı değerlendirilirken kamusal politikaların seçilmesi, uygulanma durumu gibi faktörler de göz önünde bulundurulmalı ve karar vericilere gerekli bilgilerin sağlanması için doğru politikalar oluşturulmalı, politikalar uygun şekilde uygulanmalı ve karar verme değişkenlerinin doğru seçilerek iyi analiz edilmesi gerekmektedir.

VZA çok girdili çok çıktı bir karar verme modelidir. Nispi olarak yanılgılar meydana gelebileceği için elde edilen sonuçların sadece ele alınan değişkenlerin veya birimlerin sonucu olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle mutlak başarı sıralaması tam olarak araştırma kapsamına alınan karar verme birimlerine bağlıdır. VZA'da uç gözlem noktaları ve ölçüm hataları göz ardı edilmektedir. Bu bakımdan diğer karar verme birimlerini ele alarak yapılan çalışmaların sayısının artması gerekmektedir. Etkinlik analizi yapılan il sayısı 68'dir. Araştırma kapsamında girdi değişkeni olarak yatak sayısı ve hekim sayısı çıktı değişkeni olarak yatan hasta sayısı ve toplam ameliyat sayısı kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda araştırmaya dâhil edilen karar verme birimleri birbirlerine kıyasla etkinlik değerleri almışlardır. Etkin sınır üzerinde yer alan illerin KVB'lerinin mükemmel

oldukları anlamına gelmemektedir. Bu kuruluşların toplumsal beklenti ve teknolojik gelişmeler çerçevesinde sürekli iyileştirme faaliyetleri yapmaları gerekmektedir.

Çalışmada girdi değişkeni olarak: yatak sayısı, hekim sayısı iken, çıktı değişkeni olarak ise yatan hasta sayısı ve ameliyat sayısı değişkenleri dikkate alınmıştır. Daha önce de belirtildiği üzere sağlık kuruluşlarının en büyük verimsizlik nedenleri atıl kullanılan girdi kaynaklarıdır. Sağlık kuruluşları gereksiz yere sağlık hizmeti üretmeyeceği için girdi kaynakları üzerinde yoğunlaşması daha da arz etmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta girdi kaynaklarında tasarruf sağlanırken verilen hizmet kalitesinden ödün verilmemesi gerektiğidir. Araştırma sonucunda 68 KVB'nin genel verimlilik oranı %83 olarak tespit edilmiştir. Etkin sınır üzerinde yer alan KVB'leri; Ağrı, Aksaray, Antalya, Düzce, Erzincan, Gaziantep, İstanbul, Karaman, Kocaeli, Mardin, Mersin, Muş, Niğde, Sinop ve Şanlıurfa illeri olarak tespit edilmiştir. KVB başına ortalama yatak sayısı 3.198, ortalama hekim sayısı ise 2.087 olarak tespit edilmiştir. Mevcut elde edilen çıktı kaynaklarına göre yatak sayılarında %16, hekim sayılarında ise %17'lik bir düzenleme yapılması öngörülmektedir. Ayrıca analiz sonucunda herhangi bir sınırlandırma yapmadan bütün iller dâhil edildiğinde çoğu küçük ölçekli illerin etkin sınır üzerinde yer aldığı görülmektedir. Bu durumun ilgili illerdeki sağlık kuruluşlarının olması gerekenden daha az sağlık personeline sahip olmasından, özel sektör kuruluşlarının yeteri kadar olmamasından, kamuya bağlı sağlık kuruluşlarının daha fazla kişiye hizmet veriyor olmasından ve bireylerin sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarından kaynakladığı söylenebilmektedir.

#### KAYNAKÇA

- Akal, Z. (2002). İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi: Çok Yönlü Performans Göstergeleri. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Yayın No:473.
- Arslan, A. (2002). "Kamu Harcamalarında Verimlilik, Etkinlik ve Denetim" Maliye Dergisi, 140.
- Athanassopoulos, A.D., Gounaris, C., Sissouras, A. (1999). "A Descriptive Assessment of the Production and Cost Efficiency of General Hospitals in Greece", Health Care Management Science, 2(2):97-106.
- Ayanoğlu, Y., Atan, M., Beylik, U. (2010). Hastanelerde Veri Zarflama Analizi (VZA) Yöntemiyle Finansal Performans Ölçümü ve Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2(2): 40-62.
- Aydemir, Z. C. (2002). "Bölgesel Rekabet Edebilirlik Kapsamında İllerin Kaynak Kullanım Görece Verimlilikleri: Veri Zarflama Analizi Uygulaması, DPT Uzmanlık Tezi", Yayın No: 2664, Ankara.
- Banker, R. D., Charnes, A., Cooper, W. W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. Management Science, 30(9):1078-1092.
- Bozdağ, N., Altan, A., Atan, M. (2001). "Toplam Etkinlik Ölçümü: Data Envelopment Analysis (Veri Zarflama Analizi) ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama". V. Ulusal Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu Bildirileri. Çukurova Üniversitesi, Adana.

- Chang, H. H. (1998). Determinants of Hospital Efficiency: The Case of Central Government-Owned Hospitals in Taiwan. *Omega*, 26(2):307-317.
- Charnes, A., Cooper, W.W., Rhodes, E., (1978). Measuring the efficiency of Decision Making Units, North-Holland Publishing Company, *European Journal of Operational Research*, 2: 429-444.
- Charnes, A., Cooper, W. W., Rhodes, E. (1981). Evaluating Program and Managerial Efficiency: An Application of Data Envelopment Analysis to Program Follow through. *Management Science*, 27(6): 668-697.
- Çetin, C., Mutlu, E. (2011). *Temel İşletmeciliğe Giriş*, 3. Baskı, İstanbul: Beta Yayınevi.
- Dikmetaş, E. (2008). “Sağlık Kurumlarında Verimlilik ve Veri Zarflama Analizi”, *Verimlilik Dergisi*, 2008(1): 55-77.
- Eren, E. (2001). *Yönetim ve Organizasyon*, 3. Baskı, İstanbul: Beta Yayınevi
- Ersoy., K., Kavuncubaşı, Ş., Özcan, Y.A., Haris, M.J., (1997). “Technical Efficiency of Turkish Hospitals: DEA Approach”, *Journal of Medical Systems*, 21(2): 67–74.
- Farrel, M. J. (1957). “The Measurement of Productive Efficiency”, *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (General)*, 120(3): 253-290.
- Güçlü, A. (1999). “Türk Silahlı Kuvvetleri Hastanelerinde Verimlilik Ölçümü: Veri Zarflama Analizi Uygulaması”, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.
- Hawkins, M. (2006), *Introduction to The Problem of Infant Mortality*. Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Open Course Ware lecture materials. Lecture 1.
- Homburg, C. (2001). “Using Data Envelopment Analysis to BenchmarkActivities”, *International Journal of Production Economics*, 73(1): 51-58.
- Kayalı, C., Kayalı, N., Kartal, B. (2004). Veri Zarflama Analizinin Türk Sağlık Sektöründe Bir Uygulaması. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2).
- Kutlar, A., Kartal, M. (2004). “Cumhuriyet Üniversitesinin Verimlilik Analizi: Fakülteler Düzeyinde Veri Zarflama Yöntemiyle Bir Uygulama”, *Kocaeli Üniversitesi SBE Dergisi*, 8(2): 49–75.
- Özcan, A.Y., Luke, R.D. (1993). “A National Study of the Efficiency of Hospitals in Urban Markets”, *Health Services Research* 27(6):719–734.
- Sabuncuoğlu, Z., Tokol, T. (2001). *İşletme*, 1. Baskı, Bursa, Ezgi Yayınları. Sağlık Bakanlığı ve Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 sayılı KHK (Karar Sayısı: 28103, Kabul Tarihi: 2 Kasım 2011)



- Şahin, İ. (1998). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin İllere Göre Karşılaştırmalı Verimlilik Analizi: Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Şahin, İ., Özgen, H. (2000). Sağlık Bakanlığı İl Devlet Hastanelerinin Karşılaştırmalı Verimlilik Analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 5(3).
- Şahin, İ. (1999). “Sağlık Kurumlarında Göreceli Verimlilik ölçümü: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin İllere Göre Karşılaştırılmalı Verimlilik Analizi”, Amme İdaresi Dergisi, 32(2):123-145.
- Şahin, İ. (2009), “Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına Devredilen SSK Genel Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Karşılaştırılmalı Analizi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(1): 1- 48.
- Şenol, O. ve Gençtürk, M. (2017). Veri Zarflama Analiziyle Kamu Hastaneleri Birliklerinde Verimlilik Analizi. Journal Of Suleyman Demirel University Institute Of Social Sciences, 29(4).
- Temür, Y. (2010). İllerin Gelişmişlik Derecelerine Göre Hastanelerin Etkinlik Analizi. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 29(2):1-22.
- Temür, Y., Bakırcı, F. (2008). Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir VZA Uygulaması. Sosyal Bilimler Dergisi, 10(3): 261-282.
- Tepe M. (2006). “Kıyaslama Çalışmasında Veri Zarflama Analizi Kullanımı”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yükçü, S. ve Atağan, G. (2009). “Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık”, Atatürk Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Dergisi, 23(4): 1-24.