



BOYABAT İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ E-DERGİSİ

Yıl 2023 - Cilt 3 - Sayı 1

1- SURİYELİ ZORUNLU GÖÇMENLERİN TÜRKİYE YAZILI MEDYASINDAKİ GÖRÜNÜMÜNÜN İNSAN HAKLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hakan YAĞCI

Alındığı Tarih: 25.10.2022 / Kabul Edildiği Tarih: 20.06.2023 / Açık Erişim Tarihi: 09.08.2023

2- SAĞLIKTA TESİS YÖNETİMİNİN AFET, ACİL DURUM VE RİSK YÖNETİMİ BOYUTLARIYLA İNCELENMESİ: GÜVENLİ HASTANELER

Umutcan ALTUN, Havva CEYLAN

Alındığı Tarih: 25.05.2023 / Kabul Edildiği Tarih: 23.06.2023 / Açık Erişim Tarihi: 09.08.2023

3- TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNE AYRILAN KAYNAKLARIN AHP YÖNTEMİ İLE ANALİZİ

Yeter USLU, İlknur FİL

Alındığı Tarih: 25.05.2023 / Kabul Edildiği Tarih: 25.06.2023 / Açık Erişim Tarihi: 09.08.2023

4- BİR MÜLKİLEŞME STRATEJİSİ OLARAK UMUMİ MÜFETTİŞLİK

Tutku ÇAVUŞOĞLU

Alındığı Tarih: 02.06.2023 / Kabul Edildiği Tarih: 25.07.2023 / Açık Erişim Tarihi: 09.08.2023



SINOP ÜNİVERSİTESİ
BOYABAT İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ
e-DERGİSİ

Cilt: 3 Sayı: 1, Haziran 2023

E-ISSN: 2791 - 6952

Sinop Üniversitesi Boyabat İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Adına Derginin Sahibi

Prof. Dr. Nihat DALGIN, Sinop Üniversitesi Rektörü

Editör

Prof. Dr. Oktay KOÇ – Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Editör Yardımcıları

Dr. Öğr. Üyesi Sultan SALUR KÜÇÜK – Sinop Üniversitesi

Doç. Dr. Üyesi Hayrettin ŞAHİN – Sinop Üniversitesi

Yayın Sekreteri

Dr. Öğr. Üyesi Halil Alpay ÖZNAZİK

Dr. Öğr. Üyesi Fatma TAŞDEMİR

Öğr. Gör. İhsan Oytun ALPAY

Yazışma Adresi

Sinop Üniversitesi Boyabat İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Esentepe Mah. Fakülte Cad. No: 4 57000 – Boyabat/SİNOP

<https://boyabatiibfedergisi.sinop.edu.tr>

Telefon: 0 368 333 00 15

Faks: 0 368 333 00 13

Bilim Kurulu / Danışma Kurulu

Prof. Dr. Zeynep ARIKAN	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Yılmaz DEMİRHAN	Dicle Üniversitesi
Prof. Dr. Serkan DİLEK	Kastamonu Üniversitesi
Prof. Dr. İsmail Hakkı ERASLAN	Düzce Üniversitesi
Prof. Dr. Onur EROĞLU	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
Prof. Dr. Bülent GÜLOĞLU	İstanbul Teknik Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Nilüfer NARLI	Bahçeşehir Üniversitesi
Prof. Dr. Sevinç ORHAN	Pamukkale Üniversitesi
Prof. Dr. Belkıs ÖZKARA	Afyon Kocatepe Üniversitesi
Prof. Dr. Osman Fatih SARAÇOĞLU	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Prof. Dr. Arman Teksin TEVFİK	Haliç Üniversitesi
Prof. Dr. Gökhan TUNCEL	İnönü Üniversitesi
Prof. Dr. Fazıl YOZGAT	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
Doç. Dr. Aykut ARSLAN	Piri Reis Üniversitesi
Doç. Dr. Cem Barlas ARSLAN	Anadolu Üniversitesi
Doç. Dr. Erol BULUT	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Doç. Dr. Ayşegül ÇİMEN	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Funda ÇONDUR	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ	Kayseri Üniversitesi
Doç. Dr. Engin KANBUR	Kastamonu Üniversitesi
Doç. Dr. Ömer KESKİNSOY	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Doç. Dr. Zeynel Abidin KILINÇ	Sakarya Üniversitesi
Doç. Dr. Gökhan ŞAHAN	Erciyes Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi İdris AKKUZU	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Adem ALTAY	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Zübeyir BAKMAZ	İnönü Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ramazan EKİNCİ	Bakırçay Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Abdullah ERAVCI	Sinop Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Abdullah KIRAY	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞUZ	Balıkesir Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Özgür SARAÇ	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Filiz ERATAŞ SÖNMEZ	Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Beşinci Sayının Hakemleri

Doç. Dr. Cihat ERBİL	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Doç. Dr. Hayrettin ŞAHİN	Sinop Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Candaş CAN	Sinop Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Salih Ziya KUTLU	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Fatma MANSUR	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Sıtkıcan SARAÇOĞLU	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Dr. Mehmet BAYAR	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Dr. Sefa MERTEK	Ondokuz Mayıs Üniversitesi

SUNUŞ

Yeniçağ'ın insanlığın önüne koyduğu devasa sorunları aşmanın yegâne yolunun bilim olduğu konusunda oldukça geniş bir uzlaşma alanı mevcuttur. Bilimsel gelişmelerin, salt bilimsel alanla ilgili ve sınırlı kalacağı gibi dar bakış açıları da bu kapsamda geçerliliğini yitirmiş; bilimsel çıktılar, tüm insanlığa açık hale gelmiş ve mal olmuştur. Dolayısıyla bugünlerde somut olsun veya olmasın herhangi bir bilimsel mamul, salt bilim insanlarının ilgisine mazhar olmamakta, bu alanın çok dışında herhangi bir insanın da hem erişimine hem de kullanımına açık olarak bulunabilmektedir.

Daha özel olarak ifade etmek gerekirse; bilimsel alanlar arasındaki ayrım son süreçte giderek ortadan kalkmakta ve sınırlar bulanıklaşmakta, daha esnek hale gelmektedir. Bu anlamda, farklı disiplinlerin birbirinden ödünç kavramlar alarak çalışmalarını mümkün olmaktadır ve daha ötede disiplinlerarası işbirliği ve ortaklaşma da giderek yayılmakta ve derinleşmektedir.

Bu müşterek zemin, okumakta olduğunuz Boyabat İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi e-Dergisi için de mümbit bir büyüme fırsatı sunmaktadır. Derginin bu odakla amacı; İktisadi ve İdari Bilimler kapsamında yer alan Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri, Ekonometri, İktisat, İşletme, Maliye, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi ve Uluslararası İlişkiler gibi dalların her biri için tek tek veya müşterek tartışmalar ve çalışmalara önemli bir alan sağlamaktır. İlk sayıda; Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri, İktisat, İşletme, Maliye, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi alanlarını ilgilendiren çalışmalar yer almaktadır.

Derginin yayın hayatına başlamasında, öncelikle her türlü olanağı sunan ve destek olan Sinop Üniversitesi Sayın Rektörü Prof. Dr. Nihat Dalgın'a şükranlarımızı sunarız. Yine başlarken deneyimleri ve bilgileri ile bizlere yol gösteren Sayın Doç. Dr. Ferhat Pehlivanoğlu'na (Kocaeli Üniversitesi), Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Oğuz'a (Balıkesir Üniversitesi), Bilgi İşlem Daire Başkanı Sayın Yüksel Sandalcı'ya (Sinop Üniversitesi), Sayın Arş. Gör. Dr. Halil Alpay Öznazik'e (Sinop Üniversitesi), Sayın Öğr. Gör. İhsan Oytun Alpay'a (Sinop Üniversitesi) ve Basın ve Halkla İlişkiler görevlisi Sayın Azat Baykara'ya (Sinop Üniversitesi) teşekkürü borç biliriz. Elbette ilk sayıya bilimsel çalışmalarını katkı sunan yazarlara, derginin akademik alt yapısını sarsılmaz bir şekilde temellendiren sayı hakemleri, Bilim ve Danışma Kurulu üyeleri, alan editörleri ve sekreteryaya görevlilerine de minnet borçlu olduğumuzu ifade etmek isteriz.

Tüm insanlığa yararlı olması ve uzun ömürlü olması dileğiyle...

Oktay KOÇ

Editör

DİZİNLER

[Europub: Academic and Scholarly Research Publication Center](#)

[Journal Indexing and Abstracting - Research Bible](#)

İÇİNDEKİLER

SURİYELİ ZORUNLU GÖÇMENLERİN TÜRKİYE YAZILI MEDYASINDAKİ GÖRÜNÜMÜNÜN İNSAN HAKLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ..... 1 - 13

Hakan YAĞCI

SAĞLIKTA TESİS YÖNETİMİNİN AFET, ACİL DURUM VE RİSK YÖNETİMİ BOYUTLARIYLA İNCELENMESİ: GÜVENLİ HASTANELER..... 14 - 41

Umutcan ALTUN, Havva CEYLAN

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNE AYRILAN KAYNAKLARIN AHP YÖNTEMİ İLE ANALİZİ..... 42 - 76

Yeter USLU, İlknur FİL

BİR MÜLKİLEŞME STRATEJİSİ OLARAK UMUMİ MÜFETTİŞLİK 77 - 98

Tutku ÇAVUŞOĞLU

SURİYELİ ZORUNLU GÖÇMENLERİN TÜRKİYE YAZILI MEDYASINDAKİ GÖRÜNÜMÜNÜN İNSAN HAKLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hakan YAĞCI¹

Özet

Bu çalışmanın amacı, Suriyeli zorunlu göçmenlerin Türkiye yazılı medyasındaki görünümünün insan hakları açısından değerlendirilmesidir. Bu araştırma Suriyeli göç akımının başladığı Nisan 2011'den bu zamana kadarki süreçte geleneksel yazılı medyada sunulan göçmenlere yönelik haberleri içermektedir. Nitel araştırma yöntemlerinden söylem analizi metodu kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın önemi ise medya temsilinin toplumu değiştirme, dönüştürme ve yönlendirme gücünden ileri gelmektedir. Bu organize olmayan göçün olası demografik ve sosyolojik sonuçları, olumsuz bir toplumsal duruma sebebiyet vermiş ve vermektedir. Bu araştırma kapsamında gazete ve internet haber sitelerine yer verilmiştir. Bu araştırma kapsamında örnek alınan haberlerin genelinde etik olmayan bir gazetecilik diline rastlanmıştır. Gazetecilik mesleki etik ilkelerinin yanı sıra insan hakları bakış açısından da sorunlu bir durumun varlığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnsan Hakları, Medya, Suriyeli Göçmenler.

Jel Kodları: J61, J83, L82.

Alındığı Tarih: 25.10.2022 / Kabul Edildiği Tarih: 20.06.2023 / Açık Erişim Tarihi: 09.08.2023

Human rights evaluation of the appearance of Syrian forced immigrants in Turkish Written Media

Abstract

The aim of this study is to evaluate the appearance of Syrian forced immigrants in Turkish print media in terms of human rights. This research includes the news about immigrants presented in the traditional print media from April 2011, when the Syrian migration flow began, to this time. It was carried out using the discourse analysis method, one of the qualitative research methods. The importance of this study comes from the power of media representation to change, transform and direct the society. The possible demographic and sociological consequences of this unorganized migration have caused and are giving rise to a negative social

¹ Dr., Kocaeli Üniversitesi, hakanyagcist@gmail.com, Orcid: 0000-0003-4629-4748..

situation. Within the scope of this research, newspapers and internet news sites were included. An unethical journalism language was found in most of the news examples taken within the scope of this research. In addition to the professional ethical principles of journalism, it has been determined that there is a problematic situation from the perspective of human rights.

Keywords: Human Rights, Media, Syrian Immigrants.

Jel Codes: J61, J83, L82.

1. Giriş

Medya mülteciler konusunda kamuoyu oluşturmada kilit pozisyona sahiptir. Medya, mültecileri suçlayıcı ifadeler yerine, onların ülkelerinden ayrılma nedenleri, göç sırasında yaşadıkları sorunlar ve var olma çabaları insan odaklı habercilik anlayışının merkezine almalıdır. Medya dili ve politiği, etik ve insan haklarıyla örülmüş sınırlılıklar taşımaktadır. Oysa mevcut Suriyeli göçmenler ile ilgili haberlerin çoğu, sorunu meşrulaştırmaya ve çözümsüzlüğe ittiği söylenebilir. Haber metinlerindeki sorunlu mülteci imajı “öteki”, “yabancı” algısını derinleştirerek kurulabilecek sosyal ilişkilerin de önünü kesmektedir (Şen, 2017).

Haberin inşa süreci, hangi olayların haberleştirileceği, haber konusu kişilere yönelik ifadeler ve olayın kendi bağlamı dışına çıkarılarak sunumuna kadar gerçekliği ve doğruluğu törpüleyen birçok aşamayı içerisinde barındırmaktadır. Bu törpüleme işleminden en büyük zararı, yalan-yanlış veya eksik temsil edilmiş, suçlayıcı/aşağılayıcı ifadelerle maruz kalmış “insan” görmektedir (Çambay, 2019). Bu nedenle insan haklarını gözeten ve insandan yana olma boyutu öne çıkan “tarafli” habercilik yapılması gerekmektedir. Tarafli habercilik, etik bilgi ve insan hakları fikriyle donatılmış bir gazetecilik anlayışıdır (Uzun ve Asrak Hasdemir, 2017).

Mülteci sorunsalı özelinde insan odaklı habercilik anlayışının görmezden gelinmesi aslında medya organlarının sermaye yapıları ve onların ideolojik duruşları ile ilgilidir. Medya, bir yandan değişim ve dönüşümlerin kontrolünü elinde tutarak toplumlara yön verdiği söylenebilirken; diğer yandan da varlığını borçlu olduğu kapitalizmi yeniden üreterek canlı tuttuğu varsayılabilir (Yılmaz, 2015). Türkiye 1990’larda TRT’nin temsil ettiği tekelin kalkması büyük sermayenin yayıncılık alanına girmesiyle yeni bir biçimlenme yaşadığı söylenebilir. Bu yeni biçimlenmede çıkarları ulusal ve/veya uluslararası ekonomik, siyasi,

askeri güç merkezleri ile ilişkileri olan, ticari varlığını sürdürmek için açıkça güçlü olanın yanında yer alan bir haber medyası ortaya çıkmıştır (Göker ve Keskin, 2015).

Mültecileri cihatçılar, istilacılar veya illegal göçmenler olarak etiketlemek, bu kişilerin şiddeti körükleyen, işsizlik yaratan, sosyal yardımları sömüren kişiler olarak algılanmasına neden olabilir. Medya en etkin kültürel iletkenlerden biri olarak ırkçılığın ve nefret duygularının güçlenmesinde, bu tür tutumların meşru kılınarak haklı çıkarılmasında bazen dolaylı, bu söyleme uygun bir zemin hazırlama işlevinde çoğu zaman dolaysız bir rol üstlenebilmektedir (Gölcü ve Dağlı, 2017).

Medya içeriklerinde kullanılan dil, insan ve değerlerini dikkate almadan kurulursa sorununun hem gelecekte olası çözümlerinin önüne geçebilir hem de tehdit algısı yaratarak çatışmaları artırabilir. Bu çalışmanın ana savı Türkiye medyasının ve mevcut haliyle dünya medyasının Suriyeli mülteciler konusuna yaklaşımının birçok açıdan sorunlu olduğu ve esas itibarıyla, yaşanan şeyin bir insan hakları sorunu olduğunun görülmesini engellediği yönündedir.

2. Araştırma

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Suriyeli zorunlu göçmenlerin Türkiye yazılı medyasındaki görünümünün insan hakları açısından değerlendirilmesidir. Bu araştırma kapsamında yazılı medya üzerinden Suriyeli zorunlu göçmenlerin nasıl temsil edildiği insan hakları açısından ele alınacaktır. Aynı zamanda, belirlenen medya temsili sorunlarına dair öneriler de bu çalışma kapsamında sunulacaktır.

2.2. Araştırmanın Önemi

21. yy içerisinde toplumsal ayrımcılık genellikle gizli ve sembolik bir şekilde işlev kazanmaktadır (Van Dijk Akt., Çınar, 2013). Yaygın şekilde rastlanan bu tarz ayrımcılık faaliyetleri, şiddet odaklı ayrımcılığa oranla daha “normal” veya “doğal” olarak algılanabilmektedir. Oluşan bu algı ise göçmenlerin daha “radikal” şekilde algılanmasına neden olabilmektedir. Ayrıca miras alınmış bir dezavantajlı duruma da sebebiyet verebilir.

Bu araştırmanın önemi, çoğu alanda “dezavantajlı” grup olarak kabul edilen zorunlu göçmenlerin, dezavantajlılığına neden olan durumları medya temsiliyetleri açısından irdelemesinden ileri gelmektedir. Bugün “Yeni” medyanın ve geleneksel medyanın toplum üstündeki gücünü, olumsuz şekilde Suriyeli düzensiz ve zorunlu göçmenler üzerinde nasıl

pratize ettiğinin belirlenmesi önemlidir. Bu tespit aynı zamanda, olumsuzdan olumluya doğru gidişte bir referans olması veya gelişimi göstermesi açısından katkı sunması beklenmektedir. Suriyeli zorunlu düzensiz göçmenleri ile ilgili var olan olumsuz medya temsilinin değiştirilmesi, ayrımcılık ve ırkçılık davranışlarının yaygınlaşmamasına katkı sağlaması beklenmektedir.

2.3. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma nitel araştırma yöntemi ile hazırlanmıştır. Nitel araştırma yöntemlerinden söylem analizi metodunun kullanıldığı bu çalışmada 2017-Ocak ve 2018-Aralık ayları arasında geleneksel yazılı medya organları tarafından sunulan haberler ele alınmıştır. Mevzu bahis bu haberler söylem analizi yöntemi ile ele alınarak insan hakları açısından irdelenmeye çalışılmıştır. Söylem analizi, “*Konuşma ve metinler aracılığıyla oluşan anlam ürünleri ile ilgilenen geniş kapsamlı sosyal ve kültürel araştırmalar içinde kullanılan bir araştırma yöntemidir.*” (Çelik ve Ekşi, 2008, 99)

2.4. İnsan Hakları Açısından Medya, Göç ve Göçmenlik

Latince “araç, ortam” anlamına karşılık gelen medya; radyo, televizyon, gazete, dergi gibi İşitsel, görsel, yazılı (basılı veya elektronik) yayın organlarını içerisine almaktadır. Kişilerin yaşamları, düşünce ve izlenimleri medya kanalıyla dünyanın öbür ucuna aktarılabilirdiği gibi kayıt yöntemiyle birikim ve üretimler kalıcı hale getirilebilmektedir (Taylan ve Arklan, 2008). Kitle iletişim araçları olarak da ifade edilen medya, günümüzde iletişim değil iletim tercihi nedeniyle daha çok eğlence ve zaman geçirme aracı olarak algılanmaktadır. Medya, kolay ulaşılabilirliğinin yanı sıra aynı zamanda en ucuz bilgi edinme, haber alma, eğlenceli zaman geçirme aracı olarak yüzeysel öğrenme ve moda akımlar platformu olarak kullanılmaktadır.

Haber alma ihtiyacının giderilmesine yönelik aktarımlardan zaman içinde uzaklaşarak teknolojinin de katkısıyla çeşitlenen araçlarla siyasal erkin onayladığı yaşam biçimlerini en ücra köylere kadar taşımaya başlamıştır (Potter ve Byrne, 1998). Medyanın yaygınlığı ve popüleritesi medyadan ileti almadan duramayan, medya bağımlısı bir toplum inşa edebilir. Medyanın bireysel ve toplumsal yaşam üzerindeki olumlu ve/veya olumsuz etkisi kimsenin yadsıyamayacağı bir seviyeye ulaşmıştır. Medya, toplumsal gündemi belirlediği gibi kültürden algılara, yaşam biçiminden ekonomik tavırlara kadar pek çok konuda belirleyici olmaktadır. Bu kadar etkili bir organın mülteciler konusunda da sessiz veya etkisiz kalması düşünülemez.

2011’de Suriye’de iç savaşın patlak vermesi ile insanlık tarihinin en büyük göç hareketlerinden biri yaşanmış, savaşın başlangıcı ile beraber başta küçük gruplar halinde başlayan göç kısa zaman içerisinde milyonlara varan bir göç haline dönüşmüştür. Göçler sonunda 5,5 milyon Suriyeli ülkesini terk etmek zorunda kalmış, 6-7 milyon kişi ise ülke içinde yer değiştirmiştir (Kaypak ve Bimay, 2016).

Suriye’den 2011 yılı başlarından itibaren iç savaş ve çatışma nedeniyle ülkelerini terk etmek zorunda kalanlar Lübnan, Mısır, Irak, Ürdün ve Türkiye gibi yakın/komşu ülkelere sığındılar. Türkiye Suriye’de çatışmaların başlamasının ardından Türkiye’nin “açık kapı” politikası ile sığınmacıların ülkeye girişini kolaylaştırması iki yıl içinde sığınmacıların sayısının yarım milyona ulaşmasına neden olmuştur. Türkiye’deki mülteci kamplarında 2013’ün başlarında 200 bin civarında mülteci yaşarken, bundan çok daha fazlasının kamp dışında yaşamlarını idame ettirmeye çalıştıkları gözlenmiştir (Sayın ve vd., 2016). 2015 yılının ilk aylarında sayıları iki milyonu aşan sığınmacılar ülkenin güneydoğusundaki illerin demografisinde ve sosyal dokusunda önemli değişikliklere neden olmuştur. İş bulma imkanlarının daha fazla olması nedeniyle Gaziantep, Ankara, İstanbul, İzmir, Antalya gibi büyük kentlere gelen sığınmacıların önemli bir kısmı geçici tarım işçiliği gibi güvencesiz işlerde ya da kayıt dışı olarak asgari ücretin altında ücretlerle çalışırken bir o kadarı da parklarda, caddelerde dilencilik yapmakta, yıkılmak üzere olan evlerde, barakalarda ya da derme çatma çadırlarda yaşamaya çalışmaktadırlar (Kaypak ve Bimay, 2016). Sığınmacıların olumsuz ekonomik görünürlüğü, kamu otoriteleri ve sivil toplum örgütlerini harekete geçirirken, kamuoyunda ve medyada zaman zaman ırkçılığa uzanan ayrımcı söylemlere de neden olabilmektedir. Medya, ekonomik bir yük ya da güvenlik tehdidi olarak gösterebiliyor. Özellikle 2015 yılı bahar ayları itibariyle Avrupa ülkelerine gidebilmek için yaşadıkları deniz kazaları, medyanın gündeminde daha fazla yer almalarına neden olmuş olsa da bu haberler sebeplerden çok facianın dramatik boyutlarına indirgenmiştir (Kıratlı ve Narmanlıoğlu, 2020).

Bu durum dünyada olduğu gibi Türkiye’de de göç ve mültecilik tartışmalarını gündeme getirmiş; mesele insani, siyasi, ekonomik, uluslararası ilişkiler ve diğer bütün boyutlarıyla ele alınır olmuştur. Bu çalışmada ise sorun her yönüyle değil, sadece Türk medyasında ele alınmış biçimi bakımından incelenecektir. Suriyeli mülteciler ile ilgili haberlerde evrensel insan hakları ilkelerinin dikkate alınıp alınmadığı, haber iletilerinin dil ve söylem olarak çağdaş insan ve değer görüşüne uygun olup olmadığı araştırılması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca medya kuruluşlarının piyasa sistemi içinde konumlanmasının medyanın

daha çok tiraj, reyting elde etme, ideolojik yaklaşımlarının, ekonomik kaygılarının Suriyeli mülteciler krizinin insan hakları boyutunun görülmesini olumlu veya olumsuz ne ölçüde etkilediğinin de sorgulanması gerekmektedir.

2.5. Göçmenlerin Yoksulluk Açısından Medyadaki Temsili

Medya, devlet eylemleri ile gerçekleşen gizli insan hakları ihlallerine karşı eleştirel bir tepki ortaya koyarak hayata geçirebileceği aleniyet ilkesi ile sıradan yurttaşların insan haklarının korunmasına katkıda bulunabilir. Ancak ticari medyanın yaygınlaşması demokratik yurttaşlığın temeli olarak aleniyet düşüncesini önemsemeyen bir medya görüntüsü ortaya çıkarmış, bu alanda insan hakları konusundaki uğraşlar da giderek zayıflamıştır (Çelenk, 2010). İnsan hakları sorunları ve ihlalleri uluslararasılaşırken devletleri bir yandan bazı sorumluluklar ve yeni oluşturulan haklara saygı gösterme yükümlülüğü getirirken bir yandan da sermayenin uluslararasılaşmasının medya pratikleri, içerikleri üzerinde yarattığı benzeşme, yakınsama ve Batı yönelimli baskın etki insan hakları ihlallerine karşı hesap sorulmasını da güçleştirmektedir (Kolukırk, 2009). İnsan hakları doğası gereği devletle toplum arasında çatışmalı bir alandır ve demokrasinin kökleşmesi açısından uzlaşıya en fazla gereksinim duyulan alanlardan biridir. İnsan haklarıyla ilgili uzlaşımın hayata geçirilmesinde medyanın tavrını belirleyecek genel bir çerçeveye ihtiyaç duyulmaktadır (Işık ve Ata, 2021)

Medyadaki Suriyeli mülteciler ile ilgili haberler ve konu üzerindeki çalışmalar insani hak boyutunu öne çıkaracak şekilde değildir. Konu ile ilgili araştırmalarda Esad rejimine ilişkin haberlerin Suriyeli mülteciler ile ilgili haberlerden daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır.

Üniversite öğrencilerinin sanal diğerkamlık, asilik ve ahlaki kimlik algılarının sanal korsanlık davranışları üzerindeki etkisinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

Tablo 1. Esad Rejimine İlişkin Haberler

<i>“Katliamcı Esed rejimi: Türk askeri çekilsin”</i>	(Yaniakit, 2017).
<i>“Esed Rejimi İş Birlikleriyle Operasyonlarını Sürdürüyor”</i>	(Haberler.com, 2017).
<i>“Türk askerinin de bulunduğu bölgede önemli gelişme!Türk askerinin de bulunduğu Kuzey Suriye önemli bir gelişmeye sahne oldu. İlk defa Esad rejimi ile muhalifler arasında insani geçiş amacıyla bir sınır kapısı kuruldu”</i>	(Akgüngör, 2017).
<i>“Suriyeli 55 aşiretin Türkiye buluşması, Suriyeli 55 aşiretin lideri 9 Aralık'ta İstanbul'da yaptığı toplantının ikincisini Hatay'ın Reyhanlı ilçesinde gerçekleştirdi”</i>	(Akgüngör, 2017).

Medya organları haber söylemleri ve ideoloji farklılıkları çerçevesinde aynı haberin farklı şekilde enformasyon ağına dâhil olmasını sağlarlar. Medyanın değişik kollarından yapılan incelemeler, Suriyeli mültecilerin haberleştirilmelerinde farklı söylemlerin olduğunu işaret etmektedir. Kamuoyu pek çok dinamikte oluşur. Bireyler ve bireylerden oluşan halk takip ettiği medya organları aracılığıyla iç ve dış politika hakkında haberin verilmiş biçimine göre bilgi sahibi olur (Kıratlı ve Narmanlıoğlu, 2020).

Bu kanı sosyo-kültürel ve ekonomik yapılarla da ilgilidir, Suriyelilerin tehdit ya da fırsat olarak algılanması örneğinde görüldüğü gibi: bir kısım Türkiye vatandaşı Suriyelileri ucuz işçi olarak algılamakla diğer bir kısmı “iş bulamayacağım, ekmeğimi alacak” fikrine sahip olabilir. “Üç buçuk milyon Suriye belası” (Sözcü.com, 2017) adlı haber bu duruma örnek olabilir. Bu haberde Suriyeli Göçmenler olumsuz bir tavır ile insan haklarından uzak şekilde haberleştirilmiştir. Okuyucuları ise göçmenler ile ilgili olumsuz bir çağrışıma sahip olmaları noktasına itmektedir.

Medyanın mültecilere yönelik yaklaşımları ve söylemlerinin en problemli noktası haber konusu yapılan öznenin yani insanın ele alınma biçimidir. Suriyeli sığınmacıların medyadaki temsilleri sığınmacı/mülteci sorununa ilişkin kamu algısını etkilemekte ve toplum içinde gördükleri olumlu ya da olumsuz davranışlara zemin hazırlamaktadır (Kolukırmık, 2009). Ayrıca bu temsiller üzerinden sorunun hangi çerçevede, hangi başlıklar etrafında ve nasıl tartışılacağı belirlenmektedir. Dolayısıyla soruna yaklaşımın hangi temel değerler üzerine oturtulacağı ve medyanın buradaki rolü çok önemlidir.

Sözgelimi, medyanın Suriye’den gelen mültecilere en iyi ifadeyle “misafir”lerimiz ya da “din kardeşlerimiz” şeklinde yaklaşması kadar “sığınmacı” veya “terörden kaçanlar” ya da “Avrupa’ya veya Yunanistan’a kaçmaya çalışanlar” şeklinde yaklaşması da hem sorunun gerçek sebebinin anlaşılmasını hem de doğru çözüm yolları üretilmesini engellemektedir. Bu durum sorunun en temel anlamıyla uluslararası bir insan hakları sorunu olduğunun unutulmasına yol açmaktadır. Ellerinde çivili sopalarla Suriyeli avına çıkan gruplar, “bir Türk Çocuğu”nu Suriyeli birinin tartakladığı gerekçesiyle Suriyelilere ait ev, dükkân ve araçları taşıyıp tahrip etmişlerdir (Balkan, 2014).

Haber içeriklerinde de özellikle yerel medyanın tekil olayları negatif bir “Suriyeli” algısı oluşturacak şekilde işlediği görülüyor. Mülteci kamplarındaki koşullar da siyasi yandaşlık

üzerinden haberleştirilirken mültecilerin Türkiye üzerinden kaçışları ve trajik kazalar medyada en fazla yer bulan haber içerikleri olarak görülmektedir (Liberal Perspektif, 2017, s. 16-17).

Mülteci ve göçmenlere yönelik ayrımcı ve nefret içeren söylemler göç alan ülkenin halkıyla mülteciler arasında gerginliğe neden olmaktadır. Mülteciler ile ilgili yeterince bilinçlendirilmemiş ortalama bir vatandaş medyadaki söylemlerin etkisine rahatlıkla kapılabilmektedir. Medyada konunun ele alınış biçimi kamuoyunda Suriyeli mülteciler hakkındaki düşünceleri ve mültecilik konusunun ne şekilde tartışılacağını etkilemesi açısından önem taşımaktadır (Gölcü ve Dağlı, 2017).

Uluslararası hukukta sığınmacılar ve mülteciler konusundaki hukuki altyapı 1951 tarihli “Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Cenevre Konvansiyonu” (1951). ve bunu tamamlayan 1967 protokolü ile düzenlenmiştir. Sözleşme 14 Aralık 1950 tarih ve 429 (V) sayılı kararı ile Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda kabul edilmiş, 28 Temmuz 1951 tarihinde Cenevre kentinde imzalanmış 22 Nisan 1954 yılında yürürlüğe girmiştir. 2014 yılından itibaren 1951 sözleşmesine 144 devlet taraf iken 1967 Protokolüne 145 devlet taraftır.

Mülteci, ırk, din, sosyal konum, siyasal düşünce, ulusal kimliği nedeniyle kendisini baskı altında hissederek kendi devletine olan güvenini kaybeden, kendi devletinin ona tarafsız davranmayacağını düşüncesi ile ülkesini terk edip, başka bir ülkeye sığınma talebinde bulunan ve bu talebi o ülke tarafından kabul edilen kişidir (Bağımsız İletişim Ağı, 2018).

Şüphesiz mülteciler hukuku 10 Aralık 1948 yılında ilan edilen ve insan haklarını evrensel ilkeler çerçevesinde tanımlayan “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi”nden ayrı ele alınamaz. Beyannamenin 14. Maddesi “Herkesin zulüm altında başka ülkelere sığınma ve sığınma olanaklarından yararlanma hakkı vardır” ilkesi ile yapılmış ve yapılacak bütün uluslararası ve ulusal düzenlemeleri kapsayacak bir nitelik taşımaktadır. Ancak Türkiye, Cenevre Konvansiyonu’na yalnızca Avrupa’dan gelen kişilere mülteci statüsü verecek biçimde coğrafi çekince koyduğu için, ülkedeki Avrupalı olmayan kişilere resmen mülteci demese de Suriyelilere “geçici koruma” statüsü vermiş ve 2014’den bu yana fiili olarak dünyada en fazla mülteci barındıran ülke haline gelmiştir (Kaypak ve Bimay, 2016).

Suriyeli mültecilerin önceleri uluslararası metinlerde karşılığı bulunmayan “misafir” kavramı ile medyada yer almaları toplumda uluslararası bir hakkın “lütuf” gibi verildiği yanlışlamasına neden olmuştur. Ayrıca Türkiye’nin bağlı olduğu uluslararası mevzuata göre Suriye’den gelen kişilere mülteci demek teknik olarak mümkün görünmemektedir (Erdoğan, 2015). Çünkü

Türkiye mülteciler ile ilgili 1951 yılında imzalanan Cenevre sözleşmesinin iki maddesine şerh koymuştur. Bu maddelere göre Türkiye sadece Avrupa kıtasından gelen kişileri mülteci kabul etmektedir.

3. Tartışma

Mülteci sorunu gibi sorunlar haberleştirilirken, tartışılırken veya sunulurken, asıl meselenin mağdur durumda olan bir grup insan olduğu ve ihlal edilen şeyin de insanların temel hakları olduğu unutulduğunda medyanın kullandığı dil yarardan çok zarar verilebileceği gerçeği göz ardı edilmemelidir.

Temel ya da çekirdek haklar teorisi temelini Kant'ın emredici etik anlayışından alır. Kant, insanların farklı isteklere ve amaçlara sahip olduğunu bu nedenle bunlardan çıkarılacak ilkelerin geçici ve değişken olacağını oysa ahlak yasasının mutlak bir temele sahip olması gerektiğini belirtir (www.libertedownload.com). Kant, kişinin amaçlarını özgür ve rasyonel bir şekilde belirleme ve bunun sorumluluğunu yerine getirme yeteneğine sahip olmak demek olan kişiliği ahlakın merkezine alır. Bu yaklaşım, insanın özgür iradesini gerçekleştirmesini en yüce amaç olarak görür; dolayısıyla bireye her zaman amaç olarak bakmak gerekir. Devlet, bireyin özgür ve uyumlu bir şekilde gelişiminin önünü açmakla mükelleftir. Kant'ın teorisi aşkın, apriori ve mutlaktır, ırk, din gibi farklılıkları önemsemez bu nedenle de doğası gereği evrenseldir (Shestack, 1998, s.101).

Kuçuradi Kant'ın iyiyle ilgili düşüncelerini iyinin göreliliğine işaret etmesi bakımından dikkate değer bulur. “Kant’a göre, etikte genellikle yapılması istenen, iyinin ne olduğunu söyleyip kişinin eylem veya özel değer yargıları için bir norm veya ölçü ortaya koymaktır. Oysa insan yaşamında bütün ifadelerinde görülen bir etkinlik olan değerlendirme, doğru değerlendirme bir şeyi değeri bakımından seyirci olarak yargılamak, ona hazır bir ölçüye veya değerlendirilenin dışında olan başka bir şeye göre değer biçmek ya da bir nitelik yüklemek değildir. Doğru değerlendirmek, değerlendirilenin kendi alanı içinde özel durumunu görmek ve göstermektir “(Kuçuradi, 2013, s.14).

İnsanın değeri, insanın insan olmayan her şeyle ilgisi bakımından özel durumu yani insanın varlıktaki özel yeridir. İnsana bu özel yeri sağlayan onun özelliklerinin bütünüdür, onu diğer canlılardan ayıran olanaklardır. Bu olanaklar, insana özgü etkinlikler ve bu etkinliklerin ürünleridir. Bunlar insanın diğer canlılarla ortaklaşa taşıdığı özelliklere ek özelliklerdir ki “insanın değeri” ya da “onur”u buradan gelir (Kuçuradi, 2011a, s.2). Dünyaya gelen her kişi

yaşama, beslenme, eğitime gibi haklara sahiptir. İnsan hakları adı altında toplanan bu haklar çeşitli uluslararası bildirimlerle, anayasalarla güvence altına alınmıştır ve bu haklar temelini insanın değerinden alır (Kuçuradi, 2013, s.40).

Bir kimse, etnik kökeninden, inancından, ideolojisinden veya cinsiyetinden dolayı değil, sadece insan olması nedeniyle “insan hakları” olarak ifade edilen haklara sahiptir. Bireylerin bu haklara değişken sosyal şartlar ya da yeteneklerinden bağımsız olarak yani sadece insan olmaktan dolayı sahip oldukları anlamına gelmektedir.

Kuçuradi, “İnsanın değerleri” derken tür olarak insanın bilgi, bilim, sanat, felsefe, teknik, moral ve kültürel bütün başarılarını anlamamız gerektiğini belirtir. Bunlar, insanın varlık imkânlarının gerçekleştiği, varlık şartlarının ürünü olan fenomenlerdir, ve bu başarılar, kişi-üstü değerler olarak insan dünyasının önde gelen unsurlarıdır. Kişinin değeri ise kişinin toplumla ilgisi bakımından özel durumudur yani kişi “insan hakları” açısından diğer kişilerle eşittir, hiçbir şekilde araç olarak kullanılamaz (Kuçuradi, 2013, s.40-41).

İnsan hakları, her şeyden önce bir fikir, bir düşüncedir ve insanlar başka bir şey değil de insan oldukları için özel muamele görmeyi hak ettikleri ilkesinden yola çıkar. İnsanın doğal olanaklarını gerçekleştirebilmesi için diğer insanların bunu bilerek ya da bilmeyerek engellememesi gerekir ancak gerçeklikte insanların çoğu birbirine bu şekilde muamele etmemektedir (Kuçuradi, 2011b, s.57).

4. Sonuç

Yeni veya geleneksel medya toplumların düşünce ve kanaatlerinin oluşmasında büyük etkiye sahiptir. Suriyeli zorunlu göçmenler ile ilgili yapılan haberlerin bu açıdan oluşan algıda önemli derecede katkısı vardır. Haberler analiz edildiğinde en yaygın şekilde genelleştirici tanımlamalara yer verildiği görülmektedir. Bu neden ile Suriyeli kişilere bütün olumsuz eylemlerin etfedilmesi durumu görülmektedir. Ayrıca haberleştirilen durumlar ile ilgili “*enformasyon eksiltimi*” yapılmakta, bu nedenle okuyucunun objektif değerlendirme yapabilmesinin önüne geçilmektedir. Ele alınan haberlerde genellikle “*milliyetçi söylem*” hakimdir. Haberleştirilen durumlara yönelik varsayımsal tanımlayıcı ifadeler yer verilmiştir. Ayrıca yönlendirici, yargılayıcı, önyargılı ve ötekileştirici söylemlere de rastlanılmıştır.

Çok büyük bir sıklık ile yazılı medya haberlerinde göçmenler arasında en çok suriyeliler haberleştirilmekte ve temsil edilmektedir. Bu olumsuz temsil durumuna ek olarak “*biz ve onlar*”



karşılaştırması da görülebilmektedir. Olumsuz olaylarda Suriyeli göçmenler “Suriyeli” şeklinde nitelenirken, Türkiyeli kişiler “öfkeli kalabalık” şeklinde ifade edilmektedir.

Son olarak Suriyeli göçmenlerin temsiline bakıldığında “ekonomik bir yük” olarak gösterildiği durumu da anlaşılmaktadır.

Sağlık, barınma ve eğitim gibi sosyal harcamalar açısından bir yük olarak kabul gören Suriyeli zorunlu göçmenler, ayrıca doğum oranları açısından da toplum içerisinde “rahatsızlığa” neden olduğu vurgulanmaktadır.

Bu araştırmanın sonucunda, Suriyeli zorunlu göçmenlerin yazılı medya içinde olumsuz bir temsil durumuna sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu olumsuz durumun halk nazarında nasıl algılandığı veya ayrımcılık içeren davranışları ne ölçüde örgütlediği başka bir araştırmanın konusu olabilir.

Kaynakça

- Ajansı, A. H. (2017, 12 23). haberler.com. Retrieved from www.haberler.com:
(www.haberler.com/esed-rejimi-is-birlikleriyle-operasyonlarini-10378890-haberi/).
- Akgüngör, İ. (2017, 12 15). Milliyet. Retrieved from www.milliyet.com.tr:
<http://www.milliyet.com.tr/suriye-de-rejim-ile-oso-arasinda-dunya-2572949/>
- Bağımsız İletişim Ağı. (2018, 01 02). Retrieved from <https://m.bianet.org/bianet/insan-haklari/2953-multeci-siginmaci-gocmen-nedir>
- Balkan, A. (2014, 08 26). milliyet.com. Retrieved from www.milliyet.com.tr:
<https://www.milliyet.com.tr/gundem/korkudan-sokaga-cikamiyorlar-1930922>
- Çambay, S. (2019). Türkiye'deki Suriyeli mültecilerin dijital gazetelerdeki temsil sorunu. *Electronic Turkish Studies*, 14(1). 157-180
- Çelenk, S. (2010). Ayrımcılık ve medya. *Televizyon Haberciliğinde Etik*, 211-228.
- Çelik, H., & Halil, E. (2008). Söylem analizi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 27(27), 99-117.
- Erdoğan, M. M. (2015). Türkiye'deki Suriyeli Mülteciler- Toplumsal Kabul ve Uyum. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi.
- Göker, G., ve Keskin, S. (2015). Haber medyası ve mülteciler: Suriyeli mültecilerin Türk yazılı basınındaki temsili. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 12(41). 230-256
- Gölcü, A., ve Dağlı, A. N. (2017). Haber söyleminde 'öteki'yi aramak: Suriyeli mülteciler örneği. *Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 11(28), 11-38.
- Işık, T., ve Ata, A., (2021) Yeni medya iletişim süreçleri bağlamında insan hakları. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(27), 220-250.
- İnce, C., (2019). Göç kuramları ve Suriye göçü üzerine bir değerlendirme. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 11(18), 2579-2615.
- Kaypak, Ş., ve Bimay, M. (2016). Suriye savaşı nedeniyle yaşanan göçün ekonomik ve sosyo-kültürel etkileri: Batman örneği. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 6(1), 84-110.
- Kıratlı, S., & Narmanlıoğlu, H., (2020). Yeni Medyada Söylem Düşkünü Olarak Çocuk: Aylan Bebek Örneği.
- Kolukırık, S. (2009). Mülteci ve sığınmacı olgusunun medyadaki görünümü: Medya politikası üzerine bir değerlendirme. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 1-20.
- Kuçuradi, İoanna. (2011a). İnsan Hakları. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları.
- Kuçuradi, İoanna. (2011b). Etik. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları

- Kuçuradi, İoanna. (2013). Uludağ Konuşmaları. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları.
- Lortoğlu, C. (2019). " Beklenmeyen Misafir": Suriyeli mültecilerin Medyada Temsili (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi).
- Özgürlük Araştırmaları Derneği.(2017). "Liberal Perspektif: Analiz" Sayı:5, Nisan, Ankara
- Potter, W. J., & Byrne, S. (1998). *Media literacy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Sayın, Y., Usanmaz, A., ve Aslangiri, F. (2016). Uluslararası göç olgusu ve yol açtığı etkiler: Suriye göçü örneği. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 18 (31): 1-13.
- Shestack, J. J. (1998). The philosophic foundations of human rights. *Human Rights Quarterly*, 20(2), 201-234.
- Sozcu.com. (2017, 10 10). Retrieved from www.sozcu.com.tr:
<http://www.sozcu.com.tr/2017/yazarlar/emin-colasan/basimiza-acilan-suriye-belasi-2042822/>
- Sözleşmesi, C. (1951). Mültecilerin hukuki durumuna dair sözleşme
- Şen, F. (2017). Bir 'öteki' olarak mülteciler: Suriyeli mültecilerin anaakım ve alternatif medyada temsili. *Atatürk İletişim Dergisi*, 1(12), 27-42.
- Taylan, H. H., ve Arklan, Ü. (2008). Medya Ve Kültür: Kültürün Medya Aracılığıyla Küreselleşmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 86-94
- Uçak, O., (2017). Göç hareketleri ve medyada göçmen haberleri. *Yeni Medya Elektronik Dergisi*, 1(3), 242-254.
- Uzun, R., ve Asrak Hasdemir, T. (2017). Göçün temsili: Türkiye'deki Suriyeli göçmen kadınların medya sunumunun analizi. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 12(44), 263-272.
- www.hurriyet.com.tr. (2017, 12 24). Retrieved from <http://www.hurriyet.com.tr/suriyeli-55-asiretin-turkiye-bulusmasi-40689180>.
- www.libertedownload.com. (n.d.). Retrieved from www.libertedownload.com
- Yaniakit. (2017, 12 24). yeniakit.com.tr. Retrieved from www.yeniakit.com.tr:
<http://www.yeniakit.com.tr/haber/katliamci-esed-rejimi-turk-askeri-cekilsin-407348.html>.
- Yılmaz, T. (2015). Türkiye'nin "Misafirleri": Medyada "Suriyelilerin" Temsili.

SAĞLIKTA TESİS YÖNETİMİNİN AFET, ACİL DURUM VE RİSK YÖNETİMİ BOYUTLARIYLA İNCELENMESİ: GÜVENLİ HASTANELER

Umutcan ALTUN¹

Havva CEYLAN²

Özet

Sağlık tesislerinde risk yönetimi, hastalar, hastane personeli ve diğer ziyaretçiler için fiziksel ve psikolojik olarak olumlu bir etki bırakmayı hedefler. Bu amaçla, olası kazaların önlenmesi için tedbirler alınır, kayıplar ve harcamalar minimize edilir, ölümlerle sonuçlanabilecek herhangi bir kaza olmadan riskler en aza indirgenir, yasal standartlar sağlanır ve mevcut risk ve fırsatlar işletmenin fayda sağlayabileceği sonuçlara yönlendirilir. Afetler; çevrenin etkilenmesi, ruh sağlığı sorunları, göç hareketleri ve sağlık problemlerine yol açarak sağlığın tüm boyutlarını etkiler. Son dönemde dünyanın farklı bölgelerinde meydana gelen afetler; afetlerden sonra yapılan çalışmaların yanı sıra, afet öncesinde risklerin değerlendirilmesi ve zarar azaltma konularının da önemini vurgulamıştır. Afet ve acil durumlarda hizmet vermeye devam edebilen güvenli hastanelere ihtiyaç vardır. Bu durum ancak tesis yönetimi açısından hastanelerin güvenliğinin sağlanmasıyla mümkün olmaktadır. Yapılan çalışma derleme türünde bir çalışma olup, sağlık tesisi yönetiminde afet, acil durum ve risk yönetimi kavramlarının önemi vurgulanarak güvenli hastane kavramı açıklanmıştır. Risk, afet ve acil durum yönetimiyle ilgili her türlü faaliyetin bir bütün olarak ele alınması ve hastane yönetimi tarafından tesis yönetimi sürecine eksiksiz, etkili ve doğru bir şekilde entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Afet, Acil Durum, Risk, Tehlike, Güvenlik, Güvenli Hastane.

Jel Kodları: I18, I19, L74.

Alındığı Tarih: 25.05.2023 / Kabul Edildiği Tarih: 23.06.2023 / Açık Erişim Tarihi: 09.08.2023

¹ İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, umutcanaltun00@gmail.com Orcid: 0000-0003-2452-1137.

² Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, havvaceylan12@gmail.com Orcid: 0000-0001-8087-2746.

Examination Of Facility Management In Health With Disaster, Emergency And Risk Management: Safety Hospitals

Abstract

Risk management in healthcare facilities aims to have a positive physical and psychological impact on patients, hospital staff and other visitors. For this purpose, measures are taken to prevent possible accidents, losses and expenses are minimized, risks are minimized without any fatal accident, legal standards are provided, and current risks and opportunities are directed to results that the business can benefit from. Disasters affect all aspects of health by affecting the environment, mental health problems, migration movements and health problems. Recent disasters in different parts of the world; In addition to the studies carried out after disasters, emphasized the importance of pre-disaster risk assessment and mitigation. There is a need for safe hospitals that can continue to serve in disasters and emergencies. This is only possible by ensuring the safety of hospitals in terms of facility management. The study is a review-type study and the concept of a safe hospital is explained by emphasizing the importance of disaster, emergency, and risk management concepts in health facility management. It is recommended that all kinds of activities related to risk, disaster, and emergency management should be considered as a whole and integrated by the hospital management in a complete, effective, and correct way into the facility management process.

Keywords: Hospital, Disaster, Emergency, Risk, Danger, Safety, Safety Hospital.

Jel Codes: I18, I19, L74.

1. Giriş

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren (1970'lerden beri) bir sektör olarak görülen "tesis yönetimi" kavramı ulusal ve uluslararası ekonomide var olduğunu giderek kanıtlamaktadır. Bir tür "hizmet yönetimi işi" olarak tanımlanabilen bu kavram, işletmelerin temel işlerinin dışındaki yerine getirilmesi gereken diğer işleri bir araya toplamaktadır. Tesis yönetimiyle genel olarak paydaşlarla süren iletişimi geliştirme, işletmenin temel

uygulamalarının ve tesis yönetimi süreçlerinin etkinliğini iyileştirme, işletmenin çıktı kalitesini iyileştirme ve sistemler geliştirme amaçlanmaktadır. (Tanrıvermiş, 2020: 1-2).

Tesis yönetimi endüstrisi içerisinde ayrı bir uzmanlık alanı olarak yer alan sağlık tesisleri yönetimi ise eğitim, ofis binaları ya da sanayi işletmeleri gibi diğer sektörlerle göre bazı farklılıklar göstermektedir. Özellikle hastanelerde verilen hizmetin insan yaşamını doğrudan etkilemesi; devam etmekte olan süreçleri destekleyebilecek eksiksiz altyapıyı, yani eşsiz ve karmaşık yapıda olan hastanenin farklı tüm birimlerinin entegresini ve etkin yönetimini gerektirmektedir. Güvenli bir sağlık tesisi oluşturmak devamlı bir şekilde eğitimlere, tatbikatlara ve denetlenmeye bağlıdır (Tanrıvermiş & Canaz Sevgen; 2020: 23-24).

Yüksek riskli yapılar olarak değerlendirilen sağlık tesislerinin yönetiminde gerek hasta ve ziyaretçiler gerek tesis personeli için etkili bir risk yönetimi programı oluşturulması önemlidir. Sağlık hizmeti sunumu sürecinin olağan akışındaki muhtemel risk etmenlerinin yanı sıra sağlık tesislerinin bölgesel ya da ulusal düzeyde oluşabilecek afet ve acil durumlara yönelik de hazırlıklı olması gerekir. Söz konusu bu çalışmada da sağlık tesislerinin çeşitli tehlikeler karşısında bir nevi “hazır olma” durumu ele alınmıştır. Çalışmada; sağlık tesisi yönetiminde afet, acil durum ve risk yönetimi kavramlarının önemi vurgulanarak güvenli hastane kavramının açıklanması ve bu anlamda sağlık tesislerinin yönetsel faaliyetlerinde yer alan sağlık yöneticilerine bütünsel bir bakış açısı sağlanması amaçlanmaktadır.

2. Tesis Yönetimi

Tesis yönetimi disiplini, işyerlerinde artan karmaşıklık ve kullanıcı davranışları ile bina tasarımı arasındaki karşılıklı bağımlılığın anlaşılması üzerine 1970’li yıllarda ortaya çıkmıştır (Bascoul, Tommelein, Tillmann & Muxen 2018: 505). 1980’li yılların sonlarına doğru ise, dünya çapında kurulan profesyonel tesis yönetimi kurumları (örneğin, ABD’de Uluslararası Tesis Yönetimi Derneği, Japonya’da Japon Tesis Yönetimi Derneği, Birleşik Krallık’ta İngiliz Tesis Yönetimi Enstitüsü, Avustralya’da Avustralya Tesis Yönetimi Derneği, vb.) tesis yönetiminin artan önemini göstermiştir (Tay & Ooi, 2001: 357). Profesyonel tesis yönetimi kurumlarından biri olan Uluslararası Tesis Yönetim Derneği, tesis yönetimini “fiziksel işyerini, insanlarla ve kuruluşun işiyle koordine etme uygulaması” olarak tanımlarken, İngiliz Tesis Yönetimi Enstitüsü ise, “çok disiplinli faaliyetlerin yapıları çevre ile entegrasyonu ve bunların insanlar ve işyeri üzerindeki etkilerinin yönetimi” olarak tanımlamaktadır (Shohet & Lavy, 2004: 210).

Tesis yönetiminin birincil işlevi, stratejik ve operasyonel destek düzeylerinde kaynak yönetimidir. Mali, fiziksel, insan ve bilgi kaynaklarının yönetilmesi tesis yönetiminin merkezinde yer alan genel kaynak yönetimi türleridir. Tesis yönetimi hizmeti veren kurumlar, hizmeti alan işletmelerin ana faaliyetleri dışında kalan ve diğer yerine getirilmesi gereken faaliyetleri tek elden yürütmekte, hizmet ve kaynakların yönetimini sağlamaktadır. Bu sayede hizmeti alan işletmeler için kaliteli, bütünleşmiş ve verimli hizmet sunarak dış kaynak kullanımının temelini oluşturmaktadır (Nutt, 2000: 124; Tanrıvermiş, 2020: 1).

Tesis yönetimi genel olarak, işletmelerin hızla değişen dünyada rekabet etme yeteneğini başarılı bir şekilde geliştirmek amacıyla; binaların, sistemlerin, ekipmanların ve malzemelerin planlanması, tasarlanması ve yönetimi ile ilgili tüm çabaların koordine edilmesinden sorumludur (Becker, 1990: 311). Profesyonel iş anlayışı ve disiplini ile ele alınan tesis yönetiminin sorumluluk alanı oldukça geniş bir yelpazeye sahiptir. Söz konusu sorumluluk alanlarına bakıldığında ise iletişim altyapısı, konut gayrimenkulü stratejisi, yönetim ve kontrol, temizlik, yemek, güvenlik, idari ve mali işler, enerji yönetimi, teknik yönetim olmak üzere pek çok alanı kapsamaktadır (Erentürk, 2016: 22). Dolayısıyla tesis yönetimi, çeşitli faaliyetleri, sorumlulukları ve bilgileri içeren, maliyetlerin düşürülmesini, yönetimin etkinliğinin artırılmasını, kalitenin iyileştirilmesini hedefleyen ve destek hizmetlerine odaklanan çok disiplinli bir çalışma türü olarak ifade edilebilir (Viera & Katarina, 2018: 358).

Uluslararası Tesis Yönetim Derneği, tesis yönetiminin işlevlerini “yeterlilik” olarak ifade ettiği 11 maddeyle açıklamıştır. Bu 11 madde aynı zamanda tesis yönetiminin standardizasyonunun temelini oluşturmaktadır (Poper & Payant, 2014: 9). Buna göre maddeler;

- İletişim
- Acil durumlara hazırlık ve iş sürekliliği
- Çevresel yönetim ve sürdürülebilirlik
- Finans ve işletme
- İnsan faktörleri
- Liderlik ve strateji
- Operasyon ve sürdürme
- Proje yönetimi
- Kalite

- Gayrimenkul ve mülk yönetimi
- Teknoloji

Özetle, işletmelerde istenen çalışma ortamının sağlanabilmesi için tesis yönetimini talep edenler ile yukarıda bahsedilen işlevleri gerçekleştirerek bunları arz edenlerin kendi uzmanlık konularından yola çıkarak yeni çözümler üretmesi gerekmektedir. Küreselleşmenin getirdiği artan rekabet, en kârlı işletmeleri bile daha verimli, etkin, esnek, hızlı ve kaliteli üretime zorlamaktadır. Bu şartlar altında her türlü sorununu çözmüş olan işletmeler dahi gelecekte yaşayabilecekleri sorunlar için çözüm geliştirmek için çaba sarfetmektedir. Sonuç olarak, bu amaçla yapılan çalışmalar işletmeleri tesis yönetimi uygulamalarına doğru yönlendirmekte ve tesis yönetimi zamanla daha yaygın uygulama alanı bulmaktadır (Erentürk, 2016: 41-42).

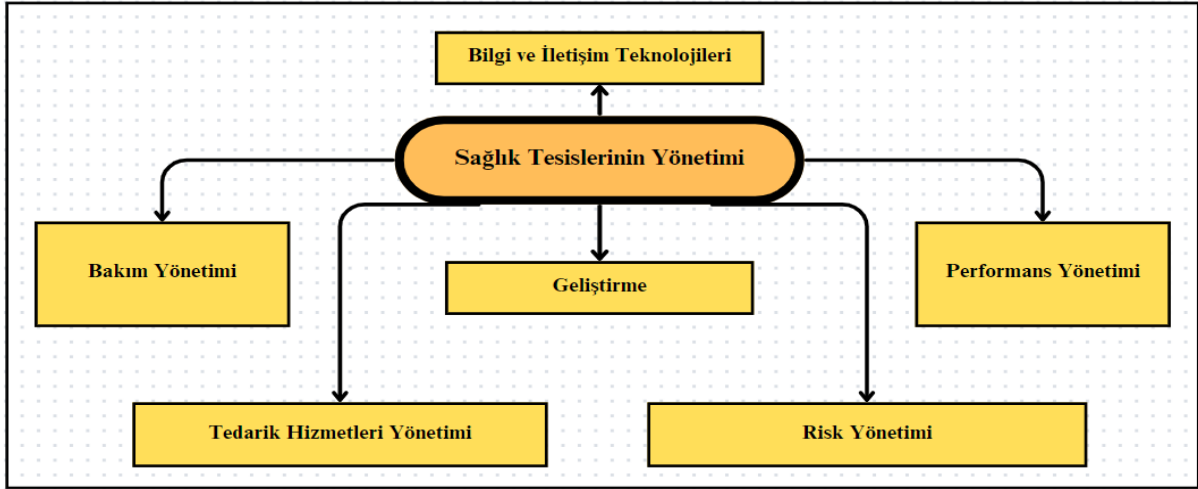
- Sağlıkta Tesis Yönetimi

Sağlık kurumları kesintisiz, karmaşık ve doğrudan insan hayatı ile ilgili hizmet sunmaları bakımından diğer işletmelerden büyük ölçüde ayrılmaktadır. Bu faktörler sağlık kurumları için istisnai çalışma koşulları yaratarak, çoğu ticari girişimin kârı maksimize etme hedefinden çok daha karmaşık bir dizi hedef ortaya çıkarmaktadır (Lennerts, 2009: 167). Özellikle hastanelerin en önemli beklentilerinden olan etkin ve verimli hizmet sunumu başta insan kaynakları olmak üzere, teknik ve fiziksel unsurları ile ciddi bir alt yapı gerektirmektedir (Kayral, Beylik & Orhan, 2016: 14). Dolayısıyla sağlık kurumlarını hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve çalışanlar için güvenli ve işlevsel hale getirebilmek için etkin bir tesis yönetimi sisteminin oluşturulması gerekmektedir (Karakuş, 2015: 10). Tesis yönetimi giderleri hastanenin toplam giderleri içerisinde %20-%30 arasında bir paya sahiptir. Sağlık kurumları için önemli olan ise kaliteden ödün vermeden bu maliyetlerin düşürülmeye çalışılmasıdır (Lennerts, 2009: 167).

Hastaneler açısından tesis yönetimi, klinik ve tıbbi teşhis hizmetlerinin sunumunu destekleyen ortamı yaratma çabasını ifade etmektedir, bu anlamda tıbbi ve sağlık hizmetlerinin tesis yönetiminin desteği olmadan yeterince sağlanması söz konusu değildir. Bu nedenle, tesis yönetimi sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde sunulması için önemli bir unsur olarak görülmektedir (Shohet & Lavy, 2004:212; Terzioğlu & Tanrıvermiş, 2020:33-34).

Sağlıkta tesis yönetimi Shohet ve Lavy (2004) tarafından altı temel alan kapsamında ele alınmış ve böylece sağlıkta tesis yönetimi için bütünleşmiş bir model sunulmuştur.

Şekil 1. Sağlıkta Tesis Yönetiminin Temel Alanları



Kaynak: Shohet, I.M. & Lavy, S. (2004). Healthcare facilities management: state of the art review. Facilities, 22 (7/8), 210-220.

Bakım Yönetimi: Yalnızca tercih edilen bakım politikasına göre farklı bakım faaliyetlerinin bütçelenmesi ve önceliklerinin belirlenmesini değil, aynı zamanda hizmet ömrü planlamasını da içerir.

Tedarik Hizmetleri Yönetimi: Tedarik hizmetleri yönetimi, temizlik, güvenlik, bahçıvanlık, yemek ve çamaşırhane gibi diğer hizmetlerin en iyi kombinasyonunu belirlemek anlamına gelir. Bu nedenle tesis yönetiminin, dış kaynak performansını izlemek ve analiz etmek için en iyi finansal düzenlemeleri bulması ve kurumsal öğrenme yoluyla değişimi özümsemesi gerekmektedir.

Geliştirme: Bu alan, bir tesisin orta ve uzun vadeli gelişimi ile ilgili çok çeşitli konuları kapsar. Stratejik uzun vadeli planlamayı, mevcut tesislerin iyileştirilmesini, rehabilitasyonu, yenilemeyi, yeniden modellemeyi ve yeniden inşayı içerir.

Performans Yönetimi: Performans izleme ve yönetimi, tesis sistemlerinin karakterizasyonunu sağlayacak nicel araçlarla yapılmalıdır, buna göre sayısal veriler kullanılarak kanıta dayalı standardizasyon sağlanmalıdır. Ayrıca, bir tesisin performansının diğer sağlık tesisleriyle karşılaştırılmasına ve bu şekilde her bir tesisin güçlü ve zayıf yönlerinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Bu prosedür, kamu veya özel sağlık tesisleri için uygun olacak çeşitli temel performans göstergelerinin tanımlanmasını ve karakterize edilmesini gerektirir.

Bilgi ve İletişim Teknolojileri: Sağlık tesis yönetimi alanında bilgi ve iletişim teknolojisi uygulamalarının geliştirilmesine yönelik ilgi ve ihtiyaç artmaktadır. Bu doğrultuda tesis yönetimi alanında yüksek performanslı bilgi erişim sistemleri oluşturmak amacıyla artırılmış

gerçeklik, çalışanların işle ilgili bilgilere hızlı bir şekilde ulaşım sağladığı akıllı bir ortam sağlamak adına kullanılan mobil cihazlar ve tüm bu akıllı sistemi hizmet sunulan binanın bütününe entegre eden bina bilgi modellemesi gibi araçlar kullanılmaktadır (Tanrıvermiş & Canaz Sevgen, 2020: 20-21).

Risk Yönetimi: Sağlık tesis yönetimi alanında bilgi ve iletişim teknolojisi uygulamalarının geliştirilmesine yönelik ilgi ve ihtiyaç artmaktadır. Bu doğrultuda tesis yönetimi alanında yüksek performanslı bilgi erişim sistemleri oluşturmak amacıyla artırılmış gerçeklik, çalışanların işle ilgili bilgilere hızlı bir şekilde ulaşım sağladığı akıllı bir ortam sağlamak adına kullanılan mobil cihazlar ve tüm bu akıllı sistemi hizmet sunulan binanın bütününe entegre eden bina bilgi modellemesi gibi araçlar kullanılmaktadır (Tanrıvermiş & Canaz Sevgen, 2020: 20-21).

Bununla beraber Uluslararası Tesis Yönetim Derneği'nin genel anlamda tesis yönetiminin standardizasyonunun temeli olarak ifade ettiği 11 yeterlilik, sağlıkta tesis yönetiminin altı temel alanı altında sınıflandırılabilir. Buna göre:

- 1- Bakım Yönetimi: Operasyonlar ve sürdürme,
- 2- Tedarik Hizmetleri Yönetimi: Çevresel yönetim ve sürdürülebilirlik,
- 3- Geliştirme: Liderlik ve strateji, proje yönetimi, kalite, teknoloji, gayrimenkul ve mülk yönetimi,
- 4- Performans Yönetimi: İnsan faktörleri, finans ve işletme,
- 5- Bilgi ve İletişim Teknolojileri: İletişim,
- 6- Risk Yönetimi: Acil durumlara hazırlık ve iş sürekliliği şeklindeki yeterlilikleri kapsamaktadır.

Uluslararası Tesis Yönetimi Derneği'ne (2020) göre, bu temel alanlar arasından genel olarak tesis yönetiminin merkezini risk yönetimi ve risk yönetiminin alt bir unsuru olarak ele alınan afet ve acil durumlara hazırlık konusu oluşturmaktadır (International Facility Management Association, 2020: 10). Bu kapsamda hastanelerin faaliyetlerinin devamlılığını sağlaması; etkili bir risk yönetimi sürecine hakim olunması ve bununla beraber de afet ve acil durumlara yönelik planlı ve hazırlıklı olunmasına bağlıdır. Bu nedenle sağlıkta tesis yönetimi konusu hastaneler için özellikle bu iki konu çevresinde ele alınmış ve açıklanmıştır.

3. Hastanelerde Risk

Tanım olarak risk, beklenmedik olayların yaşanabilme ihtimali şeklinde ifade edilebilmektedir. Herhangi bir işletmedeki faaliyetlerde veya süreçlerde riskin varlığı beraberinde oluşabilecek kazalara/hatalara yönelik etkili bir risk yönetimi gerektirmektedir.

Risk yönetimi; işletmenin hedeflerini gerçekleştirmek için güvenceler oluşturmak amacıyla potansiyel durum ve olayları belirleme, değerlendirme, yönetme ve kontrol sürecidir. Kurumlarda risk yönetimi kurumsal kaynakların verimli kullanıldığı haliyle ve bilimsel değerlere dayalı gerçekleştirilmelidir. Yeterli veriyle ve subjektif görüşlerden ziyade objektif görüşlerle etkin bir risk yönetimi süreci gerçekleştirebilir (Bozkurt, 2010: 19; Şenol, 2023: 36-37).

Kurumların veya bireylerin katlanacağı risklerin farklı nedenleri vardır. Bu nedenler aşağıdaki gibi özetlenebilmektedir (Emhan, 2009: 212):

- Metotsuzluk ve plansızlık
- Aşırı motivasyon
- İhmal ve gerekli araçların olmayışı
- Zaman baskısı
- Yönetici baskısı
- Küçük riskler karşılığında büyük kar beklentisi
- Çevresel etkiler

3.1. Hastanelerdeki Başlıca Risk Faktörleri

Hastanelerdeki başlıca risk faktörleri aşağıdaki gibi açıklanabilir (Yıldız, 2019: 63):

- **Fiziksel Faktörler:** Radyasyon / Lazer / Gürültü / Elektrik / Sıcak-Soğuk Hava / Kesici-Delici-Batıcı Cisimler
- **Kimyasal Faktörler:** Solventler / Anestezik İlaçlar / Kanser İlaçları / Antibiyotikler / Metal-Cıva / Temizlik Malzemeleri
- **Biyolojik Faktörler:** Enfeksiyonlar-Biyolojik Ajanlar (bakteriler, virüsler, mantarlar, parazitler, bulaşıcı vücut sıvıları) / Bulaşıcı Hastalıklar
- **Psikososyal Faktörler:** Vardiya / Gece Çalışması / Uzun Süre Çalışma / Stres / İş Yükü / Şiddet
- **Ergonomik Faktörler:** Güvensiz Donanım-Teçhizat / Düzensiz veya Uygun Olmayan Çalışma Alanları / Uygunsuz Vücut Duruşları (postür bozuklukları) / Uygunsuz Vücut Hareketleri

3.1.1. Fiziksel Risk Faktörleri

Sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında personelin maruz kalabileceği fiziksel risk faktörlerinin başında ısı, ışık ve gürültü gelmektedir. Bu risklerin önlemını sağlamak için tesisin yeterli aydınlık ve sıcaklığı sağlanmalıdır. Gürültü seviyeleri personelin sağlığını etkileyecek

seviyelere çıkabilmektedir. Tıbbi cihaz sesleri, yapılan anonslar ya da hastaların ve yakınlarının yüksek seslerle konuşması gibi etmenler gürültüyü artırabilmektedir. Aydınlatma sistemleri de gürültü gibi sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyip iş kazalarına sebebiyet verebilmektedir. Aşırı aydınlatmalar yorgunluğa sebep olurken yetersiz aydınlatmalar tıbbi hatalara sebep olabilmektedir (Solmaz & Solmaz, 2017: 150; Yıldız, 2019: 64).

Fiziksel risk faktörlerinden radyasyonun etkisini radyasyona maruz kalınan süre, doz ve sıklık gibi faktörler belirlemektedir. İyonize radyasyon akut veya kronik sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. İyonize radyasyon hücrelerde geri dönüşü olmayacak sorunlara neden olabilir ve kanser oluşumuna etkisi yüksektir. Hamilelik sürecinde radyasyona maruz kalmak ciddi sağlık sorunlarına neden olabileceği gibi bebeğin anne karnına ölümüne de neden olabilmektedir. Ameliyathanelerdeki taşınabilir röntgen cihazlarının kullanıldığı ve anjiyografi yapılan alanlar sağlık tesislerinin en tehlikeli alanlarıdır (Ağuş & Akbel, 2020: 234-325).

3.1.2. Kimyasal Risk Faktörleri

Dezenfektanlar, el antiseptik solüsyonları, lateks malzemeler ve bazı ilaçlar kimyasal risk faktörlerinden olup bunların depolanması, kullanımı ve birbirleriyle etkileşimi kontrol gerektirmektedir. Sağlık tesislerinde dezenfektan ve antiseptik olarak genellikle benzalkonyum klorür, borik asit, fenol ve krezol gibi maddeler kullanılmaktadır. Bu maddeler kontrollü kullanılmadığı takdirde alerjiden kansere kadar birçok sağlık sorununa yol açabilmektedir (Arsal Yıldırım & Gerdan, 2017: 42; Yıldız, 2019: 67).

3.1.3. Biyolojik Risk Faktörleri

Sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerden solunum, temas veya damlacık yoluyla bulaşabilen etkenler sağlık personeliyle birlikte personelin aileleri ve diğer hastalar için de tehlikelidir. Sağlık çalışanları için insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV), hepatit B (HBV) ve hepatit C (HCV) virüsleri bulaşma riski en yüksek olarak bilinen patojenlerdir. Suçiçeği, kabakulak, boğmaca, difteri, tüberküloz, kızamık ve kızamıkçık gibi diğer virüsler de biyolojik risk faktörlerine örnek verilebilecek hastalıklardır (Oral & Bekman, 2021: 168).

3.1.4. Psikososyal Risk Faktörleri

Sağlık çalışanının işteki çalışma hızı, işle ilgili nicel, duygusal ve zihinsel talepler, işe hakimiyet, kontrol, tanınma, takdir, örgüt kültürü, kişilerarası ilişkiler, işteki güvencesizlik ve diğer işin içeriğinden kaynaklanan benzeri etmenler sağlık tesislerindeki psikososyal risk faktörlerine örnek olarak gösterilebilir. Bu risk faktörleri diğer risk etmenlerinin aksine daha çok zihinsel sağlık için etkilidir. Bu risklere uzun süre maruz kalınması durumunda

kardiyovasküler hastalıkların yanı sıra psikiyatrik bozukluklar yaşanabilmektedir Psikososyal risk faktörlerinin yoğunlukta olduğu bir sağlık tesisinde motivasyon ve iş doyumunu azabilmekte; hastalara sunulan sağlık hizmetinin kalitesinde düşme ve verimsizlik yaşanabilmektedir (Tekin Epik & Öztürk, 2020: 452).

3.1.5. Ergonomik Risk Faktörleri

Sağlık işletmelerinde verilen hizmetlerin sürekli ve uzun olmasına bağlı olarak personelin bel ve sırt ağrılarının yanı sıra kas ve iskelet sistemi rahatsızlıkları oluşabilmektedir. Personelin bu sorunlara yönelik yakınmalarının çoğu hastaları kaldırma, indirme ve taşıma esnasında vücutlarını zorladıkları ve sık sık tekrarlanan hareketlerin etkisiyle oluşmaktadır. Tıbbi cihazların ağır olması ve taşınması da kas ve iskelet sistemi hastalıklarına yol açabilmektedir. Bunların dışında ofis ortamında çalışan bir personelin sandalye ve masasının ergonomik olmayışı ve uzun çalışma saatleriyle yoğun iş yükü gibi faktörler de ergonomik risk faktörlerine örnek olarak gösterilebilir (Buzak, Ağuş & Celep, 2019: 86).

3.2. Hastanelerde Risk Yönetimi

Nüfus artışı, bireylerin yaşam beklentisindeki artış ve yükselen yaşam standartlarıyla sağlık hizmetlerine ve tesislerine yönelik talepler giderek artmaktadır. Artan kentleşme ile daha karmaşık yapıda ve artan talebi karşılayabilecek düzeyde hastaneler kurulmaktadır. Bu hastaneler, matriks yapıda ve yoğun bir ortamda (çok sayıda hasta ve ziyaretçiye) hizmet sunmaktadır (Yousefli, Nasiri & Moselhi, 2017: 352). Bu talebi karşılamaya yönelik oluşturulan hastaneler -çağımızın en önemli kurumlarından olan sağlık işletmeleri- “yüksek riskli” yapılar olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmeti sunan işletmeler diğer sektör tesislerinin barındırdığı risklere ek olarak sağlık hizmeti süreçlerinin kendine has risklerini de yönetme mecburiyetindedir. Nitekim sunulan hizmetler insan sağlığıyla birebir ilgili olduğundan örgütsel/yapısal riskler sonucunda yaşanabilecek olası kayıplar risk yönetimi konusunu sağlık tesislerinde öncelikli hale getirmektedir (Akyürek, 2020: 163). Etkin bir risk yönetiminin kuruma sağladığı katkılar aşağıdaki şekildeki gibi özetlenebilir.

Şekil 2. Risk Yönetiminin Faydaları



Kaynak: Şenol, O. (2023). “Olağan Dışı Durumlarda Sağlık Yönetimi” Durmuş, A & Amarat, M (Ed.) Risk Yönetimi, 31-61 (Metin içi cümleler görselleştirilmiştir).

Risk yönetimi kalite yönetiminin bir parçasıdır ve sürdürülen faaliyetlerin olası ya da gerçek kurumsal kayıplarının sürekli değerlendirilmesini sağlamaktadır. Söz konusu bu kayıplar işletmeler için genel olarak güven veya maliyet kaybına neden olmaktadır. Risk yönetimiyle risklerin önlenmesi ve istenmeyen durumların etkisini azaltmak hedeflenmektedir. İşletmeler risk yönetimi sayesinde riskleri tanıma, analiz etme, değerlendirme, yaralanmaların sıklığını ve ciddiyetini azaltma ve aynı zamanda yüksek kaliteli hizmet sağlama süreçlerinin tümünü izlemeyi sağlayan planlar oluşturabilmektedir (İnce, 2008: 76). Hastanelerde risk yönetimiyle hastalar, hastane personeli ve hastaneye gelen diğer ziyaretçi kişiler için fiziksel ve psikolojik yönden olumlu etki bırakmak; oluşabilecek kazaların önüne geçmek amacıyla tedbirler almak; alınacak tedbirlerle kayıpları ve harcamaları minimize etmek; ölümle sonuçlanabilecek herhangi kazaya imkan vermeden tazminat giderlerini asgariye indirmek; yasal standartları sağlamak; mevcut risk ve fırsatları işletmenin fayda sağlayabileceği sonuçlara yöneltmek amaçlanmaktadır (Özcan, 2018: 17).

3.2.1. Hastanelerde Risk Yönetimi Süreci

Hastanelere yönelik değerlendirilecek olunursa risk yönetimi; sunulan sağlık hizmeti sürecinde olası risklerin etkisinin belirlenmesi, risk faktörlerinin azaltılması, hem hasta hem tesis güvenliğinin sağlanması ve yatırımların da geri dönüşüm olacak şekilde yönlendirilmesi

süreci olarak tanımlanabilir (Şenol, 2023: 37). Risk yönetiminde temel amaç varlıkların korunmasıdır ve bu süreçte genellikle izlenen dört adım vardır; bunlar riskin tanımlanması, riskin analiz edilmesi, riskin kontrolü ve riskin finansmanı olarak sıralanabilir. Bu adımlar aşağıdaki gibi özetlenebilir (Akyürek, 2020: 165-170):

3.2.1.1. Riskin tanımlanması

Risk yönetimi sürecinin ilk adımı olan riskin tanımlanması adımında işletmeye kayıp yaratma potansiyeline sahip olan sağlık bakım hizmetleriyle ilgili güncel ya da geçmiş olayların tespit edilmesi ve hakkında bilgi toplanması sağlanır. Risk tanımlama süreci tek seferlik ve durağan bir analiz süreci değildir. Genel vaka incelemeleri, hasta şikayetleri, mal ve kaza, çalışan dava ve şikayetleri gibi kaynaklar risk belirleme sürecinde değerli bilgiler sunabilmektedir (Akyürek, 2020: 165-170).

3.2.1.2. Riskin analiz edilmesi

Sağlık işletmelerinin maruz kaldığı risklerin gelirlere, toplumun işletmeye yönelik izlenimine ve çalışanların moraline olumsuz yansımalarını ortadan kaldırmaya ve sınırlandırmaya yönelik risk analizi gerçekleştirilmelidir. Bu adımda tanımlanmış bir riskle ilişkili potansiyel kaybın şiddetinin ne düzeyde olduğu ve söz konusu riskin gerçekleşme olasılığı belirlenir. Belirlenen etmenler risklerin ciddiyetini gösterir ve risk yöneticilerine uygun risk yönetimi planlamasına yönelik yardımcı olur (Akyürek, 2020: 165-170).

3.2.1.3. Riskin kontrolü

Risk kontrolü, sağlık işletmelerinin meydana gelen olaylar sonucunda maruz kalabileceği yükümlülükleri sınırlandırabilmek adına verilen örgütsel tepkilerdir. Temel amaçlar yönünden benzerlik göstermesinden dolayı sağlık işletmelerinde risk kontrolü güvenlik yönetimi ile denk kabul edilmektedir. Bir hasar veya risk tespitinde genellikle risk yönetimi, kalite değerlendirme ve güvenlik yönetimi alanlarının iş birliği sağlanmaktadır. Risk kontrolü adımında birçok teknik kullanılabilir, bunlardan bazıları; riski kabullenme, kaçınma, kayıp önleme, kayıp azaltma, ayırma ve akden devir (finansal kayıp risklerini bir sözleşme ya da sigorta teminatı ile başka bir kuruluşa aktarma) olarak örneklendirilebilir (Akyürek, 2020: 165-170).

3.2.1.4. Riskin finansmanı

Risklerin gerektiği gibi tazmin edilmesi için kayıpların ölçülmesi, risk yönetimiyle ilgili harcamaların geçmişe ve geleceğe dönük kapsamlı biçimde analiz edilmesi gerekmektedir. Bu

adımda risk kayıplarının finansmanı ile ilgili tüm faaliyetler yer almaktadır. Bu faaliyetler aşağıdaki gibidir (Akyürek, 2020: 165-170):

- Örgüt için maruziyet verilerinin toplanması ve koordinasyonu,
- Sigorta uygulamaları ile yenilemelerin koordinasyonu,
- Risk finansmanı ihtiyacına yönelik ilgili kişi ve kurumlar arası iş birliği sağlanması,
- Risk finansmanına yönelik seçenekler belirleme ve en iyi seçeneğin tespiti,
- Risk finansmanı planının izlenmesi ve değerlendirilmesi.

Hastanelerdeki hizmet farklılıkları, tesisin büyüklüğü, organizasyonel yapısı ve karmaşıklığına yönelik Risk Yönetimi Komitesi üyeleri ve yapısı belirlenmelidir. Türkiye'nin sağlık tesisleri yapısı göz önüne alındığında bu komitede genel müdür, idari direktör, medikal direktör, mali direktör, hemşirelik hizmetleri müdürü, kalite yöneticisi gibi operasyonel yöneticiler ile tesisin diğer birimlerinde yönetsel faaliyetlerde yer alan yöneticilerin ve tesis yönetimi bünyesinde oluşturulan komite başkanları yer almalıdır (Uslu, Yılmaz, Hancıoğlu & Gedikli, 2022: 1499-1500).

Sağlık işletmelerinde risk yöneticilerinin görev ve sorumlulukları çeşitlilik göstermektedir. Risk yöneticileri sağlık işletmelerindeki risk yönetimi programının temel işlevlerini gerçekleştirebilmek amacıyla gerek klinik faaliyetlerde gerek prosedürlerde ve tesis personelinin davranışlarında ihtiyaç duyulan değişiklikleri uygulamaya koyabilecek yetkiye ve itibara sahip olmalıdır. Risk yöneticileri genel olarak iki alanda yüksek sorumluluk almaktadır. Bunlar; “kayıp önleme ve azaltma” ile “şikâyet yönetimi” alanlarıdır (Akyürek, 2020: 179-180).

Risk yönetiminden sorumlu kişiler kayıp önleme ve azaltma görevi için vaka raporlama, tıbbi kayıt inceleme faaliyetlerini sürdürür ve etkililiği artırmak üzere kalite yönetimi, hemşireler ve diğer kilit bölümlerdeki personel arasında iş birliğini sağlamaya odaklanır. İstatistiksel raporları uygun kişilerle paylaşır, politika ve prosedür geliştirme noktasında katkı sağlar. Şikâyet yönetimi alanında ise mevcut veya olası şikâyetlerin ihbarı, şikâyet dosyalarının oluşturulması, inceleme talepleri ve anlaşmazlıkların çözümü gibi faaliyetlerde etkin rol alır (Akyürek, 2020: 179-180).

4. Hastanelerde Afet ve Acil Durum Yönetimi

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı'na (AFAD) göre afet; “*Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay.*” olarak tanımlanırken, acil durum; “*Büyük, fakat genellikle yerel imkânlarla baş edilebilen çapta, ivedilik gerektiren tüm durum ve hâller.*” olarak tanımlanmaktadır (AFAD, 2023).

İnsan kaynaklı (santral, nükleer vb.) ve doğa kaynaklı (sel, deprem vb.) tehlikeler tek başına afete yol açmamakta; bu tehlikeler toplumda eğitimsizlik, yanlış şehirleşme ve yoksulluk gibi sonuçlar doğurduğunda afet sayılabilmektedir. Tahmin edilemeyecek kadar ölüm, yaralanmalar ve sağlık problemleri ya da beslenme sorunlarına yol açabilecek şekilde çevrenin etkilenmesi, ruh sağlığı sorunları ve göç hareketleri afetin toplum sağlığı üzerindeki etkilerinin başında gelmektedir. Afetler sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal tüm boyutlarını çeşitli şekillerde etkilemektedir (İytemur & Tekeli Yeşil, 2020: 139). Afetlerin büyüklüğüne etki eden faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Erkal & Değerliyurt, 2009: 149):

- Fiziksel büyüklük
- Yoğun yerleşme bölgelerine uzaklık
- Fakirlik ve az gelişmişlik
- Hızlı nüfus artışı
- Tehlikeli alanlarda hızlı ve denetimsiz şehirleşme/endüstrileşme
- Çevrenin tahribi
- Bilgisizlik ve eğitim eksikliği
- Toplumun afetlere yönelik önceden alabildiği koruyucu ve önleyici önlemlerin ulaşabildiği seviye

Acil durum kavramının tanımından çıkarılabilecek nokta; meydana gelen olaylara en hızlı biçimde müdahale edilmesi gerektiğidir. Afet tanımındaki önemli nokta ise, afetin esasen bir olayın kendisi olmadığı; neden olduğu ölümler, yaralanmalar, bedensel-sosyal ya da maddi kayıplar gibi bir sonuçla karşı karşıya kalınması ve kesinlikle dış yardıma gereksinim duyulmasıdır. Buna göre afet yönetiminde görevli bireylerin ilk önceliği acil durumlara en hızlı ve en bilimsel yöntemlerle müdahale ederek durumun afete dönüşmesine engel olmaya çalışmak olmalıdır (Sonsuz, 2022: 281).

Türkiye’de ilk olarak 3 Ocak 2014 tarihinde Resmî Gazete’de yayınlanan Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) Belgesi’nde acil durumlar ve afetlerde görev alacak kamu/özel kurumlarının, sivil toplum kuruluşlarının ve bakanlıkların görevleri tanımlanmış; halk sağlığını korumak ve sürdürmek sorumluluğu da Sağlık Bakanlığına teslim edilmiştir. Kısa adıyla İL-SAP olarak bilinen İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planları ise TAMP Belgesi yürürlüğe girmeden önce afet ve acil durumlardan öncesi, sırası ve sonrasında sağlık hizmetlerinde uygulanması gerekenleri tarif eden bir rehber olarak bilinmektedir. Bu iki rehber niteliğindeki uygulamalara ek olarak 20 Mart 2015 tarihinde Hastane Afet ve Acil Durum Planları yönetmeliği (HAP) yayımlanmıştır. Yapılmış olan eğitimler ve tatbikatların ışığında alınan geri bildirimlere göre geliştirilen bir sonraki HAP sürümü 2021 Haziran ayında yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu rehberler en üstte TAMP, ikinci olarak İL-SAP ve son olarak HAP şeklinde bir aşama halinde sıralanabilir. Buna göre TAMP ulusal düzeyde, İL-SAP il düzeyinde ve HAP hastaneler düzeyindedir (Çiçekdağı & Bozkurt, 2022: 242-243).

HAP yönetmeliğine göre yataklı tedavi hizmeti sunulan hastanelerin afetlere yönelik tedbir almaları; meydana gelebilecek afet ve acil durumlar anında kesintisiz hizmet sunmaları gerekmektedir. “Altın zaman” olarak nitelendirilen afet sonrası ilk 72 saat boyunca hastanelerin kendi kaynaklarıyla yetinmelerini sağlayabilmek amacıyla bütün hastanelerin HAP oluşturması istenmiştir. Buna göre, tüm hastanelerin afet ve acil durumlara yönelik görev ve sorumluluk alacak kişileri belirlemeleri ve organizasyon şeması oluşturması gerekmektedir. Oluşturulan ekibin afetlere yönelik yetkinlikleri geliştirilmeli ve gerekli görülen eğitimleri sağlanmalıdır (Sarı & Cengiz, 2022: 123).

Hastane Afet ve Acil Durum Planları yönetmeliğinin ana hedefleri aşağıdaki gibidir (Sağlık Bakanlığı, 2021):

Hazırlık Aşamasında

- Standart işleyiş ve uygulama kurallarını oluşturmak,
- Paydaş birey ve kurumların afet ve acil durum sorumluluklarını belirlemek,
- Hastanelerin afet sonrası ilk 72 saat kendilerine yetebilmesi için gereken düzenlemeleri yapmak,
- Afete hazırlık düzeyini artırmak için devamlı olarak eğitim ve tatbikatlar düzenlemek

Afet Sırasında

- Anında, etkili ve uygun müdahaleler gerçekleştirmek,
- Rutin hizmetlerin aksamamasını sağlarken kritik hizmetlerin de kesintisiz sürdürülmesini sağlamak,
- Kaynakları etkin şekilde kullanmak,
- Gerekirse kapasiteyi artırmak.

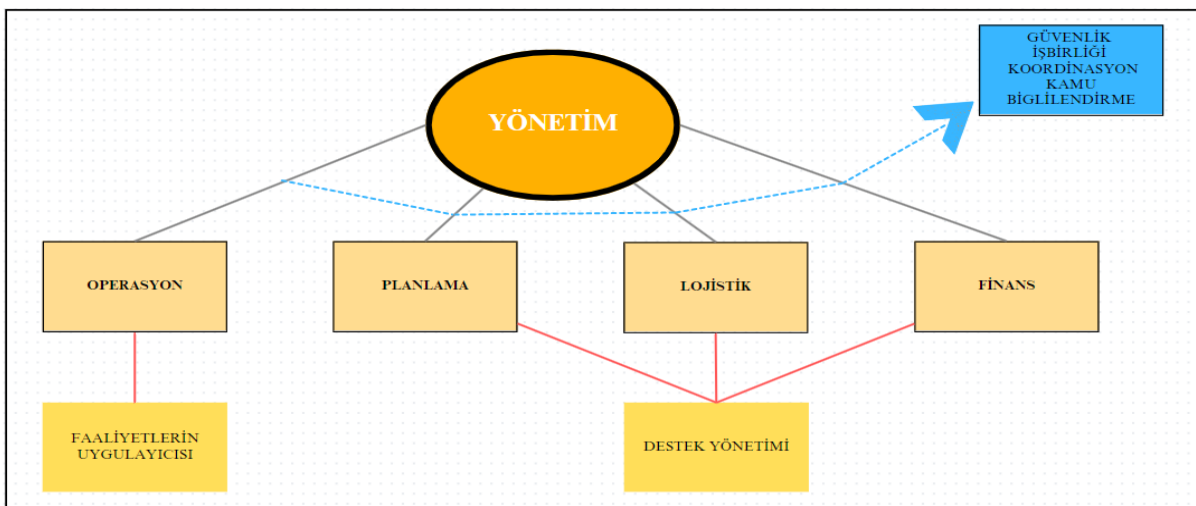
Afet Sonrasında

- Hastanenin normal (olağan) işleyişine hızlı bir biçimde geçişini yönetmek,
- Yönetmeliksel, fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve çevresel yönden iyileştirme gereken koşulları önceliklendirerek önlemler almak,
- Halk sağlığına ve genel sağlık müdahalesine yönelik temel çalışmalara katkı sağlamak.

- Hastane Olay Yönetim Sistemi

HAP yönetmeliğine göre hazırlanan Acil Müdahale Planı'nda (AMP) genel komuta sisteminin organize hali, farklı birim/servis ve teknik bakım görevlilerinin sorumluluklarının neler olduğu belirtilmelidir. Olay Yönetim Sistemi ile olay yönetim ekibi belirlenmelidir.

Şekil 3. Hastane Olay Yönetim Sistemi



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2021). Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu. Alınan Yer: <https://www.saglik.gov.tr/TR,1789/hastane-afet-ve-acil-durum-plani-hap-hazirlama-kilavuzu.html>. Erişim

Tarihi: 15.05.2023

Yukarıdaki şekil örnek bir Hastane Olay Sistemi diyagramını göstermektedir. Söz konusu diyagram hastanenin sunduğu hizmete ve büyüklüğüne göre şekillenebilir. Hastaneler kendi yapılarına uygun yönetim sistemlerini kurmalı ve her işlevin açıklamasının olduğu basit bir diyagram oluşturmalıdır. Diyagrama göre Hastane Olay Sistemi'nin beş temel fonksiyonu bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021):

- **Yönetim:** Tüm çalışanların yönetimini kapsamaktadır. Olay yönetimine yönelik tüm sorumluluğu üstlenmektedir. Olay Eylem Planı kontrolünden sonra yönetim onayı alınır ve uygulama başlar.
- **Planlama:** Durumla ilgili tüm bilgiler toplanarak analiz edilir. Geleceğe yönelik alternatif müdahale planlamalarıyla birlikte asıl müdahale planlanır. Kullanılan kaynaklar kayıt altına alınır.
- **Operasyon:** Durumla başa çıkmaya yönelik atılan adımların doğrudan uygulayıcısıdır. Olaya göre müdahale stratejileri değerlendirilir ve gerektiği takdirde Olay Eylem Planı geliştirmek ya da oluşturmak için geri bildirimler sağlanır.
- **Lojistik:** Tüm maddi kaynaklar olayla başa çıkmak için tedarik edilir. Tüm tesisler ve hizmetler operasyonlar için sağlanır.
- **Finans:** Finansal kaynakların sağlanması ve kullanımı düzenlenmektedir.

5. Güvenli Hastane

Son dönemlerde dünyanın farklı yerlerinde meydana gelen afetler ve ortaya çıkardığı zararlar, sadece afetlerden sonraki çalışmaları değil afet öncesinde değerlendirilmesi gereken risk ve zarar azaltma konularını da gündeme getirmiştir. Afetlere cevap vermek için tasarlanan ve toplumun kritik işlevlerinin ayrılmaz bir parçası olan hastanelerin afet ve acil durumlarında önemli bir yeri vardır (Canatan, 2020: 55). Afetler meydana geldiği zaman tüm toplumun sağlık durumunu etkilemektedir. Bu süreçte ihtiyaç duyulan ilk şey ise hızlı ve kesintisiz bir şekilde sağlık hizmeti sunumunun sağlanarak ortaya çıkabilecek can kayıplarının önlenmesidir. Bu nedenle afet ve acil durumlarda hizmet vermeye devam edebilen güvenli hastanelere ihtiyaç vardır. Bu durum ancak tesis yönetimi açısından hastanelerin güvenliğinin sağlanmasıyla mümkün olmaktadır.

Genel anlamda, hastaların, ziyaretçilerin, personelin ve sağlık altyapısına yapılan yatırımların tehlikelere karşı korunmasını sağlayan, afetlerde çalışmaya ve hayat kurtaran tıbbi

bakımı sağlamaya devam eden hastaneler, güvenli hastaneler olarak ifade edilebilir (World Health Organization, 2017:1).

Güvenli hastane programını oluşturan bileşenler Dünya Sağlık Örgütü tarafından 4 başlık altında incelenmekte ve açıklanmaktadır (World Health Organization, 2015: 7).

- **Politika, norm ve mevzuat:** Güvenli hastaneler kavramı kurumsallaştırılarak çerçevenin öğeleri, güvenli hastane yapılarını ve standartlarını ilgili tarafların rol ve sorumluluklarını tanımlayan politikalara ve yasalara yansıtılır. Standartların etkili bir şekilde uygulanması, maksimum fayda için kritik öneme sahiptir. Hastane akreditasyonu da dahil olmak üzere ilgili stratejilerin kalite kontrol önlemlerinin bir parçası haline getirilmesinin yanı sıra düzenli bir izleme ve raporlama sisteminin kurumsallaştırılması bağlılık, hesap verebilirlik ve eylemlerin sürdürülebilirlik düzeyini artırmaya yardımcı olacaktır (World Health Organization, 2015: 7).
- **Koordinasyon ve hizmet sunumu:** Güvenli hastanelerle ilgili eylemler, birden çok sektörden ve ortaktan girdi gerektirmektedir. Farklı ortakları bir araya getirilmesi, programa yön verilmesi, acil durumlara ve afetlere hazırlıklı olunması için kapsamlı bir planlama, uygulama ve takip yaklaşımı yani güçlü koordinasyon mekanizmaları gereklidir (World Health Organization, 2015: 7).
- **Kaynak yönetimi:** Hastaneler, tehlikelere karşı koyarken etkili bir şekilde çalışabilen ekipman ve malzemelerle birlikte güvenli bina tasarımına ve inşasına ihtiyaç duyar. Bununla birlikte yetkin, eğitilmiş ve nitelikli iş gücü, güvenli hastanelerin temel şartıdır. Kapasite geliştirme ve etkin insan kaynakları yönetimi, acil durumlarda hastanelerin ve tüm sağlık sisteminin işlevselliğinin devam etmesini sağlar (World Health Organization, 2015: 7).
- **Bilgi yönetimi:** Güvenli hastane programı, hastaneleri tehdit eden risklere ve hastaneleri güvenli kılmaya yarayan önlemlere ilişkin kanıtlara dayanmalıdır. Teknik, politik, insani ve mali kaynak konularını ele alan sürekli izleme ve değerlendirme, bir kriz olayından sonra standart prosedürlerin bir parçası olarak yürütülmelidir. Güvenlik, hazırlık, destekleyici politikalar, standartlar ve eğitim ile ilgili gelecekteki iyileştirmeleri beslemek için geçmişteki acil durumlar ve felaketlerden dersler alınmalıdır (World Health Organization, 2015: 7).

- Hastane Güvenlik Endeksi

Güvenli hastanelere doğru ilerlemenin önemli bir unsuru, Hastane Güvenlik Endeksinin geliştirilmesi ve uygulanmasıdır. Hastane Güvenliği Endeksi, 2008 yılında Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından çeşitli alanlarda ulusal uzmanların katkılarıyla geliştirilmiş ve yayımlanmıştır. Hastane Güvenlik Endeksinin geliştirilmesinin ardından 3500'den fazla tesisin güvenliğini değerlendirmek için kullanılmış, birçok ülkede kabul görmüş ve uygulanması sağlanmıştır (Canatan, 2020: 58).

Hastane Güvenlik Endeksi, bir hastanenin acil durumlarda ve felaketlerde işlevselliğini koruma olasılığını değerlendirmeyi sağlayan hızlı ve düşük maliyetli bir araçtır. Değerlendirme, bir hastanenin güçlü ve zayıf yönleri hakkında faydalı bilgiler vermekte ve hastanenin güvenliğini, acil durum ve afet yönetimi kapasitesini geliştirmek için gereken eylemler hakkında yön göstermektedir (Akdağ, 2019: 24). Hastanelerin doğası gereği güvenli olması beklenirken özellikle acil durum ve afetlerin yaşanmasının ardından hastanelerin beklenen güvenli ortamı sağlayamaması söz konusu olabilmektedir. Dolayısıyla, öncelikle güvenli hastane yaratma vizyonunun benimsenerek bu vizyonu gerçekleştirmeye yönelik adımlar atılması yani hastanelerin bu konuda hangi noktada olduğunun değerlendirilmesi ve eksikliklerin giderilmesi çok önemlidir.

Hastane Güvenlik Endeksi, bir ülke veya bölgede bulunan hastanelerin güvenlik durumunun karşılaştırılmasını sağladığı için hangi hastanelerin sağlık sisteminin işleyişini geliştirmek için kaynak yatırımına ihtiyaç duyduğunu göstermesi bakımından da ayrıca faydalıdır (Canatan, 2020: 59).

- **Güvenli Hastane Kontrol Listesi:** Güvenli Hastane Kontrol Listesi, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO) tarafından, 1970'ler sonrasında Orta ve Güney Amerika'da hastanelerin karşılaştığı ağır afetler sonucu yaşanan kayıp ve zararlar dikkate alınarak, hastanelerin daha güvenli, afetlere daha dayanıklı ve müdahaleye daha hazırlıklı olmasını desteklemek adına başlatılan ve uluslararası katılım sonucu geliştirilen Hastane Güvenlik Endeksi çalışmasında kullanılan değerlendirme formlarından yola çıkılarak hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021:294)

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışması 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, hastane ile ilgili genel bilgiler ile ilişkili olan 14 maddelik bir formdur. İkinci bölümde ise dört başlık (modül); hastanenin güvenliğini ve afet/acil durum yönetimindeki rolünü etkileyen

tehlikeler, yapısal güvenlik, yapısal olmayan güvenlik, afet ve acil durum yönetimi olmak üzere 151 madde yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı,2021:295).

En nihayetinde, doğal afetleri önlemek mümkün değildir fakat olaylar gerçekleşmeden önce alınan tedbirler ve yapılan planlar ile zararları azaltmak, asgari düzeye indirmek ve hizmet kalitesini yükseltmek mümkün olmaktadır. Bunun için ise hastane yöneticilerinin bu konularda bilgili, deneyimli ve tedbirli, hastanelerin ise hazırlıklı olması gerekmektedir (Mete, Ceylan & Tatlıoğlu, 2020:99). Acil durum planlaması, personel eğitimi ve tatbikatları gibi uygulamalar hastanenin riskleri yönetme ve etkili bir şekilde yanıt verme kapasitesini geliştirmeye yardımcı olmaktadır (WHO, 2017:1). Güvenli Hastane Kontrol Listesi, afetlere karşı ön değerlendirme bilgisi sunar ve bu tür araçlar, hastanelerin afet öncesinde hangi seviyede olduğunu belirlemede yol gösterici olmaktadır. Bu nedenle, Güvenli Hastane Kontrol Listesi, afetlerde risk yönetiminin ve tesis yönetiminin önemli bir parçası olarak değerlendirilebilir (Kıymış & Kaya, 2019:436).

6. Tartışma ve Sonuç

Afet, acil durum ve risk yönetimine yönelik yakın dönemde yaşanan Covid-19 salgın mücadelesi örnek alınabilir. Akdoğan ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışmaya göre pandeminin başında polikliniklerdeki hasta sayısında azalma görülmüş ve buna göre gelir seviyesinde azalma yaşanmıştır. Yalnızca salgın hastalıklara yönelik hizmetler veren sağlık işletmelerinde ise hasılatlarda artış olduğu gözlemlenmiş, fakat hastaların çoğu sosyal güvenlik güvencesi kapsamında olduğu için nakit hasılatında ve nakit akışında kesintiler yaşandığı görülmüştür (Akdoğan, Doğan & Çetinkaya, 2021'den aktaran Yurtlu & Erkan, 2023). Bu çalışmaya göre finansal risk boyutuna etkisi değerlendirildiğinde risk yönetim sürecinin bir parçası olan ve “riskin kontrolü” başlığı altında açıklanan “akden devir” (finansal kayıp risklerini bir sözleşme ya da sigorta teminatı ile başka bir kuruluşa aktarma) kavramının önemi vurgulanabilir. Nitekim nakit akışlarındaki kesintiler tıbbi teçhizat tedarikinde sorunlara yol açabilmektedir. Bu riskin giderilmesi için hastanelerin risk finansman ihtiyaçlarının belirlenmesi ve ilgili kişi veya kurumlarla iş birliği sağlanması önerilmektedir.

Bu çalışmada açıklandığı üzere hastanelerdeki başlıca risk faktörlerinden biri de psikososyal risk faktörleridir. Psikososyal risk faktörlerinin yoğun olduğu bir hastanede sağlık çalışanlarının sunduğu sağlık hizmetlerinin kalitesinde düşüş ve verimsizlik yaşanabilmektedir. Covid-19 pandemisi de tüm boyutlarıyla en çok sağlık çalışanlarını etkilemiştir. Salgın hastalıklar gibi afet anlarında görev almak sağlık çalışanları için tatmin edici olduğu kadar

bakım verdikleri bireylerin hastalık veya ölüm sürecine eşlik etmeleri ve acılarına eşlik etmeleri gibi durumlardan dolayı sağlık çalışanlarının ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmekte ya da travmalar yaşamalarına sebebiyet verebilmektedir (Hiçdurmaz & Üzar-Özçetin, 2020). Elbay ve arkadaşlarının (2020) pandemi döneminde hekimlerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine yönelik yapmış olduğu çalışmada; örnekleme yer alan hekimlerin %64,7'sinde depresyon, %51,6'sında kaygı ve %41,2'sinde stres belirtileri görüldüğü tespit edilmiştir (Elbay, Kurtulmuş, Arpacıoğlu & Karadere; 2020). Ayrıca Işık ve arkadaşlarının (2021) hemşire (%30,8) ve hekimlerden (%69,2) oluşan katılımcıların pandemi dönemindeki ruh sağlığını incelemek üzere yaptıkları çalışmada; katılımcıların %54,2'sinde depresyon, %26,3'ünde anksiyete, %20,8'inde uykusuzluk ve %8,8'inde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri görülmüştür (Işık, Kırılı & Özdemir, 2021). Sağlık çalışanlarının özellikle afet anlarında ruh sağlıklarının korunması daha uzun süreli, verimli ve kaliteli hizmet verilmesi açısından önemlidir. Birçok ülkede büyük etki ve kötü sonuçlar doğuran Covid-19 pandemisinden çeşitli sağlık politikaları dersleri çıkarılmıştır. Bu kötü sonuçların psikososyal etkilerini en aza indirmek için hastanelerde yeterli düzeyde kişisel koruyucu ekipmanları bulundurulmalı, ekipmanların kullanımıyla ilgili eğitimler düzenlenmeli, gerekli görüldüğünde sağlık çalışanları psikososyal destek alabilmeli ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığına yönelik araştırmalar yapılmalıdır.

Tehlikelere karşı koyabilmek adına hastaneler etkili bir şekilde çalışabilen ekipman ve malzemelerle güvenli bina tasarımına ve inşasına ihtiyaç duymaktadır, bu anlamda acil durum ve afet anlarında kaynak yönetimi önemli alt başlıklardandır. Pandemi döneminde tüm dünyada sağlık kapasitesi üzerinde ciddi yükler meydana gelmiştir. Salgının zirve yaptığı zamanlarda yoğun bakım ve solunum cihazları gibi ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapasitelerinde ciddi ihtiyaçlar tespit edilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı bu dönemlerde afet yönetimine yönelik karantina alanı olarak kullanılacak sağlık tesisleri belirlemiştir. Örneğin sahra hastanelerinin oluşturulması atılan adımlardan biridir. 11 Şubat 2020 tarihinde her biri 50 yataklı olmak üzere toplamda 48 sahra hastanesi gerekli durumlarda kullanılmak üzere hazır hale getirilmiştir (Koçak & Sarı, 2021).

Yakın dönemdeki Covid-19 pandemisinin yanı sıra Türkiye'de 6 Şubat 2023'te 9 saat arayla gerçekleşen ve merkez üsleri Gaziantep ve Kahramanmaraş olan depremler acil ve afet yönetimi konularına tarihten en yakın örnektir. Depremler 11 ilde 62 ilçe ve 10 bin 190 köyde yıkıma yol açmıştır (Türkiye Cumhuriyeti İletişim Başkanlığı, 2023a). Yine sağlıkta tesis yönetimine yönelik "sağlık kapasitesi" açısından incelendiğinde 10 ilde 77 sahra hastanesi

kurulduğu bilinmektedir. Ayrıca gönüllü başvurular sonucunda sağlık çalışanları deprem bölgelerinde görevlendirilmiştir. (Türkiye Cumhuriyeti İletişim Başkanlığı, 2023b; Sağlık Bakanlığı, 2023). Acil sağlık hizmeti sunulan bu tesislerde depremedelere ilk müdahaleler gerçekleştirilmiş ve cerrahi operasyonlar da sağlanabilmiştir. Sağlık durumu riskli olan depremedeler ise helikopterlerle bölgedeki hastanelere sevk edilmiştir (TRT Haber, 2023).

Qu ve arkadaşları (2023) deprem bölgesinde yer alan ve yatak sayıları 25 ile 1130 arasında değişen toplamda 12 devlet hastanesinin sismik hasarını ortaya koymuştur. Çalışmaya göre 12 hastanenin 3'ünde hizmete erişimin olmadığı görülmektedir. Bu 3 hastane sırasıyla 1968 yılında inşa edilen İskenderun Devlet Hastanesi, 1994 yılında inşa edilen Erzin Devlet Hastanesi ve 2001 yılında inşa edilen Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi'dir. İncelemeye alınmış olan hastaneler içinde geri kalan 9'unun da Türkiye'deki binalar için sismik tasarım yönetmeliğinin büyük bir iyileşmeye uğradığı 2001 yılından sonra inşa edildiği bilinmektedir (Qu, Wang, Chen, Wang & Zhou, 2023). Buna göre sağlık tesislerinin bina tasarımında planlama yapılırken temel prensiplere bağlı kalınmalıdır. Özellikle Türkiye'nin birçok bölgesinin deprem açısından riskli olduğu düşünüldüğünde afet ve acil durumlarda sağlık hizmetinin devamlılığı için sağlık tesislerinin ayakta durabilen sağlam yapılar olarak inşa edilmesi gerekir. Her türlü afet durumunda hizmet sunumundaki sürdürülebilirlik için sağlık tesislerinin fiziki yapısındaki uygunsuzluklar tespit edilerek bakım, onarım ve periyodik kontrolleri gerçekleştirilmelidir.

Sağlıkta tesis yönetimi hastanelerin etkili, verimli ve kesintisiz hizmet sunumunu destekleyerek hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları için güvenli bir ortam yaratır. Bu güvenli ortamın yaratılması hizmet sunumunun olağan akışındaki kritik rolünün yanı sıra bu çalışmada ele alındığı üzere olağandışı durumlarda da kritik bir role sahiptir. Hastanelerde olağandışı durumlara risk yönetiminin iyi bir şekilde gerçekleştirilememesi, afetlerin ve acil durumların meydana gelmesine sebebiyet verebilmektedir. Hastanenin iş sürekliliğini sağlamak adına riskin tanımlanması, analiz edilmesi, kontrolü ve finansmanının sağlanması şeklinde sıralanan risk yönetimi süreci hastanelerde olağandışı durumları önlemek adına proaktif bir yaklaşımı temsil eder. Hastane afet ve acil durum yönetimi ise olağandışı durumlara hastanelerin etkili bir şekilde yanıt verebilmesini ve böylelikle toplum sağlığını korumayı hedefler. Bir hastanede risk, afet ve acil durum yönetiminin başarıyla sürdürülmesi olağandışı durumlarda hastanenin fiziksel, ekonomik ve beşerî kayıpları (hastalar, sağlık çalışanları) minimize etmesini sağlamaktadır. Her ne kadar hastanelerin bu yönetim süreçlerini başarıyla gerçekleştirdiği ve güvenli bir ortam yarattıkları düşünülse de dünya çapında yaşanan bazı



olaylar hastanelerin güvenliği konusunun sorgulanmasına ve bunun devamında Güvenli Hastane kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Güvenli Hastanelerin yaratılmasına ilişkin uygulamalar ise Hastane Güvenlik Endeksi ve Güvenli Hastane Kontrol Listesinin geliştirilmesiyle pratik kazanmıştır.

Türkiye’de risk, afet ve acil durum yönetimiyle ilgili hastanelere genel çerçeve ve yol çizmekte yardımcı olan çeşitli kılavuzlar ve yönetmelikler mevcut olmakla birlikte bu konuyla ilgili esas nokta bu kılavuzların, yönetmeliklerin ve bu kapsamda oluşturulan Hastane Afet ve Acil Durum Planının, Hastane Güvenlik Endeksinin ve Güvenli Hastane Kontrol Listesinin hastane yönetimi tarafından tesis yönetimi sürecine eksiksiz, etkili ve doğru bir şekilde entegre edilmesidir.

Güvenli bir hastane yaratmaya yönelik bu tür çalışmaların sadece teorik olarak ifade edilmesi yeterli olmamaktadır. Bu çalışmalardan optimum düzeyde fayda elde edilmesi; sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin eğitim yoluyla bu süreçlere ilişkin bilinç düzeyinin devamlı olarak artırılmasına, risk, afet ve acil durum yönetimine ilişkin her türlü faaliyetin bir bütün olarak görülmesine ve bu süreçlerin tatbikat ve denetime tabi tutulmasına bağlıdır.

Son olarak hastanelerin ulusal, bölgesel ve kendi tekellerinde risk, afet ve acil durum yönetimiyle ilgili hangi noktada olduklarını belirlemeye yönelik gerçekçi SWOT analizlerinin yapılması ve araştırmacılar tarafından raporlanarak sunulması da hesap verilebilirlik açısından önemlidir.

Kaynakça

- AFAD, (2023). Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. Alınan yer <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu>, Erişim Tarihi: 12.05.2023.
- Ağuş, M. & Akbel, E. (2020). Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Risk Etmenlerinin Değerlendirilmesi. *Ohs Academy*, 3(3), 230-237.
- Akdağ, G.C. (2019). *Afet ve Acil Durum Yönetiminde Kaiser Tehlike Ve Zarar Görebilirlik Analiziyle Güvenli Hastane Kavramının İncelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi]. YÖK Açık Bilim / <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/377623>
- Akdoğan, N., Doğan, D. & Çetinkaya, N. (2021). *COVID-19 Salgının Sektörlere Etkisine İlişkin Bulguların Toplu Olarak Değerlendirilmesi*. Ankara: Gazi Kitapevi.
- Akyürek, Ç. E. (2020). "Sağlıkta Tesis Yönetimi" Demir Uslu, Y (Ed.), *Sağlık Tesislerinde Risk Yönetimi*, 163-183. İstanbul: Nobel.
- Arsal Yıldırım, S. & Gerdan, S. (2017). Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamındaki Mesleki Riskleri. *Hastane Öncesi Dergisi*, 2(1), 37-49.
- Bascoul, A. M., Tommelein, I. D., Tillmann, P. & Muxen, S. (2018). Towards Facility Management Participation in Design: A UCSF Case Study. *26th Annual Conference of the International Group for Lean Construction*, 505-515. Hindistan.
- Becker, F. (1990). *The Total Workplace* (1. Baskı), New York: Van Nostrand Reinhold.
- Bozkurt, C. (2010). Risk, Kurumsal Risk Yönetimi ve İç Denetim. *Denetim*, (4), 17-30.
- Buzak, A., Ağuş, M. & Celep, G. (2019). Sağlık Çalışanlarında Ergonomik Risklerin Değerlendirilmesi. *Uşak Üniversitesi Fen ve Doğa Bilimleri Dergisi*, 3(2), 84-90.
- Canatan, H. (2020). Afetlerde Sürdürülebilir Sağlık Hizmetleri İçin Güvenli Hastane Kavramının Önemi Üzerine Bir Araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7 (1), 55-60.
- Çiçekdağı, H. İ. & Bozkurt, Ö. (2022). Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP): 2015 ve 2021 Hazırlama Kılavuzu Karşılaştırmalı Analizi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 241-251.

- Elbay, R. Y., Kurtulmuş, A., Arpacıoğlu, S. & Karadere, E. (2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry research*, 290, 113130.
- Emhan, A. (2009). Risk Yönetim Süreci ve Risk Yönetimde Kullanılan Teknikler. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(3), 209-220.
- Epik, M. T. & Öztürk, M. Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Riskler. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25(4), 451-467.
- Erentürk, M. K. (2016). *Dış Kaynak Kullanımı İle Tesis Yönetiminin Konutlardaki Yaşam Kalitesine Katkıları Ve Bir İnşaat Firması Üzerinde Çalışma* [Doktora Tezi, Haliç Üniversitesi]. YÖK Açık Bilim/ <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/90363>
- Erkal, T. & Değerliyurt, M. (2009). Türkiye’de afet yönetimi. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 14(22), 147-164.
- Hiçdurmaz, D. & Üzar-Özçetin, Y. S. (2020). Covid-19 Pandemisinde Ön Safta Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Sağlığının Korunması ve Ruhsal Travmanın Önlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(Özel Sayı), 1-7.
- International Facility Management Association (IFMA). (2020). 11 Core Competencies of facility management. Alınan yer https://ifmacdn.azureedge.net/sfcdn/docs/default-source/marketing/pd-pages/11-core-competencies_oct2020.pdf?sfvrsn=2, Erişim Tarihi: 13.06.2023
- Işık, M., Kırılı, U. & Özdemir, P. G. (2021). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 32(4).
- İnce, B. S. (2008). Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 24(3), 73-81.
- İytemür, A. & Yeşil, S. T. (2020). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Afet Ve Acil Durum Planları İle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(2), 138-148.
- Karakuş, M. (2015). *Hastanelerde Tesis Yönetimi ve Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma* [Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi]. YÖK Açık Bilim / <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/566835>
- Kayral, İ. H. Beylik, U. & Orhan, F. (2016). Hastane Standartlarının Çok Boyutlu Kalite Analizi: Bir Standart Seti Örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(1), 6-16.

- Kıymış, İ. & Kaya, A. A. (2019). Afetlerde Güvenli Hastaneler ve Derecelendirilmesi: Gümüşhane İli Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (4), 424-437.
- Koçak, H. & Sarı, B. (2021). Türkiye’de Covid-19 İle Mücadele Sürecine Afet Yönetimi Açısından Bir Yaklaşım. *Resilience*, 5(1), 37-49.
- Lennerts, K. (2009). “Facility management of hospitals”. Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B. & Mckee, M (Eds.), *Investing in hospitals of the future*, 167- 186. United Kingdom: The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Mete, M., Ceylan, B. & Tathoğlu, G. (2020). Hastanelerde Tesis Güvenliği ve Önemi. *Bandırma On Yedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2 (2), 80-102. doi: 10.46413/boneyusbad.739212
- Nutt, B. (2000). Four Competing Futures For Facility Management. *Facilities*, 18(3/4), 124-132. doi: 10.1108/02632770010315670
- Oral, T. Y. & Bekman, F. B. (2021). İnsan Sağlığı Hizmetleri Çalışanlarının Maruz Kaldığı Meslek Hastalığı Etkenlerinin İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında İncelenmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 160-178.
- Özcan, N. (2018). Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 2(1), 15-24.
- Poper, K. O. & Payant, R. P. (2014). *The Facility Management Handbook* (4. Baskı), New York: American Management Association.
- Qu, Z., Wang, F., Chen, X., Wang, X. & Zhou, Z. (2023). Rapid Report Of Seismic Damage To Hospitals In The 2023 Turkey Earthquake Sequences. *Earthquake Research Advances*, 100234.
- Sağlık Bakanlığı (2021). Hastane Afet ve Acil Durum Planı (Hap) Hazırlama Kılavuzu. Alınan yer <https://www.saglik.gov.tr/TR,1789/hastane-afet-ve-acil-durum-plani-hap-hazirlama-kilavuzu.html>, Erişim Tarihi: 15.05.2023.
- Sağlık Bakanlığı (2023). Alınan yer <https://www.saglik.gov.tr/TR,94838/saglik-bakani-kocadeprem-bolgelerindeki-saglik-hizmetlerine-iliskin-son-durumu-paylasti.html>, Erişim Tarihi: 12.06.2023
- Sarı, M. E. & Cengiz, S. (2022). Hastane Afet ve Acil Durum Planı Eğitim, Hazırlık Düzeyi ve Çalışanların Bilgi Seviyelerinin Tespit Edilmesi: Antalya İli Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 122-132.

- Shohet, I.M. & Lavy, S. (2004). Healthcare Facilities Management: State Of The Art Review. *Facilities*, 22 (7/8), 210-220. doi: 10.1108/02632770410547570
- Solmaz, M., & Solmaz, T. (2017). Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 147-156.
- Sonsuz, A. A. (2022). “Sağlık Kurumları Yönetimi” Demir Uslu, Y (Ed.), *Afet ve Acil Durum Yönetimi ve Pandemi Koşullarında Planlama*, 281-291. İstanbul: Nobel.
- Şenol, O. (2023). “Olağan Dışı Durumlarda Sağlık Yönetimi” Durmuş, A & Amarat, M (Ed.), *Risk Yönetimi*, 31-61.
- Tanrıvermiş, H & Canaz Sevgen, S. (2020). “Sağlıkta Tesis Yönetimi” Demir Uslu, Y (Ed.), *Sağlıkta Tesis Yönetimi*, 19-30. İstanbul: Nobel.
- Tanrıvermiş, H. (2020). “Sağlıkta Tesis Yönetimi” Demir Uslu, Y (Ed.), *Tesis Yönetimi: Küresel Değişimle Gelen Paradigmalar*, 1-18. İstanbul: Nobel.
- Tay, L. & Ooi, J.T.L. (2001). Facilities Management: A “Jack Of All Trades”?. *Facilities*, 19 (10), 357-363. doi: 10.1108/EUM0000000005534
- Tekin Epik, M. & Öztürk, M. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Riskler. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25(4).
- Terzioğlu, S. & Tanrıvermiş, H. (2020). “Sağlıkta Tesis Yönetimi” Demir Uslu, Y (Ed.), *Dünyada Hastane Yönetiminin Tesis Yönetimi İlkeleri Açısından İncelenmesi*, 31-47. İstanbul: Nobel.
- TRT Haber (2023). Alınan yer <https://www.trthaber.com/haber/gundem/depremden-etkilenen-illerde-77-sahra-hastanesi-kuruldu-744550.html> Erişim Tarihi: 12.06.2023
- Türkiye Cumhuriyeti İletişim Başkanlığı (2023a). Alınan yer <https://www.iletisim.gov.tr/turkce/haberler/detay/iletisim-baskanliginca-asrin-felaketi-06-subat-2023-kahramanmaras-depremleri-kitabi-yayimlandi> Erişim Tarihi: 12.06.2023.
- Türkiye Cumhuriyeti İletişim Başkanlığı (2023b). Alınan yer https://www.iletisim.gov.tr/turkce/yerel_basin/detay/depremden-etkilenen-10-ilde-77-sahra-hastanesi-kuruldu Erişim Tarihi: 12.06.2023.
- Uslu, Y., Yılmaz, E., Hancioğlu, Y., & Gedikli, E. (2022). Sağlık Yöneticilerinin Bakış Açısıyla Sağlık Kuruluşlarında Risk Yönetimi Olgusunun Analitik Hiyerarşi Süreci (AHS) Yöntemi ile Değerlendirilmesi. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 57(3), 1508-1527.



- Viera, B. & Katarina, V. (2018). Facility Management in The Globalized Society. *Management Studies*, 6(5), 358-366. doi: 10.17265/2328-2185/2018.05.004
- World Health Organization (WHO). (2015). Comprehensive Safe Hospital Framework. Alınan yer <https://www.who.int/publications/m/item/comprehensive-safe-hospital-framework>, Erişim tarihi: 15.05.2023.
- World Health Organization (WHO). (2017). Disaster Risk Management For Health, Safe Hospitals: Prepared For Emergencies And Disasters, Disaster Risk Management For Health Fact Sheets. Alınan yer <https://www.who.int/publications/i/item/disaster-risk-management-for-health-safe-hospitals-prepared-for-emergencies-and-disasters>, Erişim Tarihi: 15.05.2023.
- Yıldız, A. (2019). Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği. Ankara: Ekin.
- Yousefli, Z., Nasiri, F., & Moselhi, O. (2017). Healthcare Facilities Maintenance Management: A Literature Review. *Journal of Facilities Management*, 15(4), 352-375.
- Yurtlu, Ö., & Erkan, I. (2023). Covid-19 Pandemisinin Hastanelerin Risk Yönetimine Etkisi. *Journal Of Medical Topics And Updates*, 2(1), 30-35.

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNE AYRILAN KAYNAKLARIN AHP YÖNTEMİ İLE ANALİZİ

Yeter USLU¹

İlknur FİL²

Özet

Bu çalışmada, sağlık hizmetine ayrılan sağlık kaynağı göstergeleri Çok Nitelikli Karar Verme yöntemlerinden biri olan Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) yöntemi ile ele alınmıştır. Veriler, 2010-2020 yılları arasında İstatistik Yıllığı ve TÜİK Haber Bültenlerinde yer alan verilerle elde edilmiştir. Çalışma kapsamında eş derecede öneme sahip oldukları varsayılan kriterler ele alınmış olup, AHP analizleri bu varsayım doğrultusunda yapılmıştır. Yöntemlerin uygulama aşamasında Microsoft Excel programından yararlanılmıştır. Araştırma tasarımı yapılırken konu ile ilgili daha önceden literatürde yapılan çalışmalar referans alınarak belirlenmiş 10 ana kriterin, 5 uzman tarafından değerlendirilmesi ve bu değerlendirme doğrultusunda en fazla önem derecesine sahip kriter/kriterlerinin ne olduğu sorusuna cevap aranmıştır. Uzman sayısı daha önceki çalışmalar referans alınarak belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak kriterlerinin önem derece ağırlıklarının belirlenmesi ve ilgili kaynakların optimum kullanımına yönelik önerilerde bulunmak bu çalışmanın temel amacıdır. Sağlık Kaynağı kriterlerinin daha önce AHP yöntemi ile ağırlıklandırılmasının yapılmaması bu çalışmanın özgün niteliğidir. Analiz bulgularına bakıldığında Türkiye’nin sağlık kaynağı açısından zengin ve gelişmiş bir ülke seviyelerine ulaşmak için, mevcut kaynakların daha fazla toplam sağlık harcamalarına yönlendirilmesi gerektiği gibi ilave kaynaklara da ihtiyacı bulunduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Türkiye, AHP, Sağlık Kaynağı Göstergeleri.

Jel Kodları: I10, I15, C44.

Alındığı Tarih: 25.05.2023 / Kabul Edildiği Tarih: 25.06.2023 / Açık Erişim Tarihi: 09.08.2023

AHP Method Analysis of Resources Allocated For Health Services In Turkey

Abstract

¹ Prof. Dr., İstanbul Medipol Üniversitesi, yuslu@medipol.edu.tr, Orcid: 0000-0002-8529-6466.

² İstanbul Medipol Üniversitesi, ilknurfil@medipol.edu.tr.

In this study, health resource indicators allocated to health services are handled with the Analytical Hierarchy Process (AHP) method, which is one of the Multi-Criteria Decision Making (MCDM) methods. The data were obtained from the data in the Statistical Yearbook and TUIK News Bulletins between the years 2010-2020. Within the scope of the study, the criteria that are assumed to be of equal importance were discussed, and AHP analyzes were carried out in line with this assumption. Microsoft Excel program was used in the application phase of the methods. While designing the research, an answer was sought to the question of the evaluation of 10 main criteria, which were determined by reference to previous studies in the literature, by 5 experts, and the criteria/criteria with the highest degree of importance in line with this evaluation. The number of experts was determined based on previous studies. The main purpose of this study is to determine the importance and weight of the resource criteria allocated to health services and to make suggestions for the optimum use of the relevant resources. The originality of this study is that the Health Resource criteria were not previously weighted with the AHP method. Looking at the analysis findings, it has been concluded that in order to reach the levels of a rich and developed country in terms of health resources, Turkey needs additional resources as well as the need to direct existing resources to more total health expenditures.

Keywords: Turkey, AHP, Health Resource Indicators.

Jel Codes: I10, I15, C44.

1. Giriş

Sağlık sistemlerinin hedeflerinden ilki toplumun sağlığını iyileştirerek sağlığın gelişimini sağlamaktır. Bu hedef doğrultusunda kamuya çok sayıda görev düşmektedir. Herkes ihtiyaç duyduğu anda hizmete erişim sağlayabilmelidir. Dahası hizmet sunumlarının etik davranışlara uygun olarak yürütülmesi, hakkaniyete önem verilmesi, herkesin adil bir şekilde yararlanabilmesi, kaliteli ve sürdürülebilir hizmet alabilmesi gibi birçok sağlığı iyileştiren faktörlere de önem verilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda toplumun mali riskleri için önlem alınmalı, hizmetin devamlılığı sağlanmalı ve kıt kaynakların verimli ve etkili kullanımı ile ilgili politikalar belirlenmelidir (Akdur, 2000).

Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak kriterlerinin önem derece ağırlıklarının belirlenmesi ve ilgili kaynakların optimum kullanımına yönelik önerilerde bulunmak bu çalışmanın temel amacıdır.

Ele alınan bu amaç doğrultusunda çalışmada belirlenen hedefler aşağıdaki gibidir.

1. Türkiye’de 2010-2020 yılları arasında sağlık harcamaları (eldeki veriler) incelenmiştir. Çalışma kapsamında güncel veriler kullanılarak 10 yıllık dönem ele alınmıştır.
2. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklarının önemlilik derecelerini belirleyebilmek adına AHP (Analitik Hiyerarşi Prosesi) yöntemi gereği birbirleriyle karşılaştırarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın özgün değeri sağlık hizmet kaynakları açısından gerek ulusal literatürde gerekse de uluslararası literatürde AHP yöntemi ile önem derecesi açısından ağırlıklandırılmasına yönelik bir çalışmanın bulunmuyor olmasıdır. Nitekim gerçekleştirilen bu çalışmanın literatüre özgün bir fayda sunması beklenmektedir.

Bu çalışma da ilk olarak kavramsal çerçeve ele alınmıştır. Kavramsal çerçevede Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Kaynaklar, Sağlık Harcamaları ve Kriterler hakkında kısaca bilgi verilmiştir. Sonrasında kriterler AHP yöntemi ile analiz edilerek sonuç ve önerilerde bulunulmuştur.

2. Kavramsal Çerçeve

2.1. Sağlık Hizmeti

Sağlık, bireyin en temel hakkı olup, "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bireyin beden, ruh ve toplum yönünden tam mutluluğu"dur (DSÖ,1948). Vücudun veya ruhun iyi olma durumuna sağlık derken kötü olma durumuna hastalık diyoruz. Hayatımızı mutlu, kaliteli bir şekilde sürdürmek için sağlıklı olmamız birinci şarttır. Sağlığımızın bozulmasıyla iyileşebilmek için sağlık hizmetlerine başvururuz.

Sağlık Bakanlığı tanımına göre sağlık hizmetleri “Bireylerin sağlıklı olabilmelerini sağlamak için gerekli koruyucu ve tedavi edici önlemlerin alınarak hizmet verilmesi anlamına gelmektedir.” Buna karşılık olarak sağlık hizmetlerini sağlık kurumlarında sağlık profesyonelleri tarafından sunulan hizmet olarak nitelendirebiliriz (SB, 2012).

Sağlık hizmetlerinin ülke ekonomilerine katkısı çok büyüktür. Nitekim ülkelerin gelişmiş düzeyleri analiz edilirken sağlık göstergeleri de önemli bir kriterdir. Ülkelerin ekonomik gelişimi ve kalkınması, verimliliğin sağlanması, huzurlu ve refah içinde yaşayan bir toplumun sağlanması için sağlık hizmetlerinin önemli bir rolü bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hizmeti alanlar ve sunanlar olmak üzere iki taraf söz konusudur. Sağlık hizmetleri, bireysel faydasının yanında toplumsal faydası da yadsınamayacak olan bir kamu

hizmetidir. Sağlık hizmetlerini sunabilmek açısından yapılan harcamaların finansmanı olarak özel, kamu ve karma finansman yöntemleri kullanılmaktadır (Ağır ve Tıraş, 2018).

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumun ve bireyin karşı karşıya gelebileceği farklı farklı birçok risk bulunmaktadır. Bu riskleri en alt seviyeye indirmek, sağlıklı yaşam potansiyelini korumak ve hayat standardını geliştirmek amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir (Akdur, 2006).

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalığı bulunan kişilerin tedavisi için yapılan ayakta veya yatarak verilen sağlık hizmetleridir. Hastalıklar bir kaza sonucu meydana gelebildiği gibi aniden de olabilir. Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olacak şekilde üçe ayrılmaktadır (TCSB, 2011).

2.2.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri

Pratisyen hekimler ve aile hekimleri tarafından verilmektedir. Ayakta teşhis ve tedavi yapılan hizmetler olması bakımından evde, muayenehanede ya da poliklinikte tedavi süreçleri yürütülebilmektedir. Sağlık ocakları, aile planlaması merkezleri, tüberküloz dispanserleri, anne-çocuk sağlığı ve özel muayenehaneler gibi kurumlar örnek verilebilir (Hayran, 2012).

2.2.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri

Uzman hekimler tarafından genellikle verilmektedir. Hastalıkların teşhisi ya da tedavisi için bireylerin yatmalarını gerektiğinden birinci basamak sağlık hizmetlerinden ayrılmaktadır. Örnek olarak; özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri, vakıf hastaneleri, tam teşekküllü devlet hastaneleri sıralanabilir (Hayran, 2012).

2.2.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Eğitim ve araştırma hastaneleri olarak da adlandırılır. İleri tetkik ve özel tedavi gereken durumlar da hastaların başvurması gereken kuruluşlardır. Meslek ve Üniversite hastaneleri, Sanatoryumlar, Ruh ve Sinir hastalıkları, kanser ve ARGE araştırmaları gibi kuruluşlar örnek kuruluşlar arasındadır (Hayran, 2012).

2.2.3. Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Beklenmedik vakalar sonrasında ortaya çıkan bedeni veya ruhi yönden eksik bireylerin başvurduğu kişilerin tekrardan sosyal ve ekonomik özgürlüklerine kavuşmasını amaçlayan kuruluşlardır. Deprem, sel gibi doğal afet, yakalandığı ciddi bir hastalığın olması, yangın, trafik veya iş kazası gibi beklenmedik zamanda ortaya çıkan durumlar sonucunda bireyler için gerekli olan sosyal ve ekonomik desteğin sağlanmasıdır (Özkara, 2006).

2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Kaynaklar

Sağlık kaynağı deyince ilk akla gelen insan kaynağı ve parasal kaynaklar düşünülmektedir. Ancak bu önemli iki kaynağın yanında doğal kaynaklar, girişimci, bilgi ve teknoloji, medikal cihaz ve ekipman ilaç, protez, tıbbi cihaz, cerrahi araç, sarf malzeme gibi birçok kaynak ihtiyacı mevcuttur (Burns vd., 2002; Özcan, 2013; Tengilimoğlu ve Yiğit, 2013). Bu kaynakların etkili ve verimli kullanılması; rekabet üstünlüğü, uzun dönemde sürdürülebilirliğin sağlanması ve kaliteli hizmet sunabilmek için büyük önem arz etmektedir (Gülhan ve Coşkun, 2017).

Sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sağlanabilmesi için kullanılan malzemelerin bir yönetim sürecinden geçmesi gerekmektedir. Malzeme yönetim sürecinin etkili bir şekilde yürütmek için öncelikle malzemelerin planlanması, koordinasyonun sağlanması ve bu süreçlerden sorumlu bir kişinin bulundurulması gerekmektedir (Bekmezci, 2018).

Özetle, sağlığın kaynakları ulusal ve uluslararası anlamda sınıflandırıldığında literatürde genel olarak ele alınan başlıklar şunlardır; 1. Personel (tıbbi, hemşirelik, klinik ve idari destek) 2. Malzeme (tıbbi ve diğer) 3. İnşaat ekipmanı (bilgi ve iletişim teknolojisi) 4. Ekonomik Kaynaklar (Uslu, 2021).

2.4. Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmetlerinin gerekli kaynakların bulunması ve maliyetlerinin karşılanması olarak nitelendirilen kavram sağlık finansmanıdır. Sağlık finansmanı beklenmedik hastalık durumlarında hastaları mali yükünden korumayı hedeflemektedir. Bu nedenle sağlık finansmanının etki bir şekilde yürütülmesi bireylerin ödeme gücü olmamasından dolayı hizmeti kullanmasının engellenmesi ve yapacağı ödeme sonrasında yoksullaşması sorununu en aza indirger veya ortadan kaldırabilir (WHO, 2022).

Finansmanın hangi kaynaklardan ve ne şekilde karşılanacağı önem arz etmektedir. Sağlık hizmeti veren kuruluşların giderlerinin düzenli ve etkili bir şekilde karşılanabilmesi

açısından bu hususa dikkat etmek gerekmektedir. Finansman kaynağı olarak; devlet bütçesi, işveren, işçi ve yine devletin katkısıyla finanse edilen yaşlılık, sakatlık, bağış ve yardımlar, emeklilik, devlete ödenen vergiler ve toplanan primlerle sosyal sigortalar gibi örnek verilebilir (Orhaner, 2006).

- **Kriterler**

Bu çalışmada belirlenen kriterlere aşağıda kısaca değinilmiştir:

Toplam Sağlık Harcaması: Ülkedeki kamu ve özel sektör toplam sağlık harcamalarını kapsayan bir kavramdır.

Cari Sağlık Harcamaları: Tedavi ve rehabilitasyon, koruyucu, halk sağlığı, yardımcı tıbbi hizmetler ile bu hizmetlerin yönetimi ve topluma sunulması için gerekli malzemelerin teminini sağlamak ve yürütmenin yanı sıra sağlık personellerinin ücret ve maaşları için yapılan her türlü harcamaları içermektedir.

Hastane Harcamaları: Hizmet alım giderleri, yatırım giderleri, personel giderleri, ilaç medikal ve laboratuvar malzeme giderleri, , diğer işletme giderleri ve vergi giderlerinden oluşmaktadır (SB, 2011).

Ayakta Bakım Harcamaları: Özel ve kamu hastaneleri dispanserler, aile sağlığı merkezi gibi sağlık hizmeti sunumu gerçekleştiren kurumlarda yatış işlemi yapılmadan ayaktan tedavisi verilen hastalar için yapılan harcamaları kapsamaktadır.

Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları: Perakende satış, perakende olarak satılan veya temin edilen ilaçlara yapılan harcamaları ifade etmektedir. Tıbbi malzeme giderleri ise, iyileşmeyi tek başına sağlayamayan, teşhis, tedavi ve bakım amaçlı işlemlerin yapılması sırasında bir veya sınırlı sayıda kullanılacak tıbbi malzemeler ile ortez ve protezler için yapılan sağlık harcamalarından oluşmaktadır.

Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları: Bireylere ve çevreye yönelik alınacak koruyucu sağlık harcamalarından biri olan halk sağlığı harcamaları kişilerin ve toplumun sağlığının korunması, gelişiminin sağlanmasını amaçlamaktadır. Yönetim harcamaları ise ilgili sağlık hizmeti sunucularının bu hizmetleri yerine getirebilmek amacıyla oluşturulan yönetimin temel fonksiyonlarını (planlama, örgütleme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarını) etkili ve verimli kullanarak sunulan sağlık hizmeti harcamalarıdır.

Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları: Sağlık işletmelerine ait yönetim fonksiyonlarını yerine getirmek amacıyla kurulmuş işletmelerin merkezi yönetim birimlerini ve tüm işletmelerin kullandıkları sağlık harcamaları ve tüm sigorta giderleridir.

Sınıflandırılmayan Sağlık Harcamaları: Sağlık hizmet sunumu gerçekleştirilirken sınıflandırılmayan sağlık harcamalarına örnek olarak temel fonksiyonların dışında kalan sağlık hizmet sunumuna erişimi sağlamak için yol giderleri, konaklama ve tıbbi cihaz giderleridir.

Yatırım Harcamaları: Toplam sağlık harcamalarının tüketim harcamalarından ziyade üretime yapılan yatırım harcamalarıdır.

Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Dağılım Harcamaları: Sağlık hizmet sunulurken farklı kaynak ve fon kullanılarak finansmanı sağlanır. Yapılan sağlık harcamalarının sınıflandırılması hususunda TÜİK'ten alınan verilere göre genel devlet harcamaları ve özel sektör sağlık harcamaları olarak sınıflandırılmıştır. Genel devlet sağlık harcamaları kendi içinde merkezi devlet harcamaları, yerel yönetim harcamaları ve SGK devlet sağlık harcamaları; özel sağlık harcamaları hane halkı harcamaları ve diğer kar amacı gütmeyen kuruluşların harcamalarıdır (Atasever, 2014).

Türkiye'de sağlık hizmetleri harcamaların neler olduğunu bulmak amacıyla Ulusal Sağlık Hesapları (USH) yapılmıştır. USH belirlenirken Sağlık Hesapları Sistemi (SHS) olarak nitelendirilen metodoloji standart olarak kabul görmüştür. Bu standart OECD üyesi olan ülkeler tarafından da kullanılmaktadır. Bu veriler sağlık harcamalarının gerçek düzeyini bize gösterirken aynı zamanda diğer ülkelerin sağlık harcamaları açısından karşılaştırma yapabilmemizi sağlamaktadır (Çelik, 2011).

3. Materyal ve Metod

Araştırmanın ilk aşamasında literatür taraması yapılarak Türkiye'nin sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakları belirlenmiştir. Bu süreçte 2010-2020 yılları arasındaki harcamalar esas alınacaktır. Araştırma tasarımı yapılırken konu ile ilgili daha önceden literatürde yapılan çalışmalar referans alınarak belirlenmiş 10 ana kriterin, 5 uzman tarafından değerlendirilmesi ve bu değerlendirme doğrultusunda en fazla önem derecesine sahip kriter/kriterlerinin ne olduğu sorusuna cevap aranmıştır.

Araştırma örnekleme, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemine bağlı kalınarak belirlenmiştir. Buna göre araştırmaya dahil edilecek katılımcılar için araştırmacılar tarafından belirlenen ölçütler; sağlık hizmet meslek alanında en az 10 yıllık bir tecrübeye sahip, daha önceden sağlık hizmet alanında karar verici noktalarda (Sağlık Bakan Yardımcısı, Sağlık Yönetimi Daire Başkanı, Sağlık Hizmetleri Yöneticisi ve Öğr. Üyeleri) görev yapmış kişilerden oluşmaktadır. Uzman sayısı daha önceki çalışmalar referans alınarak belirlenmiştir.

“Uzman Görüşü Değerlendirme Formu” veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Çok nitelikli karar verme yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilen çalışmalarda uzman görüşlerinin alınması noktasında araştırmacılar tarafından kullanılan anket formlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç bulunmamaktadır. Nitekim bu formlar uzmanların kişisel kanaatlerini yansıtmakta ve herhangi bir tutum ya da algı ölçümü yapmamaktadır. Araştırma kapsamında görüşü alınacak uzmanların daha kolay bir değerlendirme yapabilmesi için, süreci kolaylaştırmak ve anlaşılır kılmak için hazırlanmıştır. Çalışmada kullanılan anket kriterlerin ikili karşılaştırmalarına yöneliktir. Anket toplamda 45 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmada veriler iki farklı aşamada toplanmıştır. İlk aşamada veriler önceden belirlenmiş 10 ana kriter analizi “Uzman Görüşü Değerlendirme Formu” kapsamında değerlendirilmiş olup; kriter ağırlıkları da uzmanlar tarafından değerlendirilmesi sonucu AHP yöntemi ile belirlenmiştir.

1. Kriterler geniş bir literatür taraması ile önceden yapılmış çalışmalar referans alınarak belirlenmiştir.
2. Uzmanlar araştırma ve değerlendirme süreci hakkında bilgilendirilmiştir. Aynı zamanda uzmanlar, doğru değerlendirmeyi yapabilmek adına değerlendirme araçları ve değerlendirme tarzı hakkında da araştırmacı tarafından bilgilendirilmiştir.

Tablo1. Kriterler

Kriter No	Kriter
Kriter 1	Toplam Sağlık Harcamaları
Kriter 2	Cari Sağlık Harcaması
Kriter 3	Hastane Harcamaları
Kriter 4	Ayakta Bakım Harcamaları
Kriter 5	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları
Kriter 6	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları
Kriter 7	Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları
Kriter 8	Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları
Kriter 9	Yatırım Harcamaları
Kriter 10	Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar

Sağlık hizmetlerine ayrılan paylardan bir tanesi de evde hemşirelik bakımı harcamalarıdır. Bu kriter ile ilgili verilere ulaşılamadığı için değerlendirmeye alınmamıştır.

Bu çalışmada Türkiye’de sağlık hizmetine ayrılan kaynakların AHP yöntemi ile önem derecesi açısından ağırlıklandırılması yapılmıştır. Elde edilen kriter ağırlıkları ile 2010-2020 yılları arasında İstatistik Yıllığı ve TÜİK Haber Bültenlerinde yer alan verilerle ilişkilendirilerek

önerilerde bulunulmuştur. Bazı yıllara ve kriterlere ait sağlık istatistiklerinin bulunamaması araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilmiştir.

- Analitik Hiyerarşik Prosesi (AHP)

AHP analizinin gelişimi ilk olarak Saaty tarafından yapılmıştır. Birden fazla kriterin ve alternatifin olduğu problemlerde kullanılmaktadır (Saaty, 1980). AHP analizleri birden fazla kriterin ve farklı alternatiflerin bulunduğu durumlarda en doğru kararı verebilmek için geliştirilen yöntemlerdir. Bu yöntemle birlikte sunulan alternatifler arasından en elverişli olanı seçme, sıralama ya da sınıflandırma işlemleri yapılmaktadır (Paksoy, 2017). AHP karmaşık karar problemlerini çözmek için güçlü bir araç olarak kullanılmaktadır. AHP yönteminde kriterler ikili olarak karşılaştırmalarla hiyerarşik yapılara dönüştürerek çözülmektedir (Saaty, 1980). AHP analizi ile kriterlerin ağırlıklandırılması sürecinde; konu ile ilgili belirli şartları sağlayan uzmanların görüşleri alınmaktadır. Uzmanlardan alınan geri dönüşler doğrultusunda elde edilen veriler AHP yöntemi ile analiz edilmektedir. Analiz sonucunda ise kriterlerin önem sırasına göre sıralanması yapılmaktadır. Bu sayede kriterler arasında hangisinin öncelikli olduğu belirlenmiş olmaktadır. Analizin uygulanma aşamaları 4 adımdan oluşmaktadır (Dağdeviren, 2001):

1.Adım: Karar vericinin amacı belirlenmelidir. Bu doğrultuda belirlenecek olan kriterler ve ona ait olan alt kriterler seçilerek, hiyerarşik bir sıralama oluşturulmalıdır.

2.Adım: Belirlenen her kriter için alternatiflerin seçilmesi ve kriterlerin de kendi aralarında sınıflandırılarak karşılaştırılmasının sağlanması

3.Adım: İlişki matrislerinin normelleştirme işleminin gerçekleştirilmesi

4.Adım: Seçilen kriterlerin önem dereceleri belirlenmeli ve sunulan alternatifler için de belirlenen önem dereceleri ile çarpılarak her bir alternatif için uygun öncelik derecesinin belirlenmesi.

Bu çalışmada birden fazla kriter ve alternatifin bulunduğu durumlarda en doğru kararı verebilmek için tercih edilen AHP yöntemi ile analiz gerçekleştirilmiştir. AHP yöntemi kolay uygulanabilir bir yöntem olmakla birlikte nicel ve nitel faktörleri dikkate alan karmaşık problemlerin çözümünde de kolaylık sağlamaktadır. Birden fazla kriterin olduğu bu çalışmada daha kolay ve anlaşılır olması sebebiyle AHP yöntemi tercih edilmiştir. Araştırmada toplanacak olan veriler MSEXcel programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Uzman görüşü alınarak elde edilen veriler ile ikili karşılaştırma matrisi oluşturulmuştur. İkili karşılaştırma matrisinin satır toplamları ile normalizasyonu gerçekleştirilmiştir. Öncelik vektörlerini elde etmek için

normalize matrislerin satır ortalamaları alınmıştır. Sonuçların tutarlılığını kontrol etmek amacıyla tutarlılık testi yapılmıştır. Sonuçların tutarlı olarak kabul edilebilmesi için tutarlılık oranının 0,1'den küçük olması beklenmektedir. AHP yöntemi ile kriterler derecelendirildikten sonra Normalize değerlerden yararlanılarak derecelendirilmiş normalize matris oluşturulmuştur. Bu aşamada, bir adet ideal çözüm ve bir adet ideal olmayan çözüm elde edilmiştir. Ardından hem uzaklık değerlerinin hesaplanması hem de göreceli yakınlık hesaplamaları yapılarak sağlık kaynakları arasında sıralama yapılmıştır.

4. Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde Türkiye'de sağlık hizmetine ayrılan kaynakların ÇKKV tekniklerinden AHP yöntemi kullanılarak önem derecelerinin belirlenmesi sonucunda elde edilen verilerin 2010-2020 yılları arasında İstatistik Yıllığı ve TÜİK Haber Bültenlerinde yer alan verilerle ilişkilendirilmesi yapılmıştır.

Tablo 2'de Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarına ilişkin 2010-2020 yılları arasındaki verileri yer almaktadır.

Tablo 2. Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamaları (TSH) ve Gelişimi

Yıllar	TSH (Milyon TL)	TSH/GSYİH (%)	Kişibaşı Sağlık Harcaması
2010	61.678	5,3	843
2011	68.607	4,9	924
2012	74.189	4,7	987
2013	84.390	4,7	1.110
2014	94.750	4,6	1.232
2015	104.568	4,5	1.345
2016	119.756	4,6	1.524
2017	140.647	4,5	1.751
2018	165.234	4,4	2.030
2019	201.031	4,7	2.434
2020	249.932	5	2.997

Kaynak: TÜİK (2022).

Ülkede yapılan tüm kamu ve özel sektör sağlık hizmeti harcamaları ülkenin toplam sağlık harcamasını ifade etmektedir.

Tablo 2’de Türkiye’de sağlık harcaması 10 yılda 4 kat artış göstererek 2010 yılında 61.678 Milyon TL civarından 249.932 Milyon TL’ye ulaşarak ciddi bir artış göstermiştir. GSYİH’ya oran olarak ölçüldüğünde sağlık harcamalarının dalgalı bir seyir izlediği ve önceki yıllara göre artış göstererek %4,7’ye ulaştığı görülmektedir. Oran bu dönem için yaklaşık %4,4 olacak ve 2020’de %5,0 olarak gerçekleşecek. Bu durum Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH büyüme oranlarına benzer bir yol izlediğini düşündürmektedir (Çelik 2011; Khanolkar vd.; 2016). Bir ülkenin gelir düzeyi ile sağlık harcaması arasında önemli bir ilişki vardır. Gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerine daha fazla harcama eğiliminde olduğu bilinmektedir. Türkiye’nin kişi başına sağlık harcamasının 10 yılda yaklaşık 3,5 kat artarak 2020 yılında 2.997 TL’ye ulaştığı görülmektedir.

Ek-1’de yer alan Tablo 3’e göre ülkemizde 2010 senesinde 58.623 Milyon TL değerinde toplam cari sağlık harcaması yapılırken, 10 yılda yaklaşık olarak 3,9 kat artarak 2020 yılında 233.062 Milyon TL civarına ulaşmıştır. 2010 senesinden itibaren hızlı bir artış gösteren cari sağlık harcamaları, 2020 yılından sonra da artış hızını koruyarak yükseliş göstermektedir.

2010 yılında genel devlet sağlık harcamaları toplam cari sağlık harcamalarının %78,6’sını oluştururken, özel sağlık harcamaları ise %21,4’ünü oluşturmaktadır. 2020 yılına gelindiğinde ise devlet sağlık harcamaları oranı artış göstererek toplam cari sağlık harcamalarının %79,2’ye yükseldiği, buna karşılık özel sağlık harcamalarının oranının ise %20,8’e düşüş gerçekleşmiştir.

Cari sağlık harcamalarının 2010 yılında büyük bir kısmının devlet tarafından karşılandığı görülmektedir. Bu harcamalar yüzdesel olarak değerlendirildiğinde %33,4’ünü merkezi devletin, %1,0’ını yerel devlet, ve %65,4’ünü sosyal güvenlik kurumları sağlık harcamaları olduğu tespit edilmiştir. Bu oranlar 2020 yılında ise sırasıyla, %30,6, %0,8 ve %68,4 olarak gerçekleşmiştir. Elde edilen verilere göre cari sağlık harcamalarının çok büyük bir bölümü merkezi devlet tarafından değil SGK tarafından karşılanmaktadır.

2020 yılına göre toplam cari sağlık harcamalarının yaklaşık %53,9’u SGK tarafından karşılanmaktadır. 2010 yılında toplam cari sağlık harcamalarının içerisinde özel sektör harcamalarının sürekli artış gösterdiği 2010 yılında sağlık harcamaları 12.897 Milyon TL iken, bu rakam 10 yıllık süreçte 3,4 kat artış göstererek 2020 yılına gelindiğinde 49.303 Milyon TL’ye yükseldiği görülmektedir.

Özel sektör sağlık harcamalarının 2010 yılına göre %76,6'ı hane halklarının cepten ödemeleri şeklinde gerçekleşirken %23,3'ü diğer özel sektör sağlık harcamaları olarak gerçekleşmiştir. Bu oranlar 2020 yılına gelindiğinde sırasıyla %77,6 ve %22,3 olduğu tespit edilmiştir.

Hastane harcamalarının yıllar itibariyle arttığı gözlenmektedir. Hastane harcamaları her dönemde önemli bir role sahip olan toplam sağlık harcamalarıdır. 2020 yılında ülkemizdeki toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %49,3'sini oluşturduğu anlaşılmaktadır. Diğer kalemler de göz önünde bulundurulduğunda toplam sağlık harcamaları içerisinde ciddi bir orana sahip olduğu görülmektedir.

Genel devlet harcamaları hastane harcamalarının büyük bir bölümünü kapsamaktadır. 2010 yılında toplam hastane harcamalarının %90,2'si kamu tarafından karşılanırken, bu oran 2020 yılında inişli çıkışlı bir seyir izlemiştir. Bu yılda oranın %81,6 olarak gerçekleştiği görülmektedir. Buna göre zamanla kamunun payı azalma eğilimi gösterirken özel sektörün payı da hastane harcamaları içerisinde artma eğilimi saptanmıştır. Ancak son yıllarda devletin özel sektörü teşvik amacıyla sağladığı birçok kolaylık olmasıyla birlikte ve uyguladığı sağlık politikaları açısından önemli bir rolü olması nedeniyle yaklaşık değerlerde seyretmektedir.

2020 yılında SGK %68 oranında kamu tarafından karşılanan hastane harcamalarının çok büyük bir kısmını karşılarken, %31,8 oranında merkezi devlet harcamalarının bir kısmını karşılamaktadır. Buna karşılık çok küçük bir pay olan %0,1 oranında yerel yönetimlerin payı mevcuttur. SGK tarafından karşılanan harcamaların hızla artış gösterdiği gözlenmektedir. Bu artışın en önemli etkilerinden bazıları; farklı kurumların işlettiği hastanelerin birleştirilmesi, sosyal güvenlik kurumlarının aynı çatı altında toplanması ve aile hekimliği sistemine geçilmesi olarak değerlendirilmektedir.

2020 yılında hastane harcamalarının %18'i özel sektör hastane harcamalarından oluşmaktadır. Bu harcama'nın %70,6 gibi büyük bir kısmı hane halkından cepten ödeme denilen harcama yöntemi ile karşılanırken %29,4 kadarlık kısmı da özel sigorta ve kuruluşlar tarafından karşılanmaktadır.

Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının ve sosyal güvenlik sisteminin yeterince gelişmemesinin önemli bir nedeni hane halkının yaptığı cepten ödemeler olduğu saptanmıştır. Çünkü özel sektör harcamalarının çoğunluğu hane halkının cepten yaptığı ödemelerden oluşmaktadır.

2010 yılında ayakta sağlık bakımı harcamaları 11.024 Milyon TL civarında iken bu rakam 16 yılda 25.664 Milyon TL'ye ulaşarak 2,3 kat artış görülmektedir.

2020 yılında genel devlet harcamaları %63,8 oranında ayakta sağlık bakımı sunucularına yapılan ödemeleri karşılamaktadır. Buna karşılık %36,1 oranında ise özel sektör sağlık harcamaları yer almaktadır.

2010 yılında genel devlet sağlık harcamaları 6.333 Milyon TL'dir. Bu miktarın %57,6'sı merkezi devlet, %4'ü yerel devlet ve %38,2'si sosyal güvenlik kurumu tarafından yapılmıştır.

2020 yılında ise toplam harcamalar 16.378 Milyon TL olarak saptanmıştır. Bu miktarın %63,7'si merkezi devlet, %4,2'si yerel devlet ve %32'si sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmaktadır.

Özel sektör tarafından karşılanan ayakta bakım harcamaları 2010 yılında 4.691 Milyon TL olarak saptanmıştır. Bu durum 2010 yılında cari sağlık harcamaları bakımından değerlendirildiğinde %36,3'unu bu harcamalar oluşturmaktadır. Devlet harcamalarında bu oranın hızla artış gösterdiği gözlenirken, özel sektörde düşüş yaşamıştır. 2010 yılından 2020 yılına kadar geçen 10 yıllık süreçte 1,9 artış göstererek 9.286 Milyon TL'ye ulaşmıştır. Özel sektör ayakta bakım harcamalarının çoğunluğunu hane halkından karşılamaktadır. Bu oran için %81,8 gibi ciddi bir oran göze çarpmaktadır. Diğer özel sektör tarafından ise %18,1'i karşılanmaktadır. Özel sektör sağlık harcamaları hane halkından karşılanmasından dolayı inişli çıkışlı bir seyir izlemiştir.

Cari sağlık harcamaları 2010 yılında %32,8 civarındadır. Bu sağlık harcamaları 19.75 Milyon TL olan miktarın %78,7'sini genel devlet harcamaları oluştururken %21,3'ünü özel sektör harcamaları oluşturmaktadır. Türkiye'de 10 yıl içerisinde sağlık sisteminde yaşanan önemli gelişmeler neticesinde perakende satış ve tıbbi malzemelere sunucuları için yapılan harcamalar artış göstermeye devam etmiştir. 10 yıl içinde perakende satış ve tıbbi malzeme sunucularına yapılan yatırımlar 3,2 kat artış göstererek 63.053 Milyon TL civarına ulaşmıştır. Bu miktar 2020 yılı cari sağlık harcamalarının yaklaşık %27'sini oluşturmaktadır. Ayrıca, bu harcamanın %7,9'u genel devlet harcamaları içerisinde yer alırken %28,2'i özel sağlık harcamaları içerisinde yer almaktadır.

2010 yılında genel devlet harcamaları içerisinde yapılan ödemelerin %10,6'sı merkezi devlet, %0,02'si yerel devlet ve %89,2 gibi ciddi bir oranla sosyal güvenlik kurumu perakende satış ve tıbbi malzeme sunucularına yapılan ödemeyi karşılamaktadır. Zaman içerisinde genel devlet harcamaları yaklaşık 3,2 kat artış göstererek 49.153 Milyon TL'ye yükselmiştir. Sağlık sisteminde yapılan değişiklikler nedeniyle finansman sağlayıcıların ödediği miktarlarda önemli ölçüde değişikliğe uğramıştır. 2010 yılında SGK'ya devredilen devlet memurları ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık ödemeleri nedeniyle merkezi devlet harcamaları düşüşe geçmiştir.

sosyal güvenlik kurumu ödemeleri de artış göstermiştir. 2020 yılına gelindiğinde merkezi devlet %0,2 yerel devlet %0,1 ve SGK tarafından %99,7 oranında perakende satış ve tıbbi malzeme sunucularına harcama sağlanmıştır. 2020 yılındaki SGK oranı göz önünde bulundurulduğunda genel devlet harcamaları içerisinde yer alan perakende satış ve tıbbi malzeme harcamalarının neredeyse tamamının SGK tarafından karşılandığı gözlenmektedir.

Perakende satış ve tıbbi malzeme sunanlar için yapılan ödemeler değerlendirildiğinde özel sektör tarafından karşılanan kısım yıllar içinde artmaktadır. 2010 yılında bu artış %21,3'ü özel sektör tarafından karşılanırken 10 yıllık bir süreçte bu oran yükselerek %28,2'ye ulaşmıştır. Bu kalemin özel sektör tarafından karşılanan kısmının 2010 yılında %85,6'sının hane halkı tarafından karşılandığı gözlenirken %14,3'ünün ise diğer sektörler tarafından karşılandığı saptanmıştır. Bu oran 2020 yılına gelindiğinde ise %87,4'ü hane halkı tarafından karşılanan bu kalemin %12,5'i özel sektör tarafından karşılandığı görülmüştür. Devletin sosyal devlet anlayışı çerçevesinde vatandaşlarını sosyal güvenlik kapsamına alınmasının özel sektördeki bu düşüşün nedenlerinden biri olduğu söylenebilir.

Türkiye'de Aile Hekimliği 2010 yılında ülke genelinde tüm illerde uygulanmaya başlamıştır. Aile Hekimliklerinin yaygın olarak kullanılması ile özel sektör tarafından verilen halk sağlığı uygulamaları yerini tüm sağlık uygulamalarıyla birlikte Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlara ve Aile hekimliklerine bırakmıştır. Bu uygulamalar halka ücretsiz olarak sunulmaya başlanmıştır.

2010-2011 yılları arasında küçük düşüşler yaşanmış ve bu durumda küresel finansal krizin etkisinin olduğu gözlenmiştir. Ancak 2012 yılına bakıldığında bir önceki yıldan 4.4 kat civarında bir artış görülmektedir. 2020 yılına gelindiğinde ise 10 yıllık sürece göre yaklaşık 19,6 kat artış göstererek 13.055 Milyon TL olduğu saptanmıştır. Genel devlet sağlık harcamaları içinde yer alan bu harcamaların merkezi devlet tarafından karşılanan kısmı %97,8 olarak karşılanırken yerel devlet tarafından karşılanan bu oran %2,1 gibi düşük bir rakam olarak görülmektedir.

2008 yılında halk sağlığı programları ve yönetimi için yapılan özel sektör harcamalarının zamanla düşüş göstermesinden dolayı tamamen durmuştur. Devlet tüm vatandaşlara ücretsiz olarak halk sağlığı hizmet sunumu gerçekleştirilmesiyle kâr amacı güden özel sektörlerin halk sağlığı sunumundan çekilmesine sebep olmuştur. Türkiye'de hastane ve poliklinik hizmeti sunumuna ağırlık verilmesinin temel amacı özel sağlık kuruluşlarının daha karlı olması olmuştur.

Genel devlet harcamalarının %53,6'sı sağlık yönetimi ve sigorta giderleri için harcanmıştır. Özel sektör harcamaları ise %46,7 oranında sağlık yönetimi ve sigorta giderlerini karşılamıştır. 2010-2020 yılları değerlendirildiğinde genel sağlık yönetimi ve sigorta giderlerinin sadece SGK tarafından karşılandığı anlaşılmakta olup merkezi ve yerel devlete ait verilerin bulunmadığı görülmektedir. 2020 yılında genel sağlık yönetimi ve sigorta giderlerinin 512 Milyon TL olduğu görülmektedir. Bu harcamanın %43,9'u genel devlet harcamaları, %56,0'ını ise özel sektör harcamalarının oluşturduğunu söyleyebiliriz.

2010 yılında sınıflandırılmayan diğer giderler olarak toplam cari sağlık harcamaları %3,9'lük bir orana sahipken, 2020 yılında bu oran düşüş göstermiş ve %2,6'ya gerilemiştir. Bu kalemdeki harcama miktarı 2010 yılından itibaren artmaya başlamış, ancak 2012 yılında (özel kesim harcamalarındaki düşüşün etkisiyle) bir önceki yıla göre %17,5 oranında azalmıştır. 2013 yılından 2020 yılına kadar ise artış devam etmiştir.

Genel devlet ve özel sektör harcamaları olarak harcamalar ikiye ayrılmaktadır. 2010 yılında devlet tarafından %37,2 oranında bu harcamalar karşılanırken, özel sektör tarafından ise %62,8 oranında karşılandığı tespit edilmiştir. Bu harcama kalemi istikrarlı bir şekilde gelişme gösterememiş aksine inişli-çıkışlı bir yol izlenmiştir. Bu harcama miktarı 2020 yılına gelindiğinde ise oranla değişim göstermiştir. Özel kesimin harcamaları %47,7 oranına düşerek azalış gösterirken devlet harcamaları %52,2 oranına yükselmiştir. Devlet tarafından yapılan harcamalar kendi içerisinde finansman kaynağına göre ayırım göstermektedir. Bu harcamalar; merkezi devlet, yerel devlet ve sosyal güvenlik kurumu harcamaları olarak sınıflandırılabilir. Harcamanın büyük ve önemli bir kısmı sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılandığı bilinmektedir. Buna karşılık merkezi ve yerel devletin de finansmana katkı sağladığı bilinmektedir. Özel sektör harcamaları ise finansman kaynağını çoğunlukla hane halkından karşılamaktadır. Ancak buna karşılık olarak bir kısmını da özel sağlık harcaması yapan kuruluşlar tarafından da karşılayabilmektedir.

Özel kesim tarafından yapılan harcamaların devlet harcamalarına oranla daha düşük olduğu gözlenmiştir. 2010 yılında 3054 Milyon TL civarında ciddi bir harcama yapıldığı görülmektedir. Bu harcamanın devlet tarafından karşılanan kısmı oransal olarak değerlendirildiğinde %90,2 civarında büyük bir payı oluşturmaktadır. Özel sektör ise oransal olarak bu harcamaların %9,8'ini karşılamaktadır. 2020 yılı itibariyle devlet tarafından karşılanan sağlık yatırımları %84,7 civarındayken özel sektörün sağlık harcamalarına katkısı %15,2 olarak saptanmıştır.

Türkiye’de hastane hizmetleri ve tıbbi malzemelere yüksek oranda harcamalar yapılmaktadır. Bunun başlıca nedenlerinin sevk zincirine uyulmadığı konusudur. Vatandaşların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmadıkları da bunun birer sonucudur. Bu durumda tedavi ve ilaç masrafları da beraberinde artış göstermektedir. Sağlıkta reform ve dönüşüm programları ile desteklenen sağlık hizmetlerinde sevk zincirinin büyük önemi bulunmaktadır. Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi, sağlık güvencesi sağlanarak topluma güven aşılması, sağlık hizmetine ulaşımın kolaylığı ve zaman tasarrufu gibi etkenler sevk zincirinin önemini ortaya sunmaktadır. Bir diğer konu ise yerli tıbbi teknoloji ve ilaç sanayisinin desteklenmesi olarak ele alınabilir. Sağlığa yapılan bu tür yatırımlar neticesinde dışa bağımlık azalacak sağlıkta verimlilik artış gösterecektir.

- AHP Yöntemi ile Kriterlerin Ağırlıklandırılması

Hiyerarşik Yapının Oluşturulması: Sağlık kaynaklarının kullanımına ilişkin olarak 10 kriter ile hiyerarşik yapı oluşturulmuştur. Sağlık kaynaklarının kullanımına ilişkin kriterler literatür taraması sonucu; Kriter Toplam Sağlık Harcamaları, Cari Sağlık Harcaması, Hastane Harcamaları, Ayakta Bakım Harcamaları, Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları, Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları, Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları, Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları, Yatırım Harcamaları ve Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. Uygulama İçin Belirlenen Kriterler

Kriter No	Kriterler
K1	Toplam Sağlık Harcamaları
K2	Cari Sağlık Harcaması
K3	Hastane Harcamaları
K4	Ayakta Bakım Harcamaları
K5	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları
K6	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları
K7	Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları
K8	Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları
K9	Yatırım Harcamaları
K10	Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar

İkili Karşılaştırma Matrislerinin Oluşturulması: Hiyerarşik yapıya dahil olan her alan ayrı ayrı kriterlere ayrılarak her kriter için uzman kişiler tarafından değerlendirilmiştir. Çalışmada, sağlık hizmet kaynak kullanımı ile ilgili 10 kriterin önem dereceleri açısından değerlendirilmesi için 5 uzman görüşüne başvurulmuştur. Uzmanların biri sağlık bakan yardımcısı, biri sağlık yönetimi daire başkanı diğer üçü de sağlık hizmet alanında öğr. üyeleridir. Uzmanların görüşlerine ilişkin bu karşılaştırma matrislerinden etkili ve verimli bir karar matrisi elde etmek için eldeki kriterlerin geometrik ortalaması alınmıştır. Her bir kriter

için 5 uzmanın da görüşü alınarak geometrik ortalamaya ulaşılmıştır. Aşağıda uzmanların değerlendirmesi sonucu elde edilen karar matrisi yer almaktadır.

Tablo 5. Geometrik Ortalama Sonucu Elde Edilen Karar Matrisi

KRİTER NO	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
K1	1	2,53652	5,34805	6,54444	4,66318	5,24489	5,5243	5,80906	3,49971	2,80936
K2	0,39424	1	4,5144	4,3597	4,3597	3,15982	3,37977	4,82865	2,80936	2,53652
K3	0,18698	0,22151	1	2,29017	2,95418	1,96639	2,17791	4,3597	1,47577	1,90365
K4	0,14286	0,23737	0,35495	1	1,71877	1,71877	1,90365	3,93628	2,00178	2,29017
K5	0,19206	0,20891	0,3861	0,50813	1	1,71877	1,65987	3,87298	1,2099	2,14113
K6	0,16581	0,23737	0,56519	0,66874	0,75984	1	2,53652	4,66318	2,14113	1,06961
K7	0,17656	0,28719	0,37796	0,66874	0,69853	0,46714	1	5,43879	2,81731	2,95418
K8	0,14593	0,18386	0,20891	0,23737	0,2582	0,19206	0,18386	1	1,93318	1,24573
K9	0,31239	0,41113	0,61479	0,62802	0,82652	0,50813	0,35495	0,57735	1	2,53652
K10	0,27494	0,31239	0,44721	0,46714	0,50813	0,91932	0,33981	1	0,31239	1

İkili Karşılaştırma Matrisinin Normalizasyonu: İkili karşılaştırma matrisinin normalizasyonu için ilk aşama her bir sütunda verilen verilerin toplanması aşamasıdır. Elde edilen bu toplamın ardından her bir kriter tabloda yer alan sütun toplamına bölünmüştür. Bu işlemin tamamlanmasının ardından normalize karar matrisi elde edilmiş olmaktadır. Normalize karar matrisine aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 6. İkili Karşılaştırma Matrisinin Normalizasyonu

KRİTER NO	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
K1	0,33425	0,45004	0,38705	0,37671	0,26276	0,31043	0,28983	0,1637	0,18227	0,13713
K2	0,13177	0,17742	0,32671	0,25095	0,24566	0,18702	0,17732	0,13607	0,14632	0,12381
K3	0,0625	0,0393	0,07237	0,13183	0,16646	0,11639	0,11426	0,12286	0,07686	0,09292
K4	0,04775	0,04211	0,02569	0,05756	0,09685	0,10173	0,09987	0,11093	0,10426	0,11179
K5	0,06419	0,03707	0,02794	0,02925	0,05635	0,10173	0,08708	0,10914	0,06301	0,10451
K6	0,05542	0,04211	0,0409	0,03849	0,04281	0,05919	0,13308	0,13141	0,11151	0,05221
K7	0,05902	0,05095	0,02735	0,03849	0,03936	0,02765	0,05246	0,15327	0,14673	0,1442
K8	0,04878	0,03262	0,01512	0,01366	0,01455	0,01137	0,00965	0,02818	0,10068	0,06081
K9	0,10442	0,07294	0,04449	0,03615	0,04657	0,03008	0,01862	0,01627	0,05208	0,12381
K10	0,0919	0,05543	0,03237	0,02689	0,02863	0,05441	0,01783	0,02818	0,01627	0,04881

Öncelik Vektörünün Hesaplanması: Öncelik vektörü için ilk olarak normalize matrisin satırlarında bulunan değerler toplanır, ardından eleman sayısına bölünür. Böylelikle öncelik vektörü elde edilmiş olur. Aşağıda öncelik elde edilen öncelik vektörü tablosu yer almaktadır.

Tablo 7. Öncelik Vektörü

KRİTER NO	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
K1	0,28942	0,48272	0,53253	0,5226	0,31723	0,37089	0,40851	0,19484	0,19089	0,11258
K2	0,1141	0,19031	0,44952	0,34814	0,29658	0,22345	0,24993	0,16196	0,15323	0,10164
K3	0,05412	0,04216	0,09957	0,18288	0,20097	0,13905	0,16105	0,14623	0,08049	0,07628
K4	0,04135	0,04517	0,03534	0,07985	0,11692	0,12154	0,14077	0,13203	0,10918	0,09177
K5	0,05558	0,03976	0,03845	0,04058	0,06803	0,12154	0,12275	0,12991	0,06599	0,0858
K6	0,04799	0,04517	0,05628	0,0534	0,05169	0,07071	0,18757	0,15641	0,11679	0,04286
K7	0,0511	0,05465	0,03764	0,0534	0,04752	0,03303	0,07395	0,18242	0,15367	0,11838
K8	0,04223	0,03499	0,0208	0,01895	0,01756	0,01358	0,0136	0,03354	0,10544	0,04992
K9	0,09041	0,07824	0,06122	0,05015	0,05623	0,03593	0,02625	0,01937	0,05454	0,10164
K10	0,07957	0,05945	0,04453	0,0373	0,03457	0,06501	0,02513	0,03354	0,01704	0,04007

Tutarlılık Oranının Hesaplanması: İkili karşılaştırma matrisinin kendi içerisinde tutarlı olup olmadığını belirleyebilmek için tutarlılık indeksi hesaplanmıştır. Tutarlılık indeksini bulabilmek için öncelikle λ_{max} değeri hesaplanmıştır. λ_{max} değerini bulabilmek için bulunan ikili karşılaştırma matrisi ile öncelik vektörü çarpılmalıdır. Bu işlemin sonucunda elde edilen sonuç ağırlıklı toplam vektör olarak kabul edilir. Ardından di değeri hesaplanır. Bu hesaplamayı yapabilmek için ağırlıklı toplam vektörün satır toplamları alınır ve öncelik vektöründe birbirine karşılık gelen elemanlar bölünür. Son aşama olarak λ_{max} değeri elde edilmiş olur. Bunun için elde edilen di değerlerinin aritmetik ortalaması alınarak λ_{max} değeri 11,29507 olarak bulunmuştur. Ardından tutarlılık indeksi hesaplanmıştır. Tutarlılık indeksi 0,1439 olarak bulunmuştur. Tutarlılık oranının hesaplanması için son olarak tutarlılık indeksi rastgele indekse bölünmüştür. RI değeri rastgele indeks anlamına gelmektedir. RI kriter sayısına göre değişiklik göstermektedir. Sağlık hizmet kaynaklarını inceleyen bu çalışmada 10 kriter belirlenmesi sebebiyle RI değeri 1,51 olarak alınmıştır. Tutarlılık indeksinin 1,51'e bölünmesi ile sonuç 0,09 olarak bulunmuştur. Tutarlılık oranı 0,10'dan küçük olarak bulunmuştur. Bu sonuç ikili karşılaştırma matrislerinin tutarlı olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmet kaynaklarının kullanım amacına ilişkin olarak ikili karşılaştırma matrislerinin kullanılabilirliğini göstermektedir. Sonuç olarak AHP yöntemi ile elde edilen ve tutarlı olduğu belirlenen kriter ağırlıkları aşağıda yer alan tablodaki gibi bulunmuştur.

Tablo 8. AHP Yöntemi Sonucu Elde Edilen Kriter Ağırlıkları

Kriter No	Kriterler	Kriter Ağırlıkları
Kriter 1	Toplam Sağlık Harcamaları	0,28942
Kriter 2	Cari Sağlık Harcaması	0,19031
Kriter 3	Hastane Harcamaları	0,09957
Kriter 4	Ayakta Bakım Harcamaları	0,07985
Kriter 5	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	0,06803
Kriter 6	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	0,07071
Kriter 7	Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	0,07395
Kriter 8	Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	0,03354
Kriter 9	Yatırım Harcamaları	0,05454
Kriter 10	Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	0,04007

AHP yöntemi ile elde edilen kriter ağırlıklarının sıralaması; Toplam Sağlık Harcamaları (0,28), Cari Sağlık Harcaması (0,19), Hastane Harcamaları(0,09), Ayakta Bakım Harcamaları (0,07), Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları (0,07), Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları (0,07), Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları (0,06), Yatırım Harcamaları (0,05), Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar (0,04), Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları (0,03) olarak belirlenmiştir.

5. Sonuç ve Öneriler

Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak kriterlerinin önem derece ağırlıklarının belirlenmesi ve ilgili kaynakların optimum kullanımına yönelik önerilerde bulunmak bu çalışmanın temel amacıdır.

Literatür taraması sonucunda sağlık hizmet kaynaklarının kullanımında etkili olan kriterler; Toplam Sağlık Harcamaları, Cari Sağlık Harcaması, Hastane Harcamaları, Ayakta Bakım Harcamaları, Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları, Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları, Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları, Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları, Yatırım Harcamaları, Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar olarak belirlenmiştir.

Sağlık hizmet kaynaklarının kullanımında etkili olan kriterlerin ikili karşılaştırılması aşamasında beş uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşleri neticesinde kriterlerin ağırlık sıralaması; Toplam Sağlık Harcamaları (0,28), Cari Sağlık Harcaması (0,19), Hastane Harcamaları (0,09), Ayakta Bakım Harcamaları (0,07), Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları (0,06), Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları (0,07), Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları (0,07), Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları (0,03), Yatırım Harcamaları (0,05), Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar (0,04) olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmet kaynaklarının kullanımı için yapmış olduğumuz çalışmanın sonuçlarına göre önem derecesi açısından ilk sırada yer alan 0,28 ile Toplam Sağlık Harcamaları olmuştur. Toplam sağlık harcamalarının etkin bir şekilde yönetilmesini sağlamak için sağlık hizmetlerinin verimli kullanımı önemlidir. Sağlık hizmetlerinin verimli kullanımı, kaynakların doğru ve etkin bir şekilde tahsis edilmesini gerektirir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin etkinlik analizleri yapılabilir ve maliyet-fayda analizleriyle desteklenebilir. Bu analizler, sağlık hizmetlerinin gerçek değerini belirlemeye ve kaynakların en iyi şekilde kullanılmasını sağlamaya yardımcı olur. Kaynakların yeniden yönlendirilmesi de sağlık hizmetlerinin verimli kullanılmasında dikkate alınabilir. Verimsiz veya gereksiz sağlık hizmetlerinin tespit edilmesi ve kaynakların daha etkili alanlara yönlendirilmesi sağlanabilir. Örneğin, önleyici sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılabilir.

Sağlık kaynakları açısından iyi bir konumda olan bir ülkenin, sağlık sisteminin ve o sistemin etkinliğinin yüksek olduğu anlamına gelmez. Ülkelerin sağlık kaynaklarını nasıl etkin bir şekilde kullandıkları da bu noktada önemlidir ve bu konuda ayrıca analiz edilmelidir.



Ülkelerin sağlık kaynaklarının artırılmasının yanı sıra bu kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması yoluyla sağlık durumlarının iyileştirilmesi önemlidir.

Bu çalışma kapsamında değerlendirilmeyen diğer sağlık kaynağı göstergelerine ilişkin veriler elde edilerek daha kapsamlı bir sıralama ve karşılaştırma yapılabileceği düşünülmektedir. Araştırmacılara, incelenen kriterleri uzman görüşü olarak ve farklı karar verme tekniklerini kullanarak ağırlıklandırdıktan sonra, bir veya daha fazla ÇKKV tekniğini aynı anda uygulayarak kriterlerin sıralamasını gözlemlemeleri önerilir.

EK-1

Tablo 3. Cari Sağlık Harcaması, Hastane Harcamaları, Ayakta Bakım Harcamaları, Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları, Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları, Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları, Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları, Yatırım Harcamaları ve Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar'ın Yıllar İtibariyle Değişimi

Yıllar	HARCAMALAR	Genel Toplam		Genel Devlet Harcamaları (1)		Özel Sektör Harcamaları (2)		Genel Toplam		Genel Devlet Harcamaları (1)		Özel Sektör Harcamaları (2)	
		(1+2)	Toplam	Toplam	%	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	%	Hane Hakları	Diğer	
2010	Cari Sağlık Harcamaları	58.623	45.726	78,6	15.307	477	29.941	12.897	21,4	9.891	3.007		
	Hastane Harcamaları	24.933	22.497	90,2	9.167	55	13.275	2.436	9,8	1.400	1.036		
	Ayakta Bakım Harcamaları	11.024	6.333	57,4	3.654	254	2.424	4.691	42,6	3.899	792		
	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	19275	15.171	78,7	1.620	4	13.547	4.104	21,3	3.516	588		
	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	664	664	100	601	63	-	-	-	-	-		
	Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	289	155	53,6	-	-	155	135	46,7	-	135		



	Sınıflandırmaya n Diğer										
	Kategorideki Sağlık Harcamaları	2436	907	37,2	265	102	541	1.529	62,8	1.076	454
	Yatırım Harcamaları	3054	2756	90,2	1.902	100	754	299	9,8	172	127
	Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	61678	48482	79	17.209	577	30.695	13196	21	10.062	3134
	Cari Sağlık Harcamaları	65.372	51.728	80	17.230	445	34.052	13.644	20	10.391	3.253
	Hastane Harcamaları	28.543	26.135	92	9.832	52	16.251	2.408	8,4	1.248	1.161
	Ayakta Bakım Harcamaları	13.082	8.027	61	4.874	216	2.936	5.056	39	4.188	867
2011	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	20331	15.855	78	1.703	8	14.144	4.476	22	3.828	648
	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	579	579	100	508	71	-	-	-	-	-
	Genel Sağlık Yönetimi ve	317	171	54	-	-	171	146	46	-	146

Sigorta										
Harcamaları										
Sınıflandırmaya										
n Diğer										
Kategori	2518	961	38	314	98	550	1.566	62	1.127	429
deki Sağlık										
Harcamaları										
Yatırım										
Harcamaları	3236	2852	88	1.856	112	885	384	12	199	185
Toplam Sağlık										
Harcamalarının										
Finansman										
Kaynağına Göre	68607	54580	80	19.086	557	34.937	14028	20	10.590	3438
Yapılan										
Harcamalar										
Cari Sağlık										
Harcamaları	70.288	55.648	79	14.465	531	40.652	14.640	21	11.198	3.442
Hastane										
Harcamaları	36.088	29.609	82	7.359	59	22.191	6.479	18	4.679	1.801
Ayakta Bakım										
Harcamaları	10.125	7.718	76	4.113	282	3.322	2.407	24	1.873	534
2012										
Perakende Satış										
ve Tıbbi Malzeme	19106	14.492	76	183	9	14.300	4.614	24	3.965	648
Harcamaları										
Halk Sağlığı										
Programlarının										
Sunumu ve	2546	2546	100	2.466	79	-	-	-	-	-
Yönetimi										
Harcamaları										



Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	345	194	56	-	-	194	151	44	-	151
Sınıflandırmaya n Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	2077	1.090	53	343	102	645	987	48	681	306
Yatırım Harcamaları	3901	3137	80	2.028	131	978	764	20	552	212
Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	74189	58785	79	16.493	662	41.630	15404	21	11.750	3654
Cari Sağlık Harcamaları	79.702	62.447	79	15.682	638	46.127	17.255	22	13.491	3.764
Hastane Harcamaları	41.785	34.095	82	8.182	67	25.847	7.689	18	5.637	2.053
Ayakta Bakım Harcamaları	10.807	7.978	74	3.994	340	3.644	2.830	26	2.257	573
Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	21230	15.742	74	61	8	15.673	5.489	26	4.777	712
Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve	3167	3167	100	3.066	101	-	-	-	-	-



Yönetimi Harcamaları										
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	312	207	66	-	-	207	106	34	-	106
Sınıflandırmaya n Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	2398	1.258	53	379	122	757	1.140	48	820	320
Yatırım Harcamaları	4688	3781	81	2.743	172	866	907	19	665	242
Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	84390	66228	79	18.425	810	46.993	18162	22	14.156	4006
Cari Sağlık Harcamaları	88.878	68.974	77	18.213	704	50.058	19.904	23	15.754	4.150
Hastane Harcamaları	46429	37606	81	9566	54	27986	8823	19	6422	2401
2014 Ayakta Bakım Harcamaları	11.624	8.334	72	4.444	351	3.539	3.290	28	2.682	608
Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	24136	17.627	73	72	12	17.542	6.509	27	5.676	833
Halk Sağlığı Programlarının	3836	3836	100	3.714	122	-	-	-	-	-



Sunumu ve Yönetimi Harcamaları										
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	374	225	60	-	-	225	149	40	-	149
Sınıflandırmaya n Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	2479	1.346	54	417	164	765	1.133	46	974	159
Yatırım Harcamaları	5871	4407	75	3.069	40	1.298	1.464	25	1.065	398
Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	94750	73382	77	21282	744	51356	21368	23	16819	4549
Cari Sağlık Harcamaları	96.786	75.622	79	20.265	893	54.464	21.163	22	16.404	4.760
Hastane Harcamaları	51083	41521	81	10726	67	30727	9562	19	6796	2766
2015 Ayakta Bakım Harcamaları	12.341	8.857	72	4.790	425	3.642	3.484	28	2.761	723
Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	25888	19.122	74	70	12	19.040	6.766	26	5.844	923



Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	4374	4374	100	4.218	156	-	-	-	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	416	241	58	-	-	241	174	42	-	174
Sınıflandırmaya Dâhil Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	2683	1.507	56	461	233	814	1.176	44	1.003	173
Yatırım Harcamaları	7782	6499	84	5.021	34	1.444	1.283	17	912	371
Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	104568	82121	79	25286	927	55908	22446	22	17315	5131
Cari Sağlık Harcamaları	112.540	88.279	79	24.290	1.064	62.925	24.261	22	18.531	5.730
2016 Hastane Harcamaları	60141	49099	82	12970	76	36054	11042	18	7677	3365
Ayakta Bakım Harcamaları	14.257	10.283	72	5.606	531	4.145	3.974	28	3.119	855



Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	29321	21.675	74	70	13	21.592	7.646	26	6.602	1.045
Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	5355	5355	100	5.181	174	-	-	-	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	498	272	55	-	-	272	227	45.4	-	227
Sınıflandırmaya Dâhil Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	2967	1.596	54	463	270	863	1.371	46	1.113	238
Yatırım Harcamaları	7216	5733	79	4.441	54	1.238	1.483	21	1.031	452
Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	119756	94012	79	28731	1118	64163	25744	22	19562	6182
Cari Sağlık Harcamaları	130 981	101 786	78	27 694	1 216	72 876	29.195	22	22 770	6 425
Hastane Harcamaları	69 636	56.826	81.6	15 016	77	41 733	12.810	18	9 252	3 558

2017



	Ayakta Bakım Harcamaları	17 163	11 403	66	6 378	602	4 423	5 760	34	4 547	1 213
	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	33 908	25 553	75	64	10	25 479	8 355	25	7 275	1 080
	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	6 011	6 011	100	5 802	209	-	-	-	-	-
	Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	601	293	49	-	-	293	309	51	-	309
	Sınıflandırmaya n Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	3 660	1 700	46	434	318	948	1 960	54	1 696	265
	Yatırım Harcamaları	9 666	7 958	82	7 623	86	249	1 709	18	1 234	475
	Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	140647	109744	78	35.316	1.303	73.125	30.904	22	24.004	6.900
2018	Cari Sağlık Harcamaları	154 998	119.941	78	34 027	1 316	84 598	35.057	23	27 111	7 946



Hastane Harcamaları	80 701	65.373	81	18 523	101	46 748	15.328	19	10 975	4 354
Ayakta Bakım Harcamaları	20 117	13 262	66	7 626	634	5 002	6 855	34	5 428	1 427
Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	41 424	31 438	76	81	29	31 328	9 986	24	8 685	1 301
Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	7 324	7 324	100	7 105	219	-	-	-	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	931	374	40	-	-	374	557	60	-	557
Sınıflandırmaya n Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	4 501	2 171	48	692	332	1 146	2 330	52	2 024	306
Yatırım Harcamaları	10 236	8 080	79	6 433	123	1 523	2 156	21	1 543	612
Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	165234	128021	77	40.461	1.439	86.121	37.213	23	28.655	3.933



2019	Cari Sağlık Harcamaları	188 237	146.232	78	42 650	1 357	102 226	42.004	22	32 090	9 915
	Hastane Harcamaları	97 446	78.550	81	23 885	119	54 546	18.896	19	13 153	5 743
	Ayakta Bakım Harcamaları	23 971	15 862	66	9 229	655	5 979	8 109	34	6 370	1 739
	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	51 922	40 133	77	98	20	40 015	11 789	23	10 191	1 598
	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	8 884	8 884	100	8 662	222	-	-	-	-	-
	Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	949	456	48	-	-	456	493	52	-	493
	Sınıflandırmaya Dış Katagorideki Sağlık Harcamaları	5 065	2 348	46	777	341	1 231	2 716	46	2 375	341
	Yatırım Harcamaları	12 794	10 586	83	8 842	16	1 728	2 207	17	1 537	671
	Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre	201031	156819	78	51 492	1 373	103 954	44 212	28	33 626	10585



2020	Yapılan Harcamalar										
	Cari Sağlık Harcamaları	233 062	183.759	79	56 376	1 598	125 784	49.303	21	38 294	11010
	Hastane Harcamaları	123 397	101.147	81.6	32 208	139	68 800	22.250	18	15 709	6 542
	Ayakta Bakım Harcamaları	25 664	16 378	64	10 437	696	5 245	9 286	36	7 597	1 689
	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	63 053	49 153	78	132	8	49 014	13 900	28	12 155	1 745
	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	13 055	13 055	100	12 777	278	-	-	-	-	-
	Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	1166	512	44	-	-	512	654	56	-	654
	Sınıflandırmaya n Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	6 726	3 514	52	823	477	2 214	3 212	48	2 833	379
	Yatırım Harcamaları	16 870	14 304	85	12 551	34	1 719	2 566	15	1 812	754
	Toplam Sağlık	249932	198062	79	68 927	1 632	127 504	51 869	21	40 105	11764



Sinop Üniversitesi Boyabat İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
e-Dergisi
Cilt: 3 Sayı: 1



Harcamalarını
n Finansman
Kaynağına
Göre Yapılan
Harcamalar

Kaynak: TÜİK (2022).

Kaynakça

- Ağır,H.; Tıraş,H.H. (2018). Türkiye’de Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 15, (2), 643-670.
- Atasever, Mehmet (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi, Bakanlık Yayın No: 983, Ankara, 293 s.
- Akdur, R. (2000). Sağlık Hizmetleri ve Sınırlı Kaynakların Dağıtımı (Tartışılması Gereken Sorular). *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, Cilt 8(1), 38-45.
- Bekmezci, M. (2018). Sağlık kurumlarında tedarik ve malzeme yönetimi. II. International Applied Social Sciences Congress, 714–717.
- Burns, L.R., DeGraaff, R.A., Danzon, P.M., Kimberly, J.R., Kissick, W.L., ve Pauly, M.V. (2002). The Wharton School study of the health care value chain. The health care value chain: producers, purchasers and providers. San Francisco: Jossey-Bass, 3-26.
- Çelik, Y. (2011). Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 1, (1), 0 – 0.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 1948.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2022.
- Gülhan, Y. ve Coşkun, S. (2017). TS EN 15224 healthcare service - the comparison of quality management system to other quality systems in healthcare. *Pressacademia*, 4(3), 410-416.
- Hayran O, Sağlık Yönetimi Yazıları, SAGEYA Yayınları, ISBN:978-605-88828-9-8, Ankara, s.10 38-40, 115-116, 2012.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*(1), 1-22.
- Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Antalya, Türkiye.
- Özcan, Y. (2013). Sağlık kurumları yönetiminde sayısal yöntemler. (Ş. Kavuncubaşı ve S. Yıldırım, Çev.), Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Paksoy, S. (2017). *Çok Kriterli Karar Vermede Güncel Yaklaşımlar*. Adana: Karahan Kitabevi.
- Saaty, T. L. (1980). The Analytic Hierarchy Process: Planning Priority Setting. *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*



- Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. (2011). Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından yayınlanmıştır. Erişim T: 20.03.2022
- Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. (2012). Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından yayınlanmıştır. Erişim T: 20.03.2022
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB), Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, s.10, 2011.
- Tengilimoğlu, D. ve Yiğit, V. (2013). Sağlık işletmelerinde tedarik zinciri ve malzeme yönetimi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- TÜİK Haber Bülteni (2020), Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Haber Bülteni, Sayı: 37192.
- TÜİK (2022), www.tuik.gov.tr Erişim T: 20.03.2022
- Uslu, Y. (2021). TOPSIS ve VIKOR Yöntemleri Kullanılarak OECD Ülkelerinin Sağlık Kaynağı Göstergeleri Açısından Karşılaştırılması. *OPUS International Journal of Society Researches*, 18 (44), 7668-7692 . DOI: 10.26466/opus.961183

BİR MÜLKİLEŞME STRATEJİSİ OLARAK UMUMİ MÜFETTİŞLİK

Tutku ÇAVUŞOĞLU¹

Özet

Umumi müfettişlik Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşuna damga vurmuş bir kurum olarak karşımıza çıkmaktadır. Osmanlı Devleti'nin son döneminden itibaren tarihsel kökenlerini bulabileceğimiz umumi müfettişlik, gerek cumhuriyetin kuruluş dönemindeki Birinci Meclis tartışmalarında ve 1921 Anayasası'nda gerekse sonrasında 1927 yılındaki kuruluşuyla birlikte Türkiye idare sisteminin yeni bir kurumu olarak idare tarihinde yerini almıştır. Neden Türkiye'nin idari sisteminde valilerin üzerinde bir konumdaki umumi müfettişlere ihtiyaç duyuldu? Bu çalışmada asıl aranılan bu sorunun cevabıdır. Bu sorunun cevabı üç temel dayanak noktası üzerinden bu çalışma boyunca yanıtlandırmaya çalışılmaktadır. Bu dayanak noktaları ise asayiş meselesi, köylülük ve kıt kaynaklar ve geniş vilayetlerin kurulmasıdır. Bunlar üzerinden umumi müfettişliğin dönemin Türkiye Cumhuriyeti'nin sosyo-ekonomik durumuyla ilişkisi daha net olarak anlaşılabilir. Bu çalışmada umumi müfettişlik bir mülkileşme stratejisi olarak el alınmıştır. Mülkileşmedeki rolü ve kuruluşunun arkasında yatan sebepler üzerinden tartışılmaktadır. Umumi müfettişlik kurumunun kuruluşunun arkasında yatan sebep mülkileşmenin sağlanması mıdır? Bu çalışmada bu soruya cevap verilmekte ve asayiş meselesi, köylülük ve kıt kaynaklar ve geniş vilayetler kurulması üzerinden, arkasında yatan sebebin bu olduğu sonucuna varılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İdare Tarihi, Cumhuriyet Tarihi, Umumi Müfettişlik.

Jel Kodları: H80, H83, H89.

Alındığı Tarih: 02.06.2023 / Kabul Edildiği Tarih: 25.07.2023 / Açık Erişim Tarihi: 09.08.2023

General Inspectorship As a Territorial Administration Strategy

Abstract

The general inspectorship appears as an institution that left its mark on the establishment of the Republic of Turkey. The general inspectorship, whose historical origins can be found since the last period of the Ottoman Empire, has taken its place in administrative history of the Republic of Turkey as a new institution of Turkey administration system, both in the First

¹ Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi, tutkuucavusoglu@gmail.com.

Parliamentary debates during the establishment period of the republic and in the 1921 Constitution and after its establishment in 1927. Why were general inspectors needed in Turkey's administrative system above governors? The main research issue in this study is the answer to this question. The answer to this question is tried to be answered through three main points throughout this study. These points are the issue of public order, the peasantry and scarce resources and the establishment of large provinces. Through these, the relationship between the general inspectorship and the socio-economic situation of the Republic of Turkey at the establishment period can be understood more clearly. In this study, general inspectorship is considered as a strategy of territorial administration and its role in territorial administration and the reasons behind its establishment are discussed. Is the reason behind the establishment of the general inspectorship institution to ensure territorial administration? In this study, this question is answered and it is concluded that this is the reason behind it, through the issue of public order, the peasantry and scarce resources and the establishment of large provinces.

Keywords: Administrative History, the history of Republic of Turkey, the General Inspectorship.

Jel Codes: H80, H83, H89.

1. Giriş: Tarihsel Köken

Umumi müfettişlikler II. Abdülhamid döneminden 1952 yılına kadar salınımlar içerisinde idare tarihinde yerini almış ve mülkileşme açısından dikkate değer bir kurum olarak karşımıza çıkmaktadır. Cumhuriyet döneminde 1927 yılında kurulmuş ve 1948 yılına kadar uygulamada kalarak, Cumhuriyet'in kuruluşunun mülkileşmesine damga vurmuş bir kurumdur. Bu çalışmanın konusu olan Cumhuriyet dönemi umumi müfettişliğini anlamak için tarihsel köklerine bakmakta fayda vardır. İlk olarak II. Abdülhamid döneminde valinin üstünde ve olağanüstü yetkilere sahip bir kurum olarak kurulmuştur. Asayişin sağlanması umumi müfettişlerin temel görevi olarak görülmektedir. Hatta umumi müfettişler doğrudan II. Abdülhamid ve Babıâli'ye rapor vermektedirler. Raporların gittiği aracı bir kurum olmaması ve umumi müfettişlerin bu dönemde II. Abdülhamid'in yakın çevresinden seçilmesi önemlidir. Asayişin yanında adli, idari, mülki, mali ve iktisadi konularla birlikte imar, bayındırlık, eğitim meseleleriyle de müfettişler ilgilenmektedirler. II. Abdülhamid döneminde umumi müfettişlerin bütün Osmanlı coğrafyasında değil ama ihtiyaç halinde bazı bölgelerde görev yaptıkları görülmektedir. Uygulamalarına baktığımızda ıslahat programlarının uygulanacağı

problemlili bölgelere umumi müfettişler atanmaktadır (Koçak, 2016: 31-37; Yücebaşı, 2021: 6-31). Koçak'a göre:

“Umumi müfettişlik uygulamasının Osmanlı yönetimi açısından taşıdığı özellik, kurumun özellikle bölgede uygulanması öngörülen/talep edilen ıslahat yönünden büyük devletlerin hazırladıkları projeler içinde yer alması ve umumi müfettişin Osmanlı idari örgütlenmesi içindeki özel konumuydu.”(Koçak, 2016: 36)

II. Meşrutiyetin ilanından sonra umumi müfettişlikler kaldırılmıştır. Fakat 1913 tarihli İdare-i Umumiye-i Vilayat Kanunu Mukavvati'nda umumi müfettişlik ile ilgili bir hüküm bulunmamasına rağmen Osmanlı Devleti'nin Londra Büyükelçisi Tevfik Paşa, Osmanlı Devleti'nin her biri üç veya dört vilayetten oluşan bölgelere ayrılacağını İngiliz Dışişleri Bakanlığı'na bildirmekteydi. Ve her bir bölgenin başında bir umumi müfettiş bulunacağı vurgulamaktaydı. Özellikle doğu vilayetlerindeki ıslahatlar bu kurum üzerinden yapılacaktı. Fakat yabancı devletler umumi müfettişlerin yabancı olmasını talep etmekteydiler. Umumi müfettişlerin yetkileri ve görevlerine ilişkin talimatname çıksa da, 1914 yılında yabancı devletlerin, yabancı umumi müfettiş ısrarı sebebiyle bu makamın tekrar tahsis edilmesinden vazgeçilmiştir. Mütareke döneminde İstanbul hükümeti umumi müfettiş ataması yapmış olsa da daha önceki uygulama gibi kapsamlı organize edilmemiştir. Esas olarak sıkıyönetim ilan etmeye, mevcut askeri teşkilatı lağvetmeye ve Kuvayi İnzibatiye teşkil etmeye yetkiliydi (Koçak, 2016: 37-40; Özbay, 2022: 26-34). Dolayısıyla doğrudan mütareke döneminin şartlarından doğmuştu.

Cumhuriyet dönemi umumi müfettişliği ile Osmanlı dönemindeki uygulaması arasında temel farklar vardır. Osmanlı'da kurulan umumi müfettişliklerde Cumhuriyet döneminde kurulanlar gibi hassas bölgelerde kurulmuştu. O bölgelerin karakteristik özellikleri Gayrimüslim halkın yoğun olarak o bölgelerde yaşaması ve yabancı devletlerin baskı alanı içinde bulunmasıydı. Osmanlı Devleti'nin bu kurumu tahsis etmesinde en temel neden yabancı devletlerin baskısına, genel vali isteği ve ıslahat yapılması talebine bir cevap verebilmektir (Yücebaşı, 2021: 27-30). Osmanlı Devleti'nin 19. Yüzyıl boyunca sahip olduğu parçalanmayalım şiarıyla umumi müfettişlik arasında doğrudan ilişki vardır. Hassas bölgelerde isyanlar çıkmaması ve bu olası isyanların yabancı devletlerin desteğiyle bağımsızlığa gitmesini önlemek amacı esastır. 1932 yılında TBMM'de umumi müfettişlik ile ilgili konuşma yapan İçişleri Bakanı Şükrü Kaya'nın söyledikleri farkın anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır:

“Vaktiyle Rumeli'nde bir müfettiş-i umumilik vardı. Fakat eski müfettişlik ile yenisi arasında büyük fark vardır. Eski idare-i vilayet kanunuyla bugünkü arasında fark olduğu gibi. O zamanki müfettişlik 1878'de Berlin'de toplanan komisyon tarafından Bulgaristan'ı Türkiye'den ayırmak amacıyla yapılmıştı. Eski Rumeli nizamnamesinin

temeli bu amaca dayanıyordu. O müfettişlikler ecnebiler tarafından yapılmıştı. Hâlbuki biz şimdi doğrudan doğruya Türkiye Cumhuriyeti'nin amacı ve Türk Milletinin çıkarları doğrultusunda umumi müfettişliği kuruyoruz.” (Burgaç, 2013: 11-12)

Türkiye Cumhuriyeti'nde umumi müfettişlikler yukarıdaki alıntıdan da anlaşılacağı gibi daha çok iç dinamiklerden doğmuştur. Esas amaç mülkileşmedir ve temel ayırım buradan kaynaklanmaktadır. İlerleyen bölümlerde görüleceği gibi Osmanlı Devleti'nin toprak bütünlüğü konusundaki hassasiyeti Cumhuriyet'in kurucu kadrolarında da olmakla birlikte yabancı devletlerin baskısına bir cevap olarak doğmamıştır. Temel ayırım olarak bunun altını çizmekte fayda vardır. Cumhuriyet dönemi umumi müfettişliği çalışmamızın genel planına geçmeden önce mülkileşme kavramının nasıl anlaşıldığını açıklamak gerekmektedir. Mülkileşmeden anladığımız merkezileşmedir. Fakat merkezileşme sadece merkezin taşra ve onun yerel dinamikleri üzerinde kuvvetlenmesi değildir. Bunun yanında mülki idarenin de merkezileşmesidir (Karasu, 2015: 359-361). Ele alınan dönemde devletin toprak üzerinde örgütlenmesinde temel strateji merkezileşmedir. Toprağa sabitleme ve idari sağlamlaştırma aracı olarak umumi müfettişlik kurumunun Cumhuriyet'in mülkileşmesindeki temel kurumlardan biri olduğu görülmektedir. Literatürdeki umumi müfettişliklere ilişkin yapılmış çalışmaların esas odaklandığı nokta umumi müfettişliklerin asayiş ile ilgili görevleridir. Ve yapılan çalışmalar asayiş meselesi üzerine bile mülkileşme ile umumi müfettişliklerin bağına kurmamışlardır. Buna ek olarak Türkiye Cumhuriyeti'nin o dönemki sosyo-ekonomik yapısı ile umumi müfettişlikler arasındaki ilişkide yeterince sorgulanmamıştır. Mülkileşme stratejisi olarak konuyu ele aldığımızda ve bunu dönemin sosyo-ekonomik durumu ile ilişkilendirdiğimizde daha bütünlüklü bir analizin mümkün olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın mülkileşme açısından ve onun üç temel dayanak noktası üzerinden umumi müfettişlikleri incelemesindeki amaçta budur.

Bu ekseninde çalışma esas olarak 2 ayrı tartışmadan oluşmaktadır. Birinci tartışmada 1921 Anayasası ve Birinci Meclis tartışmaları üzerinden umumi müfettişlik kurumu incelenecektir. 1927'de kuruluşundan önceki hazırlık ve tartışmaları görmek açısından Birinci Meclis'teki tartışmalar kritiktir. İkinci tartışmada ise 1927'de umumi müfettişliğin kuruluşundan itibaren tarihsel konumu umumi müfettişlik örnekleri üzerinden tartışılacaktır. Bu kısımda kronolojik tarihsel gelişimin anlatılması yerine umumi müfettişliğin Türkiye Cumhuriyeti'nde neden kurulduğunun maddi zemini açıklanmaya çalışılacaktır. Bu ekseninde de tarihsel konumu üç temel argüman üzerinden araştırılmaktadır. Bunlar asayiş meselesi, köylülük ve kıt kaynaklar ve geniş vilayetler kurma planıdır. Bu çalışmadaki tezin esası mülkileşmede umumi müfettişliğin kurulmasının nedenini bu üç temel argümanla açıklanmasıdır. Bu iki ayrı kısım

esasinda birbirinin devamı niteliğinde olan bir süreci ifade etmektedir. Birinci Meclis dönemindeki uygulanması istenen umumi müfettişlik ile 1927’de kurulan umumi müfettişlik arasındaki farklılıklardan ziyade, bu çalışmada bütünü kavramak esas olacaktır. Neden umumi müfettişlik Türkiye Cumhuriyeti’nde kuruldu? Bu çalışmada asıl araştırılan bu sorunun cevabıdır.

2. Birinci Meclis ve Umumi Müfettişlik

1920-21 yıllarında Birinci Meclis birçok tartışmalara tanıklık etmiştir. Dönemin dinamikleri itibariyle parçalı bir yapıdan oluşan mecliste neredeyse her siyasi düşünce temsil edilmekteydi. Dolayısıyla tartışmalarda fazla olmaktadır. Birçok konuda karşılıklı kutuplar ortaya çıktığı görülmektedir. Özellikle idare alanında tartışmalar yoğunlaşmaktaydı. Adem-i merkeziyet ve merkeziyet tartışmalarının Osmanlı Devleti’nin son yıllarına özellikle İkinci Meşrutiyet dönemine damga vurduğunu bilinmektedir. Tam bu eksende Birinci Meclis’te de bu tartışmalar devam etmekteydi. Konumuz açısından önemi ise umumi müfettişliğin 1921 Anayasası’nda yer alması ve Anayasa’nın ilgili maddelerinin büyük tartışmalara sebep olmasıdır. Dönemin zihniyetini anlamak için çok değerli tartışmalar olmakla birlikte, 1927 yılına giden süreci de anlamamız için çok önemlidir. Dolayısıyla Teşkilat-1 Esasiye Kanununa bakmadan önce umumi müfettişlik ile ilgili maddelerin meclisteki tartışmalarını irdelemek gerekmektedir.

Meclis görüşmelerindeki tartışmalar mülki idareye verilecek olan salahiyet ile ilgiliydi. Teşkilat-1 Esasiye Kanunu’nun² önerilen ilk halinin 23. Maddesi “*Vilayetler, iktisadi ve içtimai münasebetleri itibariyle birleşerek, umumi müfettişlik muntakalarını vücuda getirirler.*” şeklindeydi. Bu maddenin görüşülmesinde mecliste tartışmalar alevlenmiştir. Aydın mebusu Tahsin Bey vilayetlerin birleştirilmesinden çok klasik bir teftiş mekanizması kurulmasını istemekte ve vurgulamaktaydı. Ona göre vilayetlerin birleştirilmesine lüzum yoktu. Fakat her vilayette bir umumi müfettiş bulunmalıydı. Karesi mebusu Vehbi Bey ise “*Salahiyeti tevsi etmek ve fakat icraatta teftişi teşdit etmek gerekir. (...) Müfettişi umumiler yalnız teftişle değil, belki memleketin heyeti umumiyesinde vahdeti muhafaza ile de mükelleftir ve asıl gaye budur*” demektedir (Demirkent & Sevinç, 2021: 357). Kastamonu mebusu Suat Bey ise umumi müfettişliklerin vilayetlere verilen salahiyetlere zarar vereceğinden bahsetmektedir:

“Yozgad’da, Çorum’da, Kayseri’de, Sivas’ta vilayetler teşkil ettik, bu vilayetlere salahiyetleri vasia verdik. Umuru maliyesi itibariyle onların fevkinde birtakım vezaifi umumiyeyi de merkezi Hükümet kendisine alıyordu. Bu salahiyet muntazam işleyip

²Teşkilat-1 Esasiye Kanunu’nu ile ilgili alıntılarda Prof. Dr. Suna Kili ve Prof. Dr. A. Şeref Gözübüyük’ün Latin harfleri ile transkripsiyonu bu metin boyunca kullanılmıştır. (Gözübüyük & Kili, 2000: 100-103).

dururken müfettişi umumilere ne gibi vazife vereceğiz? (...) Şimdi biz yeniden bir Müfettişi Umumilik kabul edecek olursak, bu Müfettişi Umumilik bir kademe teşkil edecektir. Tabii idarei mahalliye doğrudan doğruya Dahiliye Vekaleti ile munasebattar olup dururken, araya bir de Müfettişi Umumilik girecek... Buna vermiş olduğumuz vazife gayri muayyen bir surette tesbit edilmiştir. (...) Eğer memleketteki idareyi sadeleştirmek, idarei mahalliye'nin salahiyetini tevsi etmek istiyorsak, halkı bu gibi kuyuttan azade bulundurmamak mecburiyetindeyiz zannediyorum. Onun için bu maddenin lağvını bendeniz teklif ederim. İdarei merkeziye, muhitte merkez arasındaki münasebatı teyit edecek surette ayrıca ve doğrudan doğruya merkezi tahtı emrinde teşkilat yapılsın... Yoksa bunların mevcudiyeti, idarei mahalliyelere vermek isteğimiz salahiyeti tahdit edici mahiyettedir. Bu kademe de teşkil edecektir ve maksadımız kaybolacaktır.” (Demirkent & Sevinç, 2021: 358-359)

Vehbi Bey ise yanlış anlamaları önlemek için maddeyi revize etmeyi önerir: “*Vilayetler, iktisadi ve içtimai münasebet itibariyle birleştirilecek, umumi müfettişlik kıtaları meydana getirilir.*” Tasarı bu değişiklik ile kabul edilir. Fakat Suat Bey düşüncelerinde ısrarcıdır ve tasarının kaldırılmasını talep eder. Maddenin değiştirilmiş hali ile de vilayetler ile Dahiliye Vekaleti arasında bir kademe tahsis etmek anlamına geldiğini ve daha önce vilayetlere verdikleri salahiyetlerin bir üst kurum ile ortadan kaldırıldığını ısrarla vurgulamaktadır. Ona göre umumi müfettişlik olmadan da teftiş yapılabilecektir. Fakat Vehbi Bey’in bunun üzerine söyledikleri meseleyi daha da açıklığa kavuşturmaktadır:

“Biz vaz ettiğimiz esasatı bu memlekette tarsin için Müfettişi Umumiler bulundurmaya mecburuz. Tesadüme meydan bırakmamak ve daimi bir kontrol altında bulundurmaya ihtiyacındayız. Bu ihtiyacı temin için Müfettişi Umumilikler bulundurmaya mecburiyetindeyiz. Buradan merkezden rastgele müfettiş göndermek kabil değildir. Böyle muntıkavi teşkilat yapıp, oraları nezareti mütemadiye altında bulundurmaya için bu şimdiki teşkilatı meydana getirmek pek zaruri ve lazımdır.” (Demirkent & Sevinç, 2021: 360-362).

Esasen umumi müfettişlik ile ilgili iki tasarı vardır. İlk tasarımı “Mülkiye Müfettişleri Teşkilî Hakkında Kanun Teklifi” adı altında Karesi mebusu Vehbi Bey hazırlamıştı. Vehbi Bey’in umumi müfettişlikleri savunmasının nedenini bu durum göstermektedir. Tasarıya göre umumi müfettişlerin 10 yıllık tecrübeye sahip olmaları ve Dahiliye Vekaletince atanması isteniyordu. Geniş denetim yetkileri verilmişti ve raporları doğrudan Dahiliye Vekaletine ileteceklerdi. Memurları görevden el çektirme yetkisi tanınmıştı ve bunun için rüesayı memurunin tasdikine gerek yoktu.³ İkinci tasarı ise hükümetin İcra Vekilleri Heyetince “Müfettişi Umumilik Hakkında Kanun Layihası” adı altında hazırlanmıştı. Bu tasarıda ise ilk tasarıya nazaran daha geniş yetkiler ve görevler umumi müfettişlere tanınmıştı. Esas olarak

³Tasarının tam metninin Latin harfleri ile transkripsiyonunu Ferit Yücebaş ilgili çalışmasında yayınlamıştır. Bkz. (Yücebaş, 2021: 49-50).

güvenlik ile ilgili yetkileri vardı. Güvenlik güçleri üzerindeki yetkileri hayli geniş tutulmuştu. Ve dikkate değer bir şekilde emirlerinde askeri bir birlik vardı. Karışıklık olması ve durumun merkeze haber verilemeyeceği olaylarda inisiyatif alma yetkileri vardı. Sıkıyönetim ilan edebiliyorlardı. Sadece mülkileşmeyi sağlamakla kalmayacaklar ayrıca mahalli idarelerin denetimini de umumi müfettişler yapacaklardı. Mahalli idareler her türlü görüşmelerinden ve yazışmalarından umumi müfettişleri haberdar edeceklerdi.⁴ Bu ikinci tasarının tartışmalarına geçildiğinde önceki tartışmalardan da sert bir ortamla karşılaşmaktayız. Örneğin daha önce umumi müfettişliğin gerekliliğini savunan Vehbi Bey tasarıya karşı olmakla kalmamış; umumi müfettişliklere doğrudan karşı olmak gerektiğini söylemiştir. Bunda kendi tasarısının kabul edilmemiş olması da kuşkusuz etkili olmuş olabilir. Bu tasarıdan anlaşılanın memlekette yeni Babîliler tahsis edileceği ve halkın, köylülerin kapıdan kapıya dolaştırılacağını söylemiştir. Tasarıya ve umumi müfettişliğe karşı çıkan sadece Vehbi Bey değildir. İzmir Mebusu Sırrı Bey bu tasarının millet için değil, milleti idare etmek için hazırlandığını söylemektedir (Koçak, 2016: 52-53). Erzurum Mebusu Durak Bey de umumi müfettişlikleri Babîli idaresi, yani Osmanlı dönemi idaresi ile benzeştirerek tasarıya çok sert bir biçimde karşı çıkmaktadır.

“Eğer biz Babîli idaresini bir daha vücuda getirmek istiyorsak, bu kanunu kabul edelim. Bunlar Babîli şeklidir. (...) Babîli idaresi artık ölmüştür, bir daha dirilmez. O şekiller artık katiyen mezara girmiştir.(...) Eğer biz şimdi böyle bir kanun kabul edersek,(...) tarih bana lanet eder.” (Koçak, 2016: 56)

Hüseyin Avni Bey ise umumi müfettişlikler için şu soruyu soruyordu: *“Bunlar kral mıdır? Yoksa vali midir?”* Mecliste tasarımı savunanlarda vardı. Sinop mebusu Hakkı Hilmi Bey tasarımı destekliyordu (Koçak, 2016: 57; Yücebaş, 2021: 60). Ona göre güvenlik problemi ancak bu yeni tahsis edilecek kurum ile çözülebilirdi. Adana Mebusu Zekai Bey de en büyük sorunun asayiş problemi olduğunu ve umumi müfettişlerin emrinde jandarmalar olduğu için bu sorunu çözebileceğini, dolayısıyla geniş yetkiler verilmesi gerektiğini savunmuştur. Aydın mebusu Mazhar Bey de *“Öteden beri yanan, kanayan, sızlayan bütün ahalinin hukukunu muhafaza ve temin etmek ile mükelleftir”* diyerek desteklemiştir (Yücebaş, 2021: 60-65). Dolayısıyla mecliste mahalli idarenin salahiyetine zarar verir diyerek tasarıya karşı olanlar ile asayiş sorununu çözmek için umumi müfettişlikler gereklidir diye iki kanat vardır. Fakat hükümet yetkilileri dışında meclis tutanaklarına baktığımızda savunanların sayısının çok az olduğu görülmektedir ya da en azından karşı çıkanların sesi daha çok çıkmaktadır. Müdafei Milliye Vekili olarak Refet Paşa'nın tasarımı tek başına sahiplenmesi de bunu göstermektedir.

⁴Layihanın tam metninin Latin harfleriyle transkripsiyonunu Cemil Koçak ve Ferit Yücebaş kendi çalışmalarında yayınlamıştır. Bkz. (Koçak, 2016: 49-52 ; Yücebaş, 2021: 51-53).

Tam da bu nedenlerle meclisten geçmeyeceği anlaşılmıştır. Tasarının maddelerinin görüşülmesine geçilmeden, ivedilikle görüşülmesine geçilmiş ve aslında tasarı geri çekilmiştir.

1921 Anayasa'nın maddeleri incelendiğinde umumi müfettişlikler ve yukarıdaki tartışmalar daha net olarak anlaşılacaktır. Anayasa'nın 11. Maddesinde *“Vilayat mahalli umurda manevi şahsiyeti ve muhtariyeti haizdir.”* ibaresi bulunmaktadır. Yukarıda umumi müfettişliğe ilişkin vilayete verdiğimiz yetkilerden geriye dönmek olarak mebuslar tarafından vurgulanan tartışmalar doğrudan bu madde ile ilgilidir. Teşkilatı Esasiye Kanununda dönemin koşulları ve Birinci Meclis'in yapısı itibariyle bazı ihtiyaçlara ve taleplere cevap olacak nitelikte maddeler vardır. Madde 11'in devamında ise salahiyet vurgusu şu ifadeler ile belirtilmiştir: *“Harici ve dahili siyaset, şer'i adli ve askeri umur, beynelmilel iktisadi münasebat ve hükümetin umumi tekalifi ile menafi birden ziyade vilayata şamil hususat müstesna olmak üzere Büyük Millet Meclisince vaz edilecek kavanin mucibince Evkaf, Medaris, Maarif, Sıhhiye, İktisat, Ziraat, Nafia ve Muaveneti içtimaiye işlerinin tanzim ve idaresi vilayet şuralarının salahiyeti dâhilindedir.”* Madde 13'e göre vilayet şurası açıklanmış ve icra salahiyetinin daimi olarak şurada olduğunun altı çizilmiştir. Anayasa'nın 14. Maddesi'nde Vali'nin yetkilerinin de mahalli idareler karşısında sınırlandırıldığını görmekteyiz. *“Vali yalnız devletin umumi vazaifile mahalli vazaiif arasında taaruz vukuunda müdahale eder.”* Dolayısıyla doğrudan mahalli işler üzerinde yetkisi yoktur. 1921 Anayasa'sı vilayat başlığı açısından ve yukarıdaki vurgulanan maddeler açısından meclisten gelen vilayete salahiyet verelim taleplerini karşılamak ve dönemin güç ilişkileri içinde, savaş şartlarında mecliste birliği sağlamak için mahalli idarelere manevi şahsiyet ve muhtariyet vermiştir. Fakat Anayasa'nın bütününe baktığımızda merkezin kendi yetkilerini özellikle taşrada sağlamlaştırmak için birçok emniyet mekanizması görevi gören madde koyduğunu görmekteyiz. Özellikle umumi müfettişliklerin Anayasa'da bulunmasını bu açıdan yorumlayabiliriz. Umumi müfettişliklerin mülkileşme açısından önemi daha öncesinde vurgulanmıştı. Anayasa'da yer almasında da bu durumun yansımaları vardır. Fakat bir diğer nokta da; vilayeti, mülki idareyi ve mahalli idareyi kontrol altına almakla da doğrudan ilgilidir. Madde 23'de bunu çok açık bir ifade ile görmekteyiz: *“Umumi müfettişlik muntikalarının umumi surette asayişinin temini ve umum devair muamelatının teftişi, umumi müfettişlik muntikasındaki vilayetlerin müşterek işlerinde ahengin tanzimi vazifesi umumi müfettişlere mevdudur. Umumi müfettişler devletin umumi vazaifile mahalli idarelere ait vazaiif ve mukarreratı daimi surette murakebe ederler.”* Görüldüğü gibi mahalli idareleri denetleme yetkisi doğrudan umumi müfettişliklere verilerek, manevi

şahsiyetleri ve muhtariyetlerine karşı merkezin yetkilerini koruma mekanizması oluşturulmuştur.

Bu dönemdeki tartışmalar erken dönem cumhuriyetin idare tarihini anlamak ve özellikle mülkileşme açısından umumi müfettişliğin 1927 yılındaki kuruluşundan önceki durumu kavramak için çok önemlidir. 1924 Anayasa'sında umumi müfettişliklerin bulunmaması ama 1927 yılında yine de kurulmasındaki farkı anlamının tek yolu 1921 Anayasası'na bakmak ve dönemin güçlü muhalefetinin adem-i merkeziyet talebini görmekten geçmektedir. Yukarıda anılan isimlerin meclisteki adem-i merkeziyet tartışmalarında da doğrudan adem-i merkeziyet tarafında ve yerele daha fazla yetki verilmeli şeklinde pozisyon almaları da durumu netleştirmektedir. Yerel yönetimin güçlendirilmesi ile ilgili örnekler Anayasa dışında da çoğaltılabilir. Anayasa durumun nihayete ermiş şeklidir sadece. Bu dönemde Osmanlı'dan miras kalmış 36 adet mülhak livanın varlığı da göz ardı edilmemelidir. Bunlar zaman içerisinde müstakil liva haline getirilmiştir. Livalara tüzel kişilik tanınmış, özel bütçe verilmiş ve il yerel meclisleri üzerinden yönetsel karar alabilme ve uygulayabilme hakkı verilmiştir. Savaş dönemi içerisinde yerel iktidar odaklarının desteği bu yolla sağlanmıştır ve onlara idare içerisinde söz hakkı verilmiştir (Keskin, 2007: 123-124). Bir diğer örnek ise doğrudan Mustafa Kemal'in Halkçılık Beyannamesi'dir. Daha sonrasında Anayasa'ya aktarılan vilayetlere verilen manevi şahsiyet ve muhtariyetin doğrudan Birinci Meclis'in reisi tarafından 1920 yılında bu beyanname ile açıklandığı görülmektedir. Bu beyannamenin maddelerinde vilayetlere ve özellikle nahiyelere verilen geniş yetkiler dikkat çekmektedir (Keskin, 2007: 145-149; Önen & Reyhan, 2011: 386-388). Son olarak verilmesi gereken örnek ise İdare-i Hususiye-i Vilayat Kanun Tasarısı'dır. Burada da valinin yetkilerinin alındığı ve yerel yönetime verildiği görülmektedir. Hatta il özel idaresi küçük çaplı bir hükümet haline gelmiştir bu tasarıya göre (Önen & Reyhan, 2009: 10). Mustafa Kemal'in 1 Mart 1922'de yapmış olduğu konuşma yukarıdaki anlatılanların özetlenmesi olarak dikkate değerdir:

“(...) idare usulümüz bilayadüşarı hakimiyetine sahip olan halkın mukadderatını bizzat ve bilfiil idare etmesi esasına müstenittir. Meclisi Alilerine takdim edilmiş olan Müfettiş-i Umumilik, İdare-i Hususiye-i Vilayet ve İdare-i Nevahi Kanun Layihalarının bu ruhu ihtiva ederek kesbi kanuniyet edecekleri kafidir.” (Yücebaş, 2021: 60)

Meclis'in reisinin yaptığı bu konuşma esasında umumi müfettişliğin bu idari mekanizmadaki konumunu net olarak ortaya koymaktadır. Yerele yetki veren bir layihayla, merkezin yerel üzerindeki kontrolünü arttıran umumi müfettişliği aynı anda anması adem-i merkeziyetçi eğilimin karşısına merkeziyetçi umumi müfettişliği koyduğunu göstermektedir. Sonuç olarak vurgulandığı gibi umumi müfettişlik böyle bir atmosferin ürünü olarak, merkezin

mülkileşme stratejisindeki kalkınma durumunda adem-i merkezîyetçi eğilim ve kararlara karşı gündeme gelmiş ama o yıllarda uygulanamamıştır.

3. Umumi Müfettişliklerin Kurulması ve Arka Planı

25 Haziran 1927 tarihinde TBMM’de “Umumi Müfettişlik Teşkilatına Dair Kanun”⁵ kabul edilmiştir. Bu kanun ile birlikte Birinci Umumi Müfettişlik kurulmuştur. 1924 Anayasa’sında⁶ umumi müfettişliğe dair bir ibare bulunmamaktadır. Bunun nedeni değişen siyasi konjonktür ve 1924 Anayasası ile 1921 Anayasası’nın temel farklılıklar içermesinde görülebilmektedir. Ayrıca İkinci Meclis’te Birinci Meclis’te olan muhalefetin olmaması/tasfiye edilmesi ve adem-i merkezîyetçi eğilimlerin ve taleplerin bulunmaması/sınırlı olması en önemli sebeplerdendir. Anayasa’da ki adem-i merkezîyetçi maddelere karşı merkezin bir emniyet mekanizması olarak 1921 Anayasa’sında yer alan umumi müfettişlik kurumu, 1924 Anayasası’nda yer almamıştır. Fakat yine de 1927 yılında Türkiye Cumhuriyeti’nin idari sistemine çok güçlü bir biçimde girmiştir. Peki adem-i merkezîyetçi eğilimler bulunmamasına rağmen neden umumi müfettişlikler kurulmuştur? Arkasında yatan sosyo-ekonomik dinamikler nelerdir? Esas olarak bu kısımda bu dönemdeki umumi müfettişliğin özü kavranacak ve neden kurulduğu araştırılacaktır.

Umumi müfettişlik teşkiline dair kanunun birinci maddesine göre “*mueddit vilayetleri alakadar eder ve bu vilayetlerin müşterek faaliyetiyle izalesi kabil olan ihtiyacat hudusunda, o vilayetlerin üzerinde, mevaddi ahıyede muharrer salahiyetleri haiz umumi müfettişlikler teşkiline ve ihtiyacatın zail olmasıyla, bu müfettişliklerim ilgasına hükümet memurdur.*” Burada vilayetlerin üzerinde ve salahiyet sahibi bir kurum olarak tarif edilmesi dikkat çekmektedir. Madde 3’e göre ise “*Umumi müfettişler, dahiliye vekaletine merbut olup, muntakaları dahilinde asayiş ve inzibatın zeminine nezaret ve kanunun ve nizamın tamamı tatbik ve icrasını mutemadiyen takip ve murakebe ve vekâletlerin kanunen haiz oldukları salahiyetlerden, İcra Vekilleri Heyetince kendilerine tevdiye karar verilenleri istimal ederler.*” Görüldüğü gibi asayiş temelli ve salahiyet tanınan bir kurum olarak Türk idare sisteminde yerini almıştır.

Mecliste görüşülen tasarılar da umumi müfettişler hiyerarşik kademedede, valilerin üstünde yer almaktaydılar. Görülen odur ki umumi müfettişliklerin yetki sınırlarının takdire bağlı olarak genişletilebilmesi her zaman için mümkündür. Vekaletlere ait olan yetkilerin bir

⁵ Cemil Koçak tam metni çalışmasında yayınlamıştır. Bkz. (Koçak, 2016: 80).

⁶1924 Anayasası’nın Latin harfleri ile transkripsiyonunu Prof. Dr. Gözübüyük ve Prof. Dr. Kili yayınlamıştır. Bu çalışmanın 1924 Anayasası ile ilgili değerlendirmelerinde bu transkripsiyondan faydalanılmıştır. Bkz. (Gözübüyük & Kili, 2000: 119-143).

kısmı, icra vekilleri heyeti kararıyla doğrudan doğruya umumi müfettişlere devredilebilmektedir. Fakat hükümetin ve encümenin hazırladıkları tasarılarının son halinde bile yetki genişliğinin ya da daha ötesinde sınırsız bir yetkinin umumi müfettişlere tanınmadığı açıktır. 27 Kasım 1927 tarihli “Umumi Müfettişlik Teşkiline Dair 11(6)4 Numaralı Kanun Mucibince Tanzim Olunan Umumi Müfettişlik Vazife ve Salahiyetlerine Dair Olan Talimatname Meriyete Vazı Hakkında Kararname”⁷ umumi müfettişlerin yetkilerini daha açık biçimde ortaya koymaktadır. Bunlara ek olarak umumi müfettişlik kadrosu içinde sadece sivil bürokrasi değil, fakat subaylarda yer almaktaydı. (madde 2) Bu oluşturulan kurumun ne kadar çok asayişle ilgili olduğunu göstermesi açısından da önemlidir. Umumi müfettişlik kadrosu içindeki memurların soruşturulması, umumi müfettiş tarafından ve onun uygun göreceği şekilde yapılacaktır. (madde 6) Umumi müfettişin sorumlu olduğu mıntıka içerisindeki memurların en üst amiri olduğu görülmektedir. Mıntıkası dahilinde hükümetin vekili ve umum vekillerinin de mümessiliydi. Dolayısıyla “Başta valiler olmak üzere, bütün memurlar kendisine karşı mesul ve gördükleri işlerden ve yaptıkları icraattan izahat ve hesap vermeye mecburdur.” (madde 7) “Umumi müfettiş, alaka göstereceği işin cereyanı ve icrası hakkında, musip gördüğü tarzda muayyen bir istikamet vermek ve ne şekilde ikmalî münasip olacağı hususunda tavsiye ve emirler de bulunmak salahiyetini haizdir” (madde 8) Madde 10’ a göre ise polis, jandarma ve orduyu umumi müfettiş gerek gördüğü durumlarda harekete geçirebilecek inisiyatifte sahipti. Umumi müfettişler asayiş açısından sakıncalı görürlerse valiler ile diğer memurları görevden alabilmektedirler. (madde 11) Madde 12’ye bakıldığında ise umumi müfettişlere sıkıyönetim önerme yetkisi verilmekteydi. Ayrıca “idarei umumiyede amiriyet ve teftiş hakkını haiz olduğu gibi mahalli idarelerde dahi nezaret ve muharebe salahiyetini haizdirler” (madde 13) Sadece mülki idare üzerinde değil, yetkilerini mahalli idare üzerinde de kullanabilmekteydiler. Ayrıca umumi müfettişler mıntıkaları hakkında asayiş konusunda her gün dahiliye vekaletine durum bilgisi ve üç ayda bir de icraat neticelerine ilişkin rapor göndermekteydiler. (madde 15) Asayiş ile umumi müfettişlik ilişkisini göstermesi açısından bu madde de öne çıkmaktadır.

Yukarıda incelediğimiz kanunun sonrasında umumi müfettişliklere ilişkin birçok değişiklik yapılmıştır. Her kurulan umumi müfettişlik için ayrı bir kanun çıkarılmıştır. Bu değişikliklerde zaman zaman yetkileri arttırılmış, zaman zamanda yetkileri azaltılmıştır. Belli vilayetlerden sorumlu olan umumi müfettişlik mıntıkaları değiştirilmiştir. Bizim konumuz açısından bu ayrıntılara girmek yerine, umumi müfettişliklerin neden kurulduğuna, arkasında

⁷ Koçak ilgili çalışmasında kanunun maddelerini yayınlamıştır. Bkz. (Koçak, 2016: 325-329)

yatan sosyo-ekonomik nedene bakmak gerekmektedir. Cumhuriyetin ilk döneminin mülkileşme stratejisini anlamak açısından bu arayış elzemdir.

Umumi müfettişliklerin Türkiye Cumhuriyeti'nde Osmanlı İmparatorluğu'ndaki uygulamasından farklı biçimde kurulmasındaki temel neden mülkileşme amacına dayanmasıdır. Esasında üç temel dayanak noktası vardır ve bunlar doğrudan mülkileşme ile ilgilidir. Bu üç temel dayanak noktası asayiş meselesi, köylülük ve kıt kaynaklar ve geniş vilayetler kurma planıdır. Umumi müfettişliklerin kuruluşundaki sosyo-ekonomik sebebi anlayabilmek için bu üç olguya ayrıntılı olarak bakmak gerekmektedir. Ayrıntılı bakıldığında Cumhuriyet'in kuruluşundaki panoramik görüntüde mülki idare ve mülkileşme stratejileri açısından karşımıza çıkacaktır.

3.1. Asayiş Meselesi

Asayiş meselesinin umumi müfettişliklerin kuruluşunda önemli bir neden olduğu ve esas misyonu olarak görüldüğü yukarı ele aldığımız kanun maddelerinden de anlaşılmaktadır. Asayiş meselesi özellikle 1925 Şeyh Said İsyanı'ndan sonra doğu vilayetleri için önemli bir sorun olarak gündeme gelmiştir. Yeni kurulmuş ve Kurtuluş Savaşı'ndan yeni çıkmış genç cumhuriyetin asayiş konusundaki çekinceleri ile umumi müfettişliklerin kuruluşu arasında doğrudan bağlantı vardır. Baktığımızda Birinci, İkinci, Üçüncü ve Dördüncü Umumi Müfettişliklerin kuruldukları vilayetler, merkezi idarenin asayiş sağlamak konusunda güçlük çektiği veya asayiş konusunda çekinceleri oldukları vilayetlerdir. Birinci Umumi Müfettişlik doğrudan Elaziz, Urfa, Hakkari, Bitlis, Diyarbakır, Siirt, Mardin ve Van vilayetlerinde kurulmuştur. Bu vilayetlerin Şeyh Said İsyanı'nın etkin olduğu vilayetler olması dikkat çekmektedir. Üçüncü ve Dördüncü Umumi Müfettişlikleri'nde yine doğu vilayetlerinde ve esas olarak karışıklıklar olan vilayetlerde kurulduğu görülmektedir. Asayiş ve umumi müfettişlik ilişkisine yönelik 1940'lı yıllarda iki üst düzey ismin yazdıkları konuyu anlamamızı kolaylaştırmaktadır. Birinci Umumi Müfettişliğin kuruluşuna ve asayiş ilişkisine dair uzun yıllar umumi müfettişlik görevlerinde bulunmuş olan Abidin Özmen'in söyledikleri konuyu açıklamak açısından dikkate değerdir. Şeyh Said İsyanı sonrasında bölgedeki durumu 1947 yılında yazdığı bir makalede anlatan Özmen, birebir tanıklık üzerinden bir aktarma yapmaktadır:

“Anadolu'nun güney alanında bilhassa Genç, Diyarbakır, ve Elâzığ illerinde doğrudan doğruya tesirini gösteren ve diğer illere de serpintisi akseden Şeyh Sait hâdisesini müteakip bu illerde fikir, düşünce, idare ve işbirliğine lüzum hasıl olmuş ve bu zaruret esasen kendiliğinden belirmişti. Karışıklığın bastırılmasını müteakip bu ahengi Üçüncü Ordu Müfettişliğinin temin etmesi fiilî bir şekilde yapılmakta idi.(...) Sıkıyönetim

müddeti uzamış ve fakat o havalide emniyet, asayiş ve idare âmirleri arasında çalışma birliğini elde tutmakta devam zarureti karşısında Ordu Müfettişliği dar kadrosu ile hem aslı ödevini hem de aslı olmıyan birçok idarî işleri çevirmekte müşkülât çekiyordu. Bunun üzerine Cumhuriyet Hükümeti, yolsuzluk ve uzaklıkları dolayısıyla henüz bir birlik ve memleketin diğer aksamiyle tam bir idârî, İctimaî âhenkle yürütülmesinde zorluk çekilen güney doğu illerinde hükümetin yakından görüp, işitecek gözü ve kulağı olarak içine aldığı illerde bir kül halinde olan emniyet ve asayişin korunması ve müşterek, sistemli bir idare ve kalkınma temini gayesile o bölgede bir Umumî Müfettişlik kurulmasını düşündü.” (Özmen, 1947: 242-243)

1944 senesinde ise Memduh Şevket Esendal CHP Genel Sekreteri olarak doğu vilayetlerini gezmiştir. Bu gezi sonucunda “Şark Vilayetleri Gezisi Raporu” hazırlamıştır. Esendal’ın CHP’nin ileri gelenlerinden biri olarak doğu vilayetlerine ve umumi müfettişliklere dair söyledikleri asayiş umumi müfettişlik ilişkisine gönderme yapmaktadır. Umumi müfettişlerin doğu vilayetlerindeki farklı etnik gruplara ve onların elebaşlarını fişleme ve sürgüne gönderme politikasının uygulayıcısı olduğunu söylemektedir. Dahası bunun bir asayiş politikası olduğunu söylemektedir (Önen, 2011: 171). Asayiş konusunu daha da netleştiren ise 1936 yılında yapılan Umumi Müfettişler Toplantısı’nın tutanaklarıdır. Tutanaklar boyunca umumi müfettişliklerin asayiş misyonu sık sık vurgulanmaktadır. Bunlardan birkaçına bakmakta fayda vardır.

Bilindiği üzere 1930’lı yıllarda Dersim’de birçok karışıklık ve ayaklanma söz konusu olmuştur. Tutanaklarda “Kürtlüğün ve şekavetin merkezi sayılan Dersim, büyük hükümet adamı İsmet İnönü’nün isabetli karar ve tedbirleriyle Türkiye Cumhuriyeti camiasının fethedilmiş ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir.” ibaresi bulunmaktadır (Umumi Müfettişler Toplantı Tutanakları-1936, 2010: 28-29). Dersim’deki isyanın bastırılması ve orada Dördüncü Umumi Müfettişliğin kurulması aynı tarihlere denk gelmektedir. Tutanaklardan anlaşılan Dördüncü Umumi Müfettişlik bölgede asayişini sağlamak için kurulmuştur ve umumi müfettiş olarak da Dersim İsyanı’nın bastırılmasında görevli olan General Abdullah Alpdoğan getirilmiştir. Bunun dışında toplantı boyunca asayiş ve emniyet meselesinin altı çizilmekte ve umumi müfettişlik bölgelerinde bu durumun kontrol altına alındığı vurgulanmaktadır ya da alınması gereken tedbirler tartışılmaktadır (Umumi Müfettişler Toplantı Tutanakları-1936, 2010: 71 & 89-96).

Asayiş meselesinde diğerlerinden farklı gibi görünen İkinci/Trakya Umumi Müfettişliği meselesi de dikkat çekmektedir. Farklı ve asayiş problemin olmadığı bir bölgede kurulan Trakya Umumi Müfettişliği konuyu anlamak için çok önemlidir. Bu bölgede o dönemde mevcut olan bir karışıklık, ayaklanma hareketi vs. bulunmamaktadır. Fakat batı sınırına yakın olması ve iskan politikasının yoğun olarak uygulandığı bir bölge olmasıyla umumi müfettişlik burada

da kurulmuştur. Umumi Müfettiş Kazım Dirik 1936 Umumi Müfettişler Toplantısı'ndaki raporunda Pomaklar, Yahudiler ve Alevileri değerlendirdiği ve bunların asayiş problemine yol açıp açmayacağı, devlete ne kadar bağlı olduklarının sorgulandığı görülmektedir (Umumi Müfettişler Toplantı Tutanakları-1936, 2010: 170-171). Şeyh Said İsyanı ve doğu vilayetlerindeki karışıklıklar nasıl Birinci Umumi Müfettişliğin kurulmasında etkili olmuşsa, 1930'lu yıllardaki dünyadaki siyasi gelişmeler, Bulgarların propagandaları ve Balkanlardaki gergin durumun yaratabileceği asayiş ve emniyet problemleri Trakya Umumi Müfettişliği'nin kurulmasında etkili olmuştur (Burgaç, 2013: 169). Dolayısıyla diğer umumi müfettişlikler gibi kuruluşunun temelinde asayiş kaygısı vardır. Umumi müfettişliklerin kuruluşu ve asayiş faktörü ile ilgili örnekler çoğaltılabilir. Fakat yukarıdaki örnekler bile umumi müfettişliklerin kurulmasındaki temel faktörlerden birinin asayiş olduğunu göstermek için yeterlidir.

3.2. Köylülük ve Kıt Kaynaklar

Umumi müfettişliklerin bir mülkileşme stratejisi olarak kurulmasında yeni kurulmuş olan cumhuriyetin o yıllardaki sosyo-ekonomik durumu etkili olmuştur. Özellikle köylülük ve kıt kaynaklar o dönemi açıklama, yeni bir idari kurumun mülkileşme stratejisi olarak önemini ve misyonunu göstermesi açısından öne çıkmaktadır. 1936 Umumi Müfettişlikler Toplantısı'nda köylerin durumu hakkında önemli değerlendirmeler ve istatistikler yer almaktadır. Umumi müfettişliklerin kurulduğu yıllarda nüfusun % 87'si köylerde yaşamaktadır (Umumi Müfettişler Toplantı Tutanakları-1936, 2010: 57). Dolayısıyla umumi müfettişler doğrudan köylülere hizmet götürmekte ve onlarla muhatap olmaktadır. Toplantının tutanaklarında genel olarak umumi müfettişliklerin teşkilat yapısının anlatıldığı raporda köylerin durumu için önemli ifadeler yer almaktadır. Köylerin o dönemdeki durumunu ve devletin köyleri nasıl gördüğüne ilişkin önemli bilgiler vermektedir:

“Köyler teşkilatsızdır. Bütün esasların hazırlandığı köyü, hükümet şimdiye kadar eline almış değildir. Devletin inkılâp hamlesini köylere götürmek her bakımdan lazım ve faidelidir. Memleket nüfusunun yüzde seksenini teşkil eden bu büyük kütleyi ele almazsak açılan fabrikaların bacaları söner. Köylü kendi evliasyonuna (evrimine) bırakılırsa daha on bin sene aynı halde kalır. Dağınık köyleri bir araya getirerek mümkün olan yerlerde toplu köy kurmak her bakımdan faidelidir. Bugünkü durum, hayvancılık köyleri dağıtmakta çiftçilikten bir merhale geri olan çobanlığa götürmektedir. Göçebelik memleketi harap ediyor, halkın yaylalara çekilmesi yüzünden birçok yerler altı ay hayat ve hareketten mahrum kalmaktadır.” (Umumi Müfettişler Toplantı Tutanakları-1936, 2010: 46-47)

Bu önemli değerlendirme birçok konuya açıklık getirmektedir. Devleti yönetenler pozisyonlarını hayvancılık ve göçebelik karşısında tarımdan ve toplu köy yapısından yana

belirlemişlerdir. Köylerin 1936 yılına gelindiğinde Cumhuriyet'in inkılap hamlesinin tesiri altına girmemiş olması ve bunun vurgulanması açısından öne çıkmaktadır. Umumi müfettişlerin köylere ilişkin inkılap hamlesinin uygulayıcısı ve yürütücüsü olduğu vurgulanmaktadır. Cumhuriyet'in köylü nüfusu ve umumi müfettişlik arasındaki ilişki ise umumi müfettişlik mntıklarındaki köylere ilişkin istatistiklerden anlaşılmaktadır. Örneğin Birinci Umumi Müfettişlik mntikasında 893.303 nüfuslu toplam 6418 köy vardır. Bu köylerin 4502'sinin nüfusları 150'den aşağıdadır. Bunlar arasında 5, 10, 20 nüfuslu birçok köy vardır. Ve Köy Kanunu'nun tatbik edilemediği köy sayısı 1520'dir. Trakya Umumi Müfettişliğine baktığımızda toplam 552.753 nüfuslu 1284 köyün 158'inin nüfusları 150'nin altındadır. 1126 tanesinde Köy Kanunu tatbik edilmiştir. Üçüncü Umumi Müfettişlikte 1.487.834 nüfuslu 4.772 köyden 1407'sinin nüfusu 150'nin altındadır. Köy Kanunu tatbik edilemeyen köy sayısı 185'dir. Dördüncü Umumi Müfettişlikte 278.720 nüfuslu 1874 köyden 1138'i 150 'den az nüfusa sahiptir. 314'ün de kanunun tatbikine başlanamamıştır (Umumi Müfettişler Toplantı Tutanakları-1936, 2010: 354-356). Bu veriler göstermektedir ki bu yıllarda özellikle umumi müfettişlik mntıklarında çok parçalı bir durum söz konusudur. Köy Kanununun tatbik edilebileceği 11645 köyün 2019 tanesinde henüz kanun tatbik edilememiştir. Köy Kanunu'nun 1924 yılında yürürlüğe girdiği düşünülürse, 12 yıllık bir süreçten sonra bu kadar çok sayıda köyde kanunun tatbik edilememesi dönemin mülkileşmesinin yavaşlığını ve yaşadığı sorunları göstermektedir. Böyle bir atmosferde umumi müfettişliklerin kurulması ve umumi müfettişlerin olağanüstü yetkilerle valinin üstünde bir konumda yer alması hizmetlerin görülmesi ve mülkileşmenin sağlanması açısından en etkili yol olarak görülmektedir. Burada neden valinin ya da kaymakamın değil de umumi müfettişin köy kanununun tatbiki ve mülkileşmenin köy ayağında önemli olduğunu irdelemek gerekmektedir. Bu dönemi açıklayan temel konulardan biri de ekonomik olarak Türkiye Cumhuriyeti'nin bulunduğu durumdur. Ekonomik durum ile umumi müfettişliklerin mülkileşmenin köy ayağındaki önemi ilişkilidir. 1929 Buhranı'nın umumi müfettişliklerin kuruluşundan sadece iki yıl sonra gerçekleşmesi ve ülkenin içine düştüğü durum da göz önüne alınmalıdır. Ekonomik kriz şartlarında devletçi ekonomiye geçiş yapmış bir ülkeyle karşı karşıyayız. Kalkınmaya ilişkin hamlelerin devlet tarafından görülmesi gereken bu dönemde umumi müfettişlere de büyük bir görev düşmektedir. Umumi müfettişin valinin ya da kaymakamın önünde köylülük meselesi ile köy kanununun tatbikinde bulunmasının ardında yatan sebep bu ekonomik tasarruf ve birkaç vilayetin bütçesinin aynı anda kullanılabilmesi planıdır. Bu ekseninde vali ve kaymakamları da emir-komuta zincirinde konu hakkında yönlendiren umumi müfettiş olacaktır. Vali ve kaymakam burada umumi müfettişin

altında, onun emirlerini yerine getiren memurlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Tam bu eksende köylülük meselesinin ardından kıt kaynaklar meselesine baktığımızda durum daha da açıklığa kavuşmaktadır.

Yeni kurulmuş cumhuriyetin yaşadığı sorunların başında gelen kıt kaynaklar, yani ekonomik problemler umumi müfettişliklerin kuruluşunda da etkilidir. Tutanaklarda en çok şikayet edilen konu kaynakların yetersizliğidir. Tahsin Üzer'den Abidin Özmen'e, General Alpdoğan'dan Kazım Dirik'e kadar bütün umumi müfettişler bundan şikayet etmektedirler. Umumi müfettişlik mıntıklarında lojman yokluğu, yol bulunmaması, yeterli bütçe temin edilememesi, kadrolara atanacak yeterli memur ve askerin bulunamaması bu dönemin karakteristiği olarak karşımıza çıkmaktadır. Köylülüğün yanında şehirlerdeki durum da iç açıcı değildir. İçişleri Bakanı Şükrü Kaya haritası bitmiş tek bir şehrin bile olmadığını, suyu tam olan tek bir şehrin dahi bulunmadığını söylemektedir (Umumi Müfettişler Toplantı Tutanakları-1936, 2010: 317). Şükrü Kaya tutanakların sonlarında durumu net olarak ortaya koymaktadır. *"İtiraf etmeliyim ki yegâne noksan idarenin parasızlık veya bilgisizlikten yüz üstü kalmasıdır."* (Umumi Müfettişler Toplantı Tutanakları, 2010: 377). Dört umumi müfettişin çeşitli raporları incelendiğinde ekonomik kalkınma ve buldukları mıntıkanın genel ekonomik durumuna sık sık değinmeleri, onların ekonomi ile de ilgilendiklerini göstermektedir. Örneğin Tahsin Üzer Trabzon'da yapılması gereken liman için koordinasyonu sağlayan devlet görevlisi olarak tutanaklarda karşımıza çıkmaktadır. Bütçe yetersizliğinden ve limanın zaruriyetinden bahsetmektedir (Umumi Müfettişler Toplantı Tutanakları-1936, 2010: 309-325). Örnekler çoğaltılabilir. İcraat raporlarında yol, lojman, hapishane, halkevi yapımı gibi birçok projeden bahsedilmektedir. Sonuç olarak kıt kaynakların Türkiye Cumhuriyeti'nin mülkileşmesini belirlediği bu yıllarda, doğrudan umumi müfettişler ekonomik kalkınma için icraatlarda bulunmuşlardır (Keskin, 2009: 417-419).⁸ Bütün bunlar göstermektedir ki; kıt kaynaklar da dönemi ve umumi müfettişliklerin kurulmasını tanımlayan bir diğer faktördür. Son olarak Celal Bayar'ın umumi müfettişlik için söyledikleri bu meseleyi net olarak ortaya koymaktadır.

"Türkiye'nin her yanında aynı ekonomik koşullarda ilerlenemeyeceğinden memleket ekonomik bölgelere ayrılacak ve idare mekanizması da buna uydurularak her bölgede ayrı örgütler kurulacaktır. Üçer beşer ilden meydana gelecek bölgelerde bu illerin özel bütçelerinin birleşmesi sayesinde ihraç isteklerinin, yolların ve benzeri şeylerin kolaylıkla gerçekleştirilmesi sağlanacaktır." (Goloğlu, 1974: 49-50)

⁸Ayrıca Umumi Müfettişler Toplantısı'nın tutanaklarında birçok ekonomik kalkınmaya ilişkin icraat raporları yer almaktadır. Yeterince ayrıntıya girildiği düşünüldüğü için daha fazla örnek verilmeye gerek duyulmamıştır.

Yukarıda köylülük ve umumi müfettişliklere ilişkin vurgulananlar ile bu vilayetlerin bütçelerinin birleştirilmesi ve tasarrufa gidilmesi meselesini birlikte düşünmekte fayda vardır. Burada Celal Bayar'ın ortaya koyduğu umumi müfettişliklerin kurulmasındaki ekonomik sebepler esasında bir sonraki neden ile düşünüldüğünde daha da anlamlı olmaktadır.

3.3. Geniş Vilayetlerin Kurulması

Birinci Meclis'teki umumi müfettişliğe ilişkin tartışmaları hatırladığımızda muhalefette bulunan mebusların en büyük eleştirilerinden biri siz yeni bir idari kademe tahsis ediyorsunuz şeklindeydi. Bu reddedilmekle birlikte 1927 yılında kurulan umumi müfettişliğin arka planında Osmanlı İmparatorluğu'ndan beri devam eden tartışmanın yattığını söylemek gerekmektedir. Bu tartışma vilayetlerin birleştirilmesi ve daha geniş vilayetler ile daha az sayıda vilayete dönülmesi tartışmasıdır. Umumi müfettişlik ile ilerleyen süreçte belirli vilayetleri birleştirip, daha büyük vilayetler oluşturulması ve vilayet sayısının azaltılıp tasarruf sağlanması amaçlanmaktaydı. Cumhuriyet'in kurucu kadrolarının aklında böyle bir plan olduğu ve umumi müfettişlikleri bütün Türkiye Cumhuriyeti coğrafyasında yaygınlaştırma isteği olduğunu söyleyebiliriz. 1927 yılında umumi müfettişliğe ilişkin kanunun hazırlanmasına giden süreçte Dahiliye Vekaleti mevcut küçük ve güçsüz vilayetlerle yeterli gelirin sağlanamadığını ve işlerin görülmesi için vilayetlerin sayısının azaltılıp, sınırlarının da genişletilmesini istiyordu. 1927 yılında Bütçe Encümeni Mazbatasında da bu durum vurgulanmakta, fakat hemen yapılamayacağı için geçici bir önlem olarak umumi müfettişliklerin kurulacağı açıklanmaktaydı (Koçak, 2016: 64-65). Yine Umumi Müfettiş Abidin Özmen'in bu şekilde bir önerisi olduğu görmekteyiz. 1946 yılında bakanlıkların mülki amirlere sorduğu 5 soruluk ankete verdiği cevaplarda ülkenin 18-22 vilayete ayrılıp daha büyük valilikler tahsis edilmesi gerektiğini, ilçe sayısının da 463'den 550-600 çıkartılması gerektiğini söylemektedir. Daha geniş valilikler ile bir önceki tartışmadaki kıt kaynaklar sorununun çözüleceğini, bakanlıkların yeterli görevli gönderebileceklerini ve merkezin de yükünün azalacağını söylemektedir. İl sayısının 1946 yılındaki sayısı ile kaldığı takdirde umumi müfettişlik kurumu olmadan mevcut sistemden verim alınamayacağını belirtmektedir (Özmen, 1946: 177-180). Trakya Umumi Müfettişliği'nde bulunan bir devlet görevlisinin kendi kurumu yerine bir sistem önermesi, yukarıdaki kıt kaynaklar durumu da düşünülünce dikkat çekmektedir. Celal Bayar'ın ekonomik olarak devletin kaynaklarının kullanılmasında daha fazla verim alabileceği için umumi müfettişlik kuruldu demesi ve Abidin Özmen'in aradan geçen 20 yılda bu fikirlerini İdare Dergisi'nde tartışması birbirini tamamlar niteliktedir. Bir önceki tartışmadaki kıt kaynaklar,

ekonomik kriz ve dolayısıyla tasarruf ile umumi müfettişlik ilişkisini birlikte düşündüğümüzde konu daha net ortaya çıkmaktadır. Birkaç vilayetin birleştirilerek yeterli memur bulunmaması sorununun ve bütçe sorununun aşılması amaçlanmaktadır. 1926 yılında vilayet sayısının 74'den 63'e indirilmesi ve ardından bir yıl sonra umumi müfettişliğinde kurulması vilayet sayısının çokluğu ve onu azaltma çabası arasında umumi müfettişliğin bir ara aşama olarak düşünüldüğünü göstermektedir. Teşkilat-ı Mülkiye Kanunu ile küçük ve kendine yetersiz olan vilayetlerin kaldırılması ile ekonomik gelişmeye yolunda tasarrufa gidildiği, daha seri karar alınabilmesi ve asayişin sağlanması açısından önemli bir adım atıldığı bilinmektedir (Teşkilatı Mülkiye Hakkında Başvekaletten 'Gelen (1/955) Numaralı Kanun Layihası Ve Dahiliye Ve Muvazenei Maliye 'Encümenleri Mazbataları). Hükümetin amacı küçük ve verimsiz vilayet sistemini kaldırarak, idari taksimatta değişikliğe giderek daha etkin bir idari sistem yaratmaktır (Burgaç, 2013: 111). Fakat bunu yapmak için daha uzun ve kapsamlı bir çalışma gerekmektedir. Dolayısıyla ara bir aşama olarak umumi müfettişliklerin, dönemin asayiş sorununu ve acil mülkileşme ihtiyacını gidermek için kurulduğunu görmekteyiz. Sonrasında yaşanan siyasi olayların cumhuriyetin kurucu kadrolarının aklındaki planın gerçekleştirilmesine engel olduğunu ve umumi müfettişlikler ile devam etmek zorunda kaldıkları anlaşılmaktadır.

Yukarıda incelenen üç neden birlikte düşünüldüğünde daha da büyük anlam kazanmaktadır. Umumi müfettişlik kurumu dönemin şartları içerisinde asayişin sağlanması, köylülüğün egemen olduğu bir toplumda mülkileşmenin hızlandırılması, kıt kaynaklar sorununun aşılıp, ekonomik tasarrufa gidilerek daha etkin bir idari taksimat kurmak amacıyla kurulmuş ve 1948 yılında fiilen lağvedilmesine kadar 20 yıl boyunca mülkileşmenin kendi mıntıklarındaki temel kurumu olarak varlığını sürdürmüştür.

4. Sonuç: Umumi Müfettişliklerin Lağvedilmesi

Umumi müfettişlik asayiş meselesine bir çözüm getirmek, köylülük ve kıt kaynakların belirlediği bir sosyo-ekonomik yapı içerisinde ve geniş vilayetler kurma planının bir yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada genel literatürdeki vurguyla sadece asayiş meselesi üzerinden ele alınması yerine, bir mülkileşme stratejisi olarak ve dönemin sosyo-ekonomik durumu dikkate alınarak incelenmeye çalışılmaktadır. Arkasında yatan iktisadi boyut ve bunun mülkileşme ile bağının kurulması üzerinden bu üç temel dayanak noktası ile tartışılmıştır. Asayiş boyutunun yanında, iktisadi boyutu da incelemek umumi müfettişliğin mülkileşmedeki rolünü anlamak açısından elzemdir. Bu çalışmada konuyu daha bütünlüklü olarak görebilmek için, genel literatürdeki asayiş vurgusunun yerine mülkileşme ve sosyo-ekonomik durum ile de

ilişkilendirilerek konu tartışılmıştır. Bir dönemin mülkileşmesinin çok önemli bir kurumu olarak karşımıza çıkan umumi müfettişlik, 1927'den 1948'e kadar fiilen yürürlükte kalmıştır. Sonuç kısmında umumi müfettişliğin hangi şartlar altında neden fiilen ortadan kalktığına bakmakta fayda vardır. Yukarıda saydığımız üç nedenin ikisi gerekçe gösterilerek uygulamasına son verilmesi açısından dikkate değerdir. Umumi müfettişliklerin teşkilatlarına ilişkin tahsisatlar, bütçe yasa tasarı ile 1948 yılında kaldırılmış ve kadroları lağvedilmiştir. Esasında kanunu kaldırılmamakla birlikte, bütçesi kesilerek fiiliyatta uygulamadan vazgeçilmektedir. Meclisteki bütçe tartışmalarında hem CHP'li hem de DP'li milletvekillerinin umumi müfettişliklere karşı tavır aldıkları görülmektedir. Kırtasiyeciliği arttırdığı, bütçeye yük olduğu, eski eyalet kademelerinin yerini aldığı gibi birçok eleştiri yer almaktadır. Mecliste umumi müfettişliklerin kaldırılmaması düşüncesinde olan milletvekillerinin sayısı azdır ve doğu vilayetlerinin milletvekilleridir. Onlarında kaldırılmaması için vurgusu asayiş tedbirleri ile ilgilidir. Az sayıda da olsa umumi müfettişliklerin devamını ve yaygınlaştırılmasını savunanlarda vardır (Koçak, 2016: 295-300; Burgaç, 2013: 376-391).

Umumi müfettişliklerin kaldırılması meselesi zaman içinde şekillenmiş bir meseledir. Kuruluşundan itibaren yetki ve görevleri arasındaki uyumsuzluk sorunu yaşanmıştır. 1936 yılındaki toplantıda da görülebileceği gibi umumi müfettişlerinde sık sık yetkilerimizi arttırın ve tam salahiyyet verin şeklinde talepleri olmuştur (Umumi Müfettişler Toplantı Tutanakları-1936, 2010). Verilen görevleri etkin bir biçimde yerine getirmek açısından yetkilerinin arttırılması gerektiği vurgulanmıştır. Meclisten de bazı milletvekillerinden zaman zaman bu yetkiler ile umumi müfettişlikler işlevsel değildir ve kaldırılmalıdır diye tepkiler yükselmiştir. Bunun nedeni yetki ve görev uyumsuzluğunun yanında idaredeki yerinin belirlenememesidir. Olağanüstü koşullarda ve küçük ve güçsüz vilayet sorununa çözüm olarak ortaya çıkmış olan umumi müfettişlik, adındaki denetim vurgusuna rağmen valinin üstünde bir amir pozisyonunda bulunması itibarıyla birçok soruna neden olmaktadır. Yeterli yetki verilmediği ama sorumluluk bağlamında çok fazla görev verildiği vurgulanmaktadır. Bu durum zaman içerisinde kurumu yıpratmış ve yükselen tepkiler birikerek döneminin de şartları içerisinde umumi müfettişliğin sonunu getirmiştir. Bu dönemde devletçilikten vazgeçilip, liberal ekonomik politikalara dönülmesi ve Avrupa bloğuna yaklaşılması ile birlikte düşündüğümüzde kurumun kapatılması daha da anlamlı görülmektedir. Geniş vilayetler kurma planının uygulanamaması ya da uygulamaktan vazgeçilmesi de eklenince umumi müfettişliklerin en önemli dayanak noktalarından biri daha ortadan kalkmıştır.



Sonuç olarak umumi müfettişlik 1948’de fiilen lağvedilmiş ve 1952’de kanunu da kaldırılarak Türkiye Cumhuriyeti’nin idari sisteminden tamamen çıkarılmıştır. Cumhuriyetin kuruluş sürecindeki şartların bir ürünü olarak ortaya çıkmış bir kurum, başka şartlar altında ortadan kalkmıştır. Köylülük ve asayiş faktörü devam etmekle birlikte özellikle yeni bir kademe teşkiline ilişkin planlardan vazgeçildiği görülmektedir. İdare tarihimizde ve cumhuriyetin kuruluşunda önemli bir kurum olarak gördüğümüz umumi müfettişlik bütün bunları birlikte düşündüğümüzde bir dönemin ürünü olarak ortaya çıkmış ve gerektiğinde kuruluş sorunlarını aşamadığı noktada ortadan kalkmıştır.

Kaynakça

- Burgaç, Murat. (2013). *Türkiye Umumi Müfettişliklerin Kurulması ve Trakya Umumi Müfettişliği*. Atatürk Araştırma Merkezi.
- Demirkent, Dinçer & Sevinç, Murat. (2021). *Kuruluşun İhmal Edilmiş İstisnası:1921 Anayasası ve Tutanakları*. (2. Baskı). İletişim.
- Goloğlu, Mahmut. (1974). *Tek Partili Cumhuriyet (1931-1938)*. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Gözübüyük Şeref & Kili, Suna. (2000). *Türk Anayasa Metinleri (Sened-i İttifaktan Günümüze)*. (2. Baskı). Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları
- Karasu, Koray. (2015). “İdarenin Mülkle Bağının Kurulması: Mülkileşme”. Erkan Tural & Selim Çapar (Ed.), *1864 Vilayet Nizamnamesi*, 345-370. Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü.
- Keskin, E. Nuray. (2007). Cumhuriyet Döneminde Toprağa Dayalı Örgütlenme: İl Yönetimi Sisteminin Kuruluşu. *Memleket Siyaset Yönetim*, 119-174.
- Keskin, E. Nuray. (2009). *Türkiye’de Devletin Toprak Üzerinde Örgütlenmesi*. (1. Baskı) Tan Kitabevi Yayınları.
- Keskin, E. Nuray. (2014). 1920 Ruhu Nedir?. *Msy Dergi*, 123-158.
- Koçak, Cemil. (2016). *Umumi Müfettişlikler: 1927-1952*. (3. Baskı). İletişim.
- Önen, Nizam & Reyhan, Cenk. (2011). *Mülkten Ülkeye: Türkiye’de Taşra İdaresinin Dönüşümü (1839-1929)*. İletişim.
- Önen, Nizam. (2011). Bir Tek Parti Politikacısının Gözünden Cumhuriyet’in ‘Doğu’ Meselesi ve Bürokrasinin Hali: CHP Genel Sekreteri Memduh Şevket Esenal’ın Doğru Gezisi, *Tarih ve Toplum Yeni Yaklaşımlar*, 153-198.
- Özbay, Burcu. (2022). *Dördüncü Umumi Müfettişlik (1936-1952)*. Yeditepe Akademi.
- Özmen, Abidin. (Ocak-Subat 1947). Genel Müfettişlik Hakkında Bir Düşünce. *İdare Dergisi*, 237-250.
- Özmen, Abidin. (Temmuz-Ağustos 1946).İdare Teşkilatımız. *İdare Dergisi*, 174-189.
- Teşkilatı Mülkiye Hakkında Başvekaletten 'Gelen (1/955) Numaralı Kanun Layihası Ve Dahiliye Ve Muvazenei Maliye 'Encümenleri Mazbataları, <https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/TBMM/d02/c025/tbm m02025109ss0199.pdf>. (erişim tarihi, 08.01.2022).
- Umumi Müfettişler Toplantı Tutanakları-1936*. (2010). Bülent Varlık (Haz.). Dipnot Yayınları.



*Sinop Üniversitesi Boyabat İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
e-Dergisi
Cilt: 3 Sayı: 1*



Yücebaş, Ferit. (2021). *Doğu ve Güneydoğu'da Cumhuriyet Hükümetlerinin Temsilîyet Mekanizması: Birinci Umumi Müfettişlik (1927-1952)*. Gece Kitaplığı.