

SGD

Sosyal Güvenlik Dergisi
Journal of Social Security

Cilt : 5 - Sayı : 1 - Yıl : 2015 / Volume : 5 - Number : 1 - Year : 2015

Sahibi / Owner of the Journal

Sosyal Güvenlik Kurumu Adına / On behalf of the Social Security Institution

Cevdet CEYLAN (Kurum Başkan Yardımcısı / Deputy President of the Institution)

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Responsible Publication Manager

Mehtap ALTINOK

Yayın Kurulu / Editorial Board

Cevdet CEYLAN

Harun HASBİ

Erdoğan ÜVEDİ

Mürsel BAKI

Ahmet Yalçın YALÇINKAYA

Editörler / Editors

Doç. Dr. Erdem CAM

Selda DEMİR

Asuman KAÇAR

Onur ÖZTÜRK

Yayın Türü: Uluslararası Süreli Yayın / *Type of Publication: Periodical*

Yayın Aralığı: 6 aylık / *Frequency of Publication: Twice a Year*

Dili: Türkçe ve İngilizce / *Language: Turkish and English*

Basım Tarihi / Press Date: 23.03.2015

Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD),

TUBİTAK ULAKBİM - TR

ASOS INDEX - TR

DOAJ - SE

EBSCO HOST - US

INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL tarafından indekslenmektedir.

Journal of Social Security (SGD), has been indexed by

TUBİTAK ULAKBİM - TR

ASOS INDEX - TR

DOAJ - SE

EBSCO HOST - US

INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL

SGD Sosyal Güvenlik Dergisi

Tüm hakları saklıdır. Bu Dergi'nin tamamı ya da Dergi'de yer alan bilimsel çalışmaların bir kısmı ya da tamamı 5846 sayılı Yasa'nın hükümlerine göre Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının yazılı izni olmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayımlanamaz.

Tasarım / Design: Aren Reklam ve Tanıtım / Ankara 0.312 430 70 81 • www.arentanitim.com.tr

Basım Yeri / Printed by: EPA-MAT Matbaacılık / Ankara

İletişim Bilgileri / Contact Information

Ziyabey Caddesi No: 6 Balgat / Ankara / TURKEY

Tel / Phone: +90 312 207 88 91 – 207 87 70 • Faks / Fax: +90 207 78 19

Erişim: www.sgd.sgk.gov.tr • e-posta: sgd@sgk.gov.tr

ULUSLARARASI DANIŐMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Professor Yener ALTUNBAŐ
Bangor University – UK

Professor Jacqueline S. ISMAEL
University of Calgary – CA

Professor Ŗzay MEHMET
University of Carleton – CA

Professor Allan MOSCOVITCH
University of Carleton – CA

Professor Mark THOMPSON
University of British Columbia – CA

Asst. Prof. Sara HSU
State University of New York – USA

Asst. Prof. C. Rada Von ARNIM
University of Utah – USA

ULUSAL DANIŐMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR
Türkiye Bilimler Akademisi

Prof. Dr. Mustafa ACAR
Aksaray Üniversitesi

Prof. Dr. Ŗrsan AKBULUT
TODAİE

Prof. Dr. Levent AKIN
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Yusuf ALPER
Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Faruk ANDAÇ
Çağ Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Kadir ARICI
Gazi Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Onur Ender ASLAN
TODAİE

Prof. Dr. Berrin Ceylan ATAMAN
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakóltesi

Prof. Dr. Hayriye ATİK
Erciyes Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Zakir AVŐAR
Gazi Üniversitesi
İletifim Fakóltesi

Prof. Dr. Selda AYDIN
Gazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Ufuk AYDIN
Anadolu Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Remzi AYGÜN
Gazi Üniversitesi
Tıp Fakóltesi

Prof. Dr. Abdurrahman AYHAN
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Mehmet BARCA
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
İfletme Fakóltesi

Prof. Dr. Vedat BİLGIN
Gazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Nurfen CANIKLIOĐLU
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Fevzi DEMİR
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. A. Murat DEMİRCIOĐLU
Yıldız Teknik Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Üstün DİKEÇ
Emekli Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Ömer EKMEKÇİ
İstanbul Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Sükran ERTÜRK
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Mehmet Vedat GÜRBÜZ
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakóltesi

Prof. Dr. Ali GÜZEL
Kadir Has Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Alpay HEKİMLER
Namık Kemal Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Oğuz KARADENİZ
Pamukkale Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Türksel KAYA BENGŐHIR
TODAİE

Prof. Dr. AŐkın KESER
Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Cem KILIÇ
Gazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Ali Rıza OKUR
Yeditepe Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Serdar SAYAN
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üni.
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Ali SEYYAR
Sakarya Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Ali Nazım SÖZER
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Sarper SÜZEK
Atılım Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Müjdat ŖAKAR
Marmara Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Erol ŖENER
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Tıp Fakóltesi

Prof. Dr. Zarife ŖENOCAK
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Savaş TAŐKENT
İstanbul Teknik Üniversitesi
İfletme Fakóltesi

Prof. Dr. Mehtap TATAR
Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Sabri TEKİR
İzmir Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Prof. Dr. Aziz Can TUNCA Y
BahçeŐehir Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. M. Fatih UŐAN
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Prof. Dr. Özlem Özdemir YILMAZ
Ortaođu Teknik Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Doç. Dr. Tamer AKSOY
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üni.
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Doç. Dr. Süleyman BAŐTERZİ
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakóltesi

Doç. Dr. Hediye ERGIN
Marmara Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Doç. Dr. Orhan FİLİZ
Polis Akademisi

Doç. Dr. Engin KÜÇÜKKAYA
Ortaođu Teknik Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

Doç. Dr. Adil ORAN
Ortaođu Teknik Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi

GENEL YAYIN İLKELERİ

- 1- Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD), altı aylık periyotlarla yılda iki kez yayınlanan uluslararası, hakemli, bilimsel bir dergidir.
- 2- Dergiye gönderilen yazılar başka bir yerde yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır.
- 3- Dergide yayınlanmasına karar verilen yazıların, elektronik ortamda tam metin olarak yayınlanmak da dahil olmak üzere, yayın hakları SGK'ya aittir.
- 4- Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar önce Yayın Kurulunca dergi ilkelerine uygunluk açısından incelenir. Uygunluğu tespit edilen yazılar değerlendirmeleri için yazının ilgili olduğu alanda iki hakeme gönderilir. Hakem raporuna göre; yazılarına düzeltme gönderilir, yayınlanır ya da reddedilir.
- 5- Yayınlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yayınlanan makaleler atfı yapılmadan kullanılamaz.
- 6- SGD'de yargı kararı incelemelerine yer verilebilir.
- 7- Yazıları yayınlanan yazarlara "Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Ödenecek Telif ve İşleme Ücretleri Hakkında Yönetmelik" çerçevesinde telif ücretleri ödenecektir.
- 8- SGD Sosyal Güvenlik Dergisi'ne makale gönderenler derginin yayın ilkelerini kabul etmiş sayılırlar.

GENERAL PUBLICATION RULES

- 1- Journal of Social Security is an international, peer reviewed, scientific journal published twice a year.
- 2- The papers submitted to Journal of Social Security must be unpublished in elsewhere or not synchronically be in the review process of another publication.
- 3- Social Security Institution and Journal of Social Security own the copyright of the papers published (written and electronic versions)
- 4- All manuscripts firstly evaluated by Editorial Board and send two independent referees. According to referees' reports, article will be sent to the authors to revise, publish or reject.
- 5- All the opinions written in articles are under responsibilities of the authors. The published contents in the articles cannot be used without being cited.
- 6- Case review and commentaries are accepted by SGD.
- 7- Royalty fees will be paid to the authors whose articles published in the Journal of Social Security (SGD) in accordance with the related regulation.
- 8- Those who send articles to the SGD are considered to have accepted the publication principles of the SGD.

SGD, Sosyal Güvenlik Kurumunun faaliyet alanına, sosyal güvenlik, sosyal politika ve endüstri ilişkileri disiplinine katkısı olabilecek her alanda çalışmalara yer vererek, ülkemizin düşünsel birikimine katkıda bulunmak, toplumda sosyal güvenlik ve sosyal politika bilincini geliştirmek, geleceğe dönük hedef ve beklentileri ortak bir noktada buluşturmak amacıyla yayınlanmaktadır.

SGD, is being published in all areas related social security, social policy and industrial relations to make contribution intellectual life of Turkey, develop the social security and social policy consciousness and bring together the future targets and expectations on the common point of the society.

İÇİNDEKİLER

6552 Sayılı (Torba) Yasa Sonrası Asıl İşveren – Alt İşveren İlişkileri <i>Ufuk AYDIN</i>	9
6331 Sayılı Kanun’da İş Güvenliği Uzmanlığı: Nitelikleri, Görevlendirilmeleri ve Yetkilendirilmeleri <i>İlknur KILKIŞ / Yusuf ALPER</i>	32
Türkiye’de İşsizlerin İş Arama Süresini Belirleyen Faktörler: 2007-2013 Dönemi <i>Atalay ÇAĞLAR / Handan KUMAŞ / Tuncay MORALI</i>	68
OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması <i>İlker DAŞTAN / Volkan ÇETİNKAYA</i>	104
Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi <i>Emre KOL</i>	135
Kişiyeye Özel Sağlık Hizmetlerinde Koordinasyon Programının Maliyet Kontrolü Bağlamında Değerlendirilmesi: Amerika Birleşik Devletleri’ndeki Cambridge Health Alliance Örneği <i>Kadir GÜRİSOY</i>	165
Koroner Arter Hastalığının Tedavisinde Çıplak Metal Stent ile İlaç Salınımlı Stentin Maliyet Etkililik Analizi <i>Seda KUTLUER</i>	190

CONTENTS

Employer-Subcontractor Relations After the Law No: 6552 <i>Ufuk AYDIN</i>	9
Occupational Safety Experts in the Law No 6331: Qualifications, Assignments and Authorizations <i>İlknur KILKIŞ / Yusuf ALPER</i>	32
Determinants of Unemployed's Job-Seeking Duration in Turkey: 2007-2013 Time Periods <i>Atalay ÇAĞLAR / Handan KUMAŞ / Tuncay MORALI</i>	68
Comparing Health Systems, Health Expenditures and Health Indicators in OECD Countries and Turkey <i>İlker DAŞTAN / Volkan ÇETİNKAYA</i>	104
Evaluation of Healthcare Reforms in Turkey in Terms of Health Right <i>Emre KOL</i>	135
Evaluation of Care Coordination Program on Cost Containment: Cambridge Health Alliance Case in the United States <i>Kadir GÜRİSOY</i>	165
Cost Effectiveness Analysis of Drug Eluting Stents and Bare Metalstents in the Treatment of Coronary Artery Disease <i>Seda KUTLUER</i>	190

6552 Sayılı (Torba) Yasa Sonrası Asıl İşveren - Alt İşveren İlişkileri

Employer-Subcontractor Relations After the Law No: 6552

Ufuk AYDIN*

ÖZ

6552 sayılı (Torba) Yasa¹ birçok başka konu yanında alt işveren uygulamasıyla ilgili önemli hükümler getirmiştir. Bunlar arasında asıl işverenlerin alt işverence kendi işçilerine ücret ödemesi yapıp yapılmadığını; yıllık izin kullanılarak kullanılmadığını denetleme zorunlulukları başta gelmektedir. Yasa bunların yanında ve alt işveren işçilerini koruma gayesiyle kamu (asıl) işverenlerine kıdem tazminatı ödeme yükümlülüğü açısından önemli sorumluluklar getirmektedir. Bu çalışma 6552 sayılı Yasa'nın bütününe değil, bahsedilen asıl işveren-alt işveren ilişkileri boyutunu incelemeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Alt işveren, kıdem tazminatı, yıllık ücretli izin, ücretler, 6552 sayılı Kanun

ABSTRACT

Beside some subjects related to other fields of labour law, the Law No: 6552 brought new rules about the subcontractor. The duties of the employer to check if the subcontractor is paying the wages and if the subcontractor is giving the annual paid leave to his employees are the most important ones among these new provisions. Else, the Law 6552 has put the burden of severance pay to the shoulders of the public sector employer instead of the subcontractor. This article aims to explore the new provisions of the Law No: 6552 related to the subcontractor.

Keywords: Subcontractor, severance pay, paid annual leave, wages, Law No: 6552

* Prof. Dr., Anadolu Üniversitesi, Hukuk Fakültesi
uaydin@anadolu.edu.tr

1 Kanun'un orijinal adı "İş Kanunu ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" olup, kamuoyunda yaygın kullanımı olan Torba Yasa ifadesi tercih edilmiştir.

(Makale gönderim tarihi: 24.12.2014 / Kabul tarihi: 23.03.2015)

GİRİŞ

İşyerinde alt işverene iş verilmesi çalışma yaşamının gereksinimlerinden biridir. Ancak, 1980’li yıllardan sonra ekonomik şartların etkisiyle alt işverenlere iş verilmesinde sayısal artışlar olmuş; bunun sonucu işçilerin bireysel ve kolektif haklarının sınırlandırılması ve kullanılamaz hale getirilmesinin yaygın örnekleri yargıya intikal eden uyuşmazlıklarla da doğrulanmıştır. Yargıtay, önceki dönemde yaptığı tespitlerde asıl işveren-alt işveren ilişkilerinde muvazaalı işlemlerin belirli ölçütlerle ortaya konulması için çaba göstermiş ve hukuki sonuçlarına ilişkin önemli içtihatlar oluşturmuştur. 4857 sayılı İş Kanunu’na, Yüksek Mahkemenin görüşleri de dikkate alınarak ve asıl işveren-alt işveren ilişkisinin kötüye kullanılmasına fırsat yaratmamak amacıyla² sınırlayıcı hükümler getirilmiştir. İş Kanunu yanında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, aynı Kanun’un 3. maddesine dayalı olarak “Alt İşverenlik Yönetmeliği” çıkarmıştır³. Son dönemde uygulamada yaşanan birçok sorun alt işverenlikle ilgili tartışmaları yeniden alevlendirmiş ve 10.09.2014 tarih ve 6552 sayılı (Torba Yasa) Kanun⁴ ile alt işverenlik mevzuatı önemli değişikliklere uğramıştır.

I- 6552 SAYILI YASA ÖNCESİ DÜZENLEMELER

A- Alt İşveren Kavramı

İş Kanunu’na göre, “... Bir işverenden, işyerinde yürüttüğü mal ve hizmet üretiminin yardımcı işlerinde veya asıl işin bir bölümünde yapılacak işin gereği teknolojik nedenlerle uzmanlık gerektiren işlerde iş alan ve bu iş için görevlendirdiği işçilerini yalnız bu işyerinde aldığı işte çalıştıran diğer işveren arasında kurulan ilişkiye, asıl işveren-alt işveren ilişkisi denir” (İş K.m.2, f.6). Söz konusu ilişkiye taraf olan işveren, iş hukukunda alt işveren olarak isimlendirilmekte, uygulamada taşeron, aracı ya da müteahhit olarak da nitelendirilmektedir.

İş Kanunu’nda yer alan düzenlemeye bakıldığında bir kimsenin alt işveren olarak nitelenebilmesi için alt işverene verilecek işin ya yardımcı bir iş olması ya da asıl iş olmakla beraber işin veya işletmenin gereği olarak

2 Bkz. İş Kanunu Ön Tasarısı, m.1 gerekçesi.

3 (R.G., T. 27.09.2008, S. 27010).

4 (R.G., T. 11.09.2014, S. 29116 (mükerrer)).

teknolojik nedenlerle uzmanlık gerektirmesi aranır. Başka bir ifadeyle, iki tür işin alt işverene verilmesi mümkündür:

- İşyerinde yürütülen mal ve hizmet üretimine ilişkin yardımcı işler,
- Asıl işin bir bölümünde işletmenin ve işin gereği olarak teknolojik nedenlerle uzmanlık gerektiren işler.

Bundan da anlaşılacağı gibi temizlik, güvenlik, personel taşıma gibi yardımcı işler alt işverene verilebilecektir. Asıl işin alt işverene verilebilmesi için ise, ortada teknolojik nedenlerle uzmanlık gerektiren bir durum olmalı ve bu hal işletme/iş gereği olarak ortaya çıkmalıdır. Bu koşullar olmaksızın gidilen asıl işveren-alt işveren ilişkisinin yaptırımı alt işveren (işçisi olarak görülen) işçilerinin baştan itibaren asıl işveren işçisi sayılmasıdır. (İş K.m.2, f.7) (Yenisey, 2013:29; Aykaç, 2011:85; Akyiğit, 2011:30).

B- Alt İşverenliğe İlişkin Sınırlamalar

İş Kanunu'na göre, alt işverenle aralarındaki ilişkide asıl işveren, alt işverenin işçilerine karşı o işyeri ile ilgili olarak İş Kanunu'ndan, aralarında yapılmış olan iş sözleşmesinden veya alt işverenin taraf olduğu yürürlükteki toplu iş sözleşmesinden doğan yükümlülüklerinden alt işverenle birlikte sorumludur (İş K.m.2, f.6). Buradaki sorumluluk müteselsil sorumluluk niteliği taşır (TBK. m.61). Dolayısıyla alt işverenin herhangi bir işçisi çalışması sebebiyle bir zarara uğrar ya da alacak hakkına sahip olursa, alacağı ya da zararının giderilmesi için asıl işverene, alt işverene hatta dilerse ikisine birden başvurabilecektir. Kuşkusuz, alt işveren işçisinin zararını gideren veya talebini karşılayan asıl işverenin alt işverene rücu imkânı bulunmaktadır. Asıl işveren ile alt işveren arasındaki rücu ilişkisinden kaynaklanan uyuşmazlıklar iş mahkemelerinde değil, asliye hukuk mahkemelerinde görülmektedir (Çankaya, 2006:66; Mollamahmutoğlu ve Astarlı, 2011:190).

Öte yandan, asıl işveren işçilerinin alt işveren tarafından işe alınarak çalıştırılmaya devam ettirilmesi suretiyle hakları kısıtlanamaz veya daha önce o işyerinde çalıştırılan kimse ile alt işveren ilişkisi kurulamaz. Ancak, daha önce o işyerinde çalıştırılan işçinin bilahare tüzel kişi şirketin ya da adi ortaklığın hissedarı olması, alt işveren ilişkisi kurulmasına engel

teşkil etmez (Yön. m.4/1-d). Aksi halde ve genel olarak asıl işveren alt işveren ilişkisinin muvazaalı işleme dayandığı saptanırsa alt işverenin işçileri başlangıçtan itibaren asıl işverenin işçisi sayılarak işlem görürler. İşletmenin ve işin gereği ile teknolojik nedenlerle uzmanlık gerektiren işler dışında asıl iş bölünerek alt işverenlere verilemez (İş K. m.2, f.son).

Özellikle asıl işverenin işçilerinin alt işveren tarafından işe alınarak çalıştırılmaya devam ettirilmesi suretiyle haklarının kısıtlanamayacağı ve daha önce o işyerinde çalıştırılan kimse ile alt işveren ilişkisi kurulamayacağı; aksi halde ve genel olarak asıl işveren alt işveren ilişkisinin muvazaalı işleme dayandığı durumlarda alt işveren işçilerinin asıl işverenin işçileri sayılacağına ilişkin hüküm (İş K. m.2, f.son) asıl işveren-alt işveren ilişkisinde yaşanabilecek muvazaa kaygılarını gidermeye yönelik bir düzenlemeyi ifade etmektedir. Bu bağlamda alt işverenin, işçilerini sadece bu işyerinde çalıştırması ve bağımsız bir müteşebbis sıfatını taşıyıp taşımadığının araştırılması muvazaanın saptanması bakımından büyük önem taşımaktadır (Soyer, 2006:20-23).

Öte yandan, “İşletmenin ve işin gereği ile teknolojik nedenlerle uzmanlık gerektiren işler dışında asıl iş bölünerek alt işverenlere verilemez” hükmü ile önceki dönemde yaygın bir kötüye kullanım görünümünde olan, asıl işin bölünerek alt işverenlere verilmesi ve böylece işçilerin birçok haklarından mahrum kalması uygulamalarının önüne geçilmesinin amaçlandığı söylenebilir (Çelik, 2006:50-51; Soyer, 2006:24; Akyiğit, 2010:1 vd.)

C- Kamu Kesiminde Alt İşveren Düzenlemesi

Alt işveren ilişkisine ilişkin düzenlemelerin genel esasları bu şekilde belirlenmiş ancak sonradan alt işverenlik müessesesini düzenleyen 4857 sayılı İş K.m.2’ye eklenen fıkra ile alt işveren uygulamasında kamu kesimi ile özel sektör arasında ayırım yaratılmıştır. 5538 sayılı Kanun’la⁵ İş Kanunu’na eklenen hükümlere göre (Güleşçi, 2013:145);

“Kanun’a veya Kanun’un verdiği yetkiye dayanılarak kurulan kamu kurum ve kuruluşları ile bunların doğrudan veya dolaylı olarak sermayesinin en az yüzde ellisine sahip oldukları ortaklıklarda, 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu veya diğer kanun hükümleri çerçevesinde, hizmet alımı amacıyla

5 (R.G.T. 12.07.2006, s. 26226).

yapılan sözleşmeler gereğince, yüklenici aracılığıyla çalıştırılanlar, bu şekilde çalışmış olmalarına dayanarak;

a) *Bu kurum, kuruluş ve ortaklıklara ait kadro veya pozisyonlara atanmaya,*

b) *Bu kurum, kuruluş ve ortaklıklara ait işyerlerinin kadro ve pozisyonlarında çalışanlar için toplu iş sözleşmesi, personel kanunları veya ilgili mevzuat hükümlerine göre belirlenen her türlü mali haklar ile sosyal yardımlardan yararlanmaya, hak kazanamazlar.*

Yukarıda belirtilen işyerlerinde yükleniciler dışında kalan işverenler tarafından çalıştırılanlar ile bu işyerlerinin tabi oldukları ihale mevzuatı çerçevesinde kendi nam ve hesabına sözleşme yaparak üstlendiği ihale konusu işte doğrudan kendileri çalışanlar da aynı hükümlere tabidir. Belirtilen kurum, kuruluş veya ortak durumundaki kamu kurum, kuruluş ve ortaklıkların kadro veya pozisyonlarına atanma ya da bu kurum, kuruluş veya ortaklıkların kadro veya pozisyonlarında çalışan işçilerin, ortak durumundaki kamu kurum, kuruluş veya ortaklıkların kadro veya pozisyonlarına atanma ya da kurum, kuruluş veya ortaklıklarda geçerli olan mali haklar ile sosyal yardımlardan yararlanma talepleri hakkında da aynı hükümler uygulanır. Hizmet alımına dayanak teşkil edecek sözleşme ve şartnameye;

a) *İşe alınacak kişilerin belirlenmesi ve işten çıkarma yetkisinin kamu kurum, kuruluşları ve ortaklarına bırakılması,*

b) *Hizmet alım sözleşmeleri çerçevesinde ya da geçici işçi olarak aynı iş yerinde daha önce çalışmış olanların çalıştırılmasına devam olunması, yönünde hükümler konulamaz.”*

Bu düzenleme ile kamu kesiminde alt işveren işçisi olarak çalışanların birçok mali ve sosyal haktan yararlanması engellenmiştir ki, bunun Anayasa'nın 10. maddesinde ifadesini bulan eşitlik ilkesini, hem de kamu kesimince ihlal ettiği söylenebilir (Tarcan, 2006:86 vd.).

D- Alt İşverenliğin Bildirimi ve Muvazaa İddiası

İş Kanunu'nun 3. maddesinde yapılan bir değişiklikle⁶ alt işverenlerin bildirim ve alt işverenlikle ilgili muvazaa esasları yeni bir boyut

6 (R.G.T. 26.05.2008, S. 26887 (5763 s.K.))

kazanmıştır (Süzek, 2010a:933 vd.). 5763 sayılı Kanun’la getirilen söz konusu düzenlemeye göre, “İş Kanunu’nun 2 inci maddesinin altıncı fıkrasına göre iş alan alt işveren; kendi işyerinin tescili için asıl işverenden aldığı yazılı alt işverenlik sözleşmesi ve gerekli belgelerle birlikte, birinci fıkra hükmüne göre (asıl işveren gibi) bildirim yapmakla yükümlüdür. Bölge Müdürlüğüne tescili yapılan bu işyerine ait belgeler gerektiğinde iş müfettişlerince incelenir. İnceleme sonucunda muvazaalı işlemin tespiti halinde, bu tespite ilişkin gerekçeli müfettiş raporu işverenlere tebliğ edilir. Bu rapora karşı tebliğ tarihinden itibaren altı işgünü içinde işverenlerce yetkili iş mahkemesine itiraz edilebilir. İtiraz üzerine verilen kararlar kesindir. Rapora altı iş günü içinde itiraz edilmemiş veya mahkeme muvazaalı işlemin tespitini onamış ise tescil işlemi iptal edilir ve alt işverenin işçileri başlangıçtan itibaren asıl işverenini işçileri sayılır.”

Muvazaa iddialarının araştırılması ile ilgili süreç ve buna itiraz yolu dışında Alt İşverenlik Yönetmeliği muvazaa kavramından ne anlaşılması gerektiğini belirtmiştir. Buna göre muvazaa;

- 1) İşyerinde yürütülen mal veya hizmet üretimine ilişkin asıl işin bir bölümünde uzmanlık gerektirmeyen işlerin alt işverene verilmesini,
- 2) Daha önce o işyerinde çalıştırılan kimse ile kurulan alt işverenlik ilişkisini,
- 3) Asıl işveren işçilerinin alt işveren tarafından işe alınarak hakları kısıtlanmak suretiyle çalıştırılmaya devam ettirilmesini,
- 4) Kamusal yükümlülüklerden kaçınmak veya işçilerin iş sözleşmesi, toplu iş sözleşmesi yahut çalışma mevzuatından kaynaklanan haklarını kısıtlamak ya da ortadan kaldırmak gibi tarafların gerçek iradelerini gizlemeye yönelik işlemleri, ihtiva eden sözleşmeyi ifade etmektedir (Yön. m.3/1-g).

E- Kanuna Aykırı Olarak Kurulan Alt İşverenlik İlişkisinin Yaptırımı

İş Kanunu m.2, f.7’ye göre “... Aksi halde ve genel olarak asıl işveren-alt işveren ilişkisinin muvazaalı işleme dayandığı kabul edilerek alt işveren işçileri başlangıçtan itibaren asıl işverenin işçisi sayılacak işlem

görürler.” O halde, muvazaalı olarak kurulan alt işverenlik ilişkisine ilişkin temel yaptırım, bu ilişkinin geçersiz sayılması ve alt işveren işçisi olarak görünen işçilerin baştan itibaren asıl işveren işçisi sayılmasıdır.

Buna karşılık, yasal koşullar bulunmaksızın (kanuna aykırı olarak) kurulan ve muvazaalı olmayan alt işveren ilişkisinin yaptırımının ne olduğu Kanun’da yer almamıştır. Ancak bu durumda kıyas yoluyla, İş Kanunu’nda düzenlenmeyen, kanuni koşulları taşımayan ama muvazaalı da olmayan alt işveren ilişkisine İş K. m.2/7’deki muvazaaya ilişkin yaptırım uygulanmalıdır. Zira böyle bir çözüm işçinin korunması amacına hizmet edecektir. Dolayısıyla kanuni koşulları taşımayan bir alt işverenlik ilişkisinin varlığı halinde de işçilerin baştan itibaren asıl işveren işçisi sayılması gerekir (Süzek, 2010b:27 vd.).

II- 6552 SAYILI (TORBA) YASA İLE GETİRİLEN HÜKÜMLER

A- Yasanın Gerekçesi

Ülkemizde son yıllarda, özellikle kamu kesiminde inanılmaz boyutlara ulaşan⁷ alt işverenlik uygulaması ve bunun getirdiği sorunlar kanun koyucuyu yeni bir düzenleme yapmaya yöneltmiştir.

Gerçekten de 1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Kanunu ile mevzuatta ilk kez yer alan alt işverenlik ilişkisi özellikle 4857 sayılı İş Kanunu’nun kabulünden sonra giderek yaygınlaşmıştır. İş Kanunu’nun yürürlüğe girmesiyle beraber uygulamada karşılaşılan sorunlar, yargı kararları ile yapılan değerlendirmeler ve akademik çalışmalar incelendiğinde, çalışma hayatının tüm taraflarının asıl işveren-alt işveren ilişkisinin değişime ihtiyaç duyulan bir alan haline geldiğini göstermektedir. Bu kapsamda, 6552 sayılı Yasa ile;

- *Alt işveren işçilerinin iş mevzuatından kaynaklanan haklarını kullanmalarını sağlayan, hak kayıplarını ortadan kaldıran, ücretlerini garantiye alan,*
- *Kamu kurum ve kuruluşları tarafından yapılan alt işveren sözleşmeleri ve uygulamalarının iş mevzuatına uygunluğunu sağlayan,*

⁷ 2013 yılı verilerine göre kamuda 585.788, özel sektörde ise 419.466 alt işveren işçisi çalışmaktadır. Alt işverenliğin en yaygın olduğu sektör temizliktir. İkinci sırada ise inşaat sektörü yer almaktadır (bkz. <http://www.csgb.gov.tr/raporlar>).

- *Alt işverenlik ile ilgili düzenlemeler ile alt işveren yanında çalışan işçilerin hak kayıplarının sosyal hukuk devleti olmanın gereklerine uygun olarak ortadan kaldırılması, alt işverenlik ilişkisinin kanuni sınırlar içinde özellikle kamu kesiminde daha sınırlı fakat işlevsel olarak kullanılmasına imkân sağlayan, düzenlemeler yapılması amaçlanmıştır*⁸.

B- Torba Yasa İle Getirilen Yeniliklerin Genel Çerçevesi

6552 sayılı Torba Yasa'nın alt işverenliğe ilişkin hükümleri bir bütün olarak ele alındığında, bir kısım hükümlerin tüm asıl işveren-alt işveren ilişkilerini ilgilendirdiği; bir kısım hükümlerin ise kamu kesiminde başvuru alan asıl işveren-alt işveren ilişkilerine ilişkin olduğu görülmektedir. Bu çerçevede incelememizde bu ayırımı sadık kalarak önce tüm kesimleri ilgilendiren hükümlere değinilecek, sonra da kamu kesimine ilişkin yeni düzenlemelere yer verilecek ve sonuç kısmında genel bir değerlendirmeye gidilecektir.

1- Tüm Asıl İşveren-Alt İşveren İlişkilerine İlişkin Hükümler

a- Muvazaa İddiasına İtiraz

6552 sayılı Yasa ile getirilen ilk değişiklik İş Kanunu'nun 3/2. maddesine ilişkindir. Söz konusu hüküm alt işverenlerin tescil edilmesi sonrası, iş müfettişlerince gerçekleştirilen incelemede tespit edilen muvazaa raporlarına ilişkindir. Önceki düzenlemeye göre, raporu tebellüğ eden işverenler bu rapora altı işgünü içinde iş mahkemesinde itiraz etme hakkına sahiptiler ve mahkemenin itiraza ilişkin kararı kesindir. Torba Yasa ile bir yandan itiraz süresi altı işgününden 30 işgününe çıkarılmış; diğer yandan mahkemeye de karar vermesi için dört aylık süre tanınmıştır. Ek olarak, yargılamanın basit yargılama usulüne göre gerçekleştirilmesi hususu düzenlenmiştir. Ayrıca yerel mahkeme kararı da kesin olmaktan çıkarılarak temyize açılmıştır. Hatta Kanunla, temyize gidilmesi halinde Yargıtay'a altı ay içinde karar verme zorunluluğu getirilmiştir.

Hangi gerekçeden kaynaklandığı çok net olmamakla birlikte, getirilen düzenlemenin yerinde olmadığını düşünmekteyiz. Altı işgünlük hak

8 Ayrıntılı bilgi ve kanun gerekçesi için bkz: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss639.pdf> (20.10.2014).

düşürücü sürenin 30 işgününe çıkarılması bir yana, yerel mahkemeye ve Yargıtay'a karar vermesi için azami süreler tanınmasının işleyişe pozitif bir katkı sağlayacağını söylemek güçtür. Özellikle kararlara temyiz yolunun açılması süreci uzatacaktır. Ayrıca, son derece ağır iş yükleri dikkate alındığında, gerekli tedbirler alınmaksızın mahkemelere kısa süreler tanıyarak tarafları beklentiye sokmak, beklentisine kavuşamayan bireyin/ tarafın mahkemelere ve devlete olan saygısı açısından düşündürücü ve olumsuz bir unsurdur (Yılmaz, 2006:26; Ertürk, 2009:1430). Tanınan sürelerle rağmen iş güvencesine ilişkin İş Kanunu hükümlerinin (m. 18 vd.) 10 yılı aşan süredir uygulamasında görülen başarısız deneyim de dikkate alındığında, yerel mahkemeler ve Yargıtay'ın davaları süresinde bitirmesi güç görünmektedir.

b- Ücret Ödemenin Kontrolü

6552 sayılı Torba Yasa'nın 4857 sayılı İş Kanunu'nun 36. maddesinin 5.fıkrasında yaptığı değişikliğe göre; *“İşverenler, alt işverene iş vermeleri halinde, bunların işçilerinin ücretlerinin ödenip ödenmediğini işçinin başvurusu üzerine veya aylık olarak resen kontrol etmekle ve varsa ödenmeyen ücretleri hak edişlerinden keserek işçilerin banka hesabına yatırmakla yükümlüdür.”*

Yeni düzenlemeyle, kamu ya da özel sektör fark etmeksizin tüm asıl işverenler iş verdikleri alt işverenlerin kendi işçilerine, kanuna ya da sözleşmeye uygun olarak ücret ödemesi yapıp yapmadığını kontrol etmek ve varsa ödenmemiş ücretlerini hak edişlerden keserek işçilerin banka hesabına yatırmakla yükümlü kılınmıştır. Düzenlemeye göre, eğer alt işveren işçileri talep etmişse derhal, talep söz konusu olmamışsa aylık periyotlarla resen kontrol zorunluluğu bulunmaktadır (Çelik ve diğ., 2014:196; Sayın, 2014:52). Kanımızca, düzenlemenin sadece ücretle sınırlandırılması yerine tüm işçilik alacaklarını kapsar şekilde ifade edilmesi daha doğru olurdu.

c- Yıllık Ücretli İzin Kullanımının Kontrolü

6552 sayılı Yasa'nın 4857 sayılı İş Kanunu'nun 56. maddesine eklediği fıkraya göre; *“Alt işveren işçilerinden, alt işvereni değiştirdiği halde aynı işyerinde çalışmaya devam edenlerin yıllık ücretli izin süresi, aynı işyerinde çalıştıkları süreler dikkate alınarak hesaplanır. Asıl işveren, alt*

işveren tarafından çalıştırılan işçilerin hak kazandıkları yıllık ücretli izin sürelerinin kullanılıp kullanılmadığını kontrol etmek ve ilgili yıl içinde kullanılmasını sağlamakla, alt işveren ise altıncı fıkraya göre tutmak zorunda olduğu izin kayıt belgesinin bir örneğini asıl işverene vermekle yükümlüdür.”

Önceki dönemde gerek Yargıtay kararlarında ve gerekse öğretide kabul gören yaklaşımın yasal zemine oturtulması amacını taşıyan bu düzenlemenin teorik olarak yerinde olduğunu düşünmekteyiz.

Bilindiği gibi işçinin muvazaalı olarak birbirini izleyen alt işverenler yanında çalıştırılması ve bunun hukuki sonuçları İş K. m.2/f.7-8’de düzenlenmiştir. Muvazaanın en önemli hukuki sonucu alt işveren işçilerinin baştan itibaren asıl işveren işçisi sayılmasıdır ki, bu durumda alt işveren işçilerinin asıl işveren işçilerinden bir farkı bulunmaz. 6552 sayılı Yasa ile getirilen düzenleme uygulamada sıkça karşılaşılan, muvazaa olmaksızın ve hakları kısıtlanmaksızın işçinin yeni ihaleler sonucunda aralıksız değişen alt işverenler yanında çalıştırılmasına ilişkindir. Böyle bir durumda, önceki dönemde öğretide ve Yargıtay bunun işyeri devri niteliği taşıdığını ve son alt işverenin, devreden alt işverenin (alt işverenlerin) yanında çalışılan sürelerden de sorumlu olacağını kabul etmekteydi (Süzek, 2014:194; Aykaç, 2011:346; Çelik ve diğ., 2014:64; Mollamahmutoğlu ve diğ., 2011:226; Güven ve Aydın, 2013:69). Hatta Yargıtay yakın tarihli bir kararında, işçinin aralıksız olarak değişen alt işverenler emrinde çalışması halinde, ihbar tazminatının tüm süreye göre hesaplanması ve son alt işverenin (asıl işverenle birlikte) sorumlu tutulması gerektiğine karar vermiştir⁹. Kararın yıllık izinler bakımından da benzer bir yoruma olanak verdiği kanısındayız. Öte yandan, İş Kanununun 6/2. maddesi hükmünde yer alan ve devralan işverenin, işçinin hizmet süresinin esas alındığı haklarda (örneğin yıllık ücretli izin hakkında) işçinin devreden işveren yanında işe başladığı tarihe göre işlem yapmak zorunluluğu getiren düzenleme de aynı yoruma olanak tanımaktadır.

Şu halde, bir bütün olarak değerlendirmek gerekirse, yeni hükümle alt işveren ilişkisi içinde bulunan asıl işverene yeni bir yükümlülük getirilmekte ve asıl işveren bir yandan alt işveren işçilerinin kendi işyerindeki tüm

9 Yarg. 9. H.D.T. 18.01.2010, E.2009/14578, K.2010/295, *Çalışma ve Toplum*, S.26, s.460.

çalışma süreleri (ve tüm alt işverenler emrinde geçen süreler) dikkate alınarak yıllık ücretli izin kullanıp kullanmadıklarını kontrol etme yükümlülüğü altına girmekte; öte yandan işçi bu iznini kullan(a)mamışsa iznin kullanılmasını sağlamakla yükümlü hale gelmektedir. Düzenleme alt işverenlere de bir yükümlülük getirerek, tuttuğu izin belgesinin bir suretini asıl işverene ilemesini zorunlu kılmıştır.

İş Kanunu'nun asıl işverenle alt işverenin, alt işveren işçilerine karşı yükümlülüklerden müteselsilen sorumluluğunu düzenleyen hükmü karşısında (m. 2/6) yukarıda anlatılan şekilde ve sözleşmenin son bulması halinde, hak kazanılıp kullanılmayan izin ücretinden (m.59) her iki işverenin birlikte sorumlu olacağı hükmü de böylesi bir yorumu desteklemektedir (Süzek, 2014:827; Çelik ve diğ., 2014:61; Mollamahmutoglu ve diğ., 2011:226; Sayın, 2014:52).

Kanımızca asıl işverenin söz konusu kontrolü yapması uygulamada sorun yaratmayacaktır. Buna karşılık izin kullanmayan/kullanmak istemeyen işçilere söz konusu izni kullandırmanın nasıl sağlanacağı, asıl işveren işçilerinde olduğu gibi, alt işveren işçilerinde de sorun yaratacak niteliktedir.

2- Kamuda Asıl İşveren-Alt İşveren İlişkilerine İlişkin Hükümler

6552 sayılı Yasa kamu kesiminde karşılaşılan asıl işveren alt işveren ilişkilerinde kıdem tazminatından sorumluluk, alt işverene verilebilecek işler (hizmet alımı), uygun görüş alınması, yaptırımlar ve alt işveren işyerinde toplu iş sözleşmesi görüşmelerinin yürütülmesi gibi konularda önemli hükümler getirmiş; tüm bu düzenlemelerle alt işveren işçilerine (en azından görünüşte) bazı güvenceler getirmeyi amaçlamıştır. Şüphesiz, bunların amaca ulaşımaya ulaşmayacağını zaman gösterecektir.

a- Kıdem Tazminatına İlişkin Hükümler

6552 sayılı Torba Yasa'nın getirdiği en önemli yeniliklerden biri kıdem tazminatından sorumluluğa ilişkindir. Yasa kamuda faaliyet gösteren alt işveren işçilerinin kıdem tazminatlarıyla ilgili üç ayrı hususa yer vermiş ve tüm bu hallerde kamu kurumlarını, alt işveren işçisinin kendi (kamu) işyerinde geçen çalışmasından doğan kıdem tazminatını işçinin banka hesabına yatırmakla yükümlü kılmıştır.

6552 sayılı Torba Yasa'nın kamu kesimi için getirdiği alt işveren işçilerinin kıdem tazminatının ödenmesinden sorumluluk halleri şunlardır:

- Aynı kamu kurumunda farklı alt işverenler emrinde aralıksız çalışma halinde sorumluluk,
- Aynı alt işveren emrinde, aynı iş sözleşmesiyle farklı kamu kurumlarında/kuruluşlarında çalışma halinde sorumluluk,
- Aynı alt işveren emrinde, aynı iş sözleşmesiyle, aralarında kamu kurumlarının/kuruluşlarının da bulunduğu çalışma hallerinde sorumluluk.

Bu hallerin her birinde kamu kurum ve kuruluşlarının sorumluluğu ayrı ayrı ve kendine özgü hükümlerle düzenlenmiştir: Söz konusu hallerden ilkinine ilişkin hükme göre; Kamu İhale Kanunu'nun 62. maddesinin 1/(e)¹⁰ bendi kapsamında alt işverenler tarafından çalıştırılan işçilerin kıdem tazminatları; alt işverenlerinin değişip değişmediğine bakılmaksızın aralıksız olarak aynı kamu kurum veya kuruluşuna ait işyerlerinde çalışmış olanların bu şekilde çalışmış oldukları sürelerle ilişkin kıdem tazminatına esas hizmet süreleri, aynı kamu kurum veya kuruluşuna ait işyerlerinde geçen toplam çalışma süreleri esas alınarak tespit olunur. Bunlardan son alt işverenleri ile yapılmış olan iş sözleşmeleri 1475 sayılı İş Kanunu'nun 14'üncü maddesine göre kıdem tazminatı ödenmesini gerektirecek şekilde sona ermiş olanların kıdem tazminatları ilgili kamu kurum veya kuruluşları tarafından, işçinin banka hesabına yatırılmak suretiyle ödenir.

10 Söz konusu hükme göre; "İdarelerin bu Kanun'da tanımlanan hizmetlerden personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımlarında aşağıda belirtilen hususlara uyması zorunludur: 1) İdarelerce kanun, tüzük ve yönetmeliklere göre istihdam edilen personelin yeterli nitelik veya sayıda olmaması halinde personel çalıştırılmasına dayalı yardımcı işlere ilişkin hizmetler için ihaleye çıkılabilir. Bu kapsamda ihaleye çıkılabilecek yardımcı işlere ilişkin hizmet türlerini; idarelerin teşkilat, görev ve yetkilerine ilişkin mevzuatı, yerleşik yargı içtihatları ile 22/05/2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanunu'nun 2'nci maddesinin 7'nci fıkrası dikkate alınmak suretiyle idareler itibarıyla ayrı ayrı veya birlikte belirlemeye işçi, işveren ve kamu görevlileri konfederasyonları, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Devlet Personel Başkanlığının görüşü ve Maliye Bakanlığının teklifi üzerine Bakanlar yetkilidir. 03/07/2005 tarihli ve 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 67 inci maddesi ile diğer Kanunların hizmet alımına ilişkin özel hükümleri saklıdır. 2) İdarelerin teşkilat, görev ve yetkilerine ilişkin mevzuatı ile 4857 sayılı Kanun'un 2'nci maddesinin 1'inci fıkrası esas alınmak suretiyle, idareye ait bir işyerinde yürütülen asıl işin bir bölümünde idarenin ve işin gereği ile teknolojik nedenlerle uzmanlık gerektiren işlerde hizmet alımı ihalesine çıkılabilir. 3) Danışmanlık hizmet alım ihalelerinde istihdam edilen personelin yeterli nitelik veya sayıda olmaması şartı aranmaz."

İkinci halde; aynı alt işveren tarafından ve aynı iş sözleşmesi çerçevesinde farklı kamu kurum veya kuruluşlarında çalıştırılmış olan işçilerden iş sözleşmesi 1475 sayılı İş Kanunu'nun 14'üncü maddesine göre kıdem tazminatı ödenmesini gerektirecek şekilde sona ermiş olanlara, 4734 sayılı Kanun'un 62'nci maddesinin birinci fıkrasının (e) bendi kapsamında farklı kamu kurum ve kuruluşuna ait işyerlerinde geçen hizmet sürelerinin toplamı esas alınarak çalıştırıldığı son kamu kurum veya kuruluşu tarafından, işçinin banka hesabına yatırılmak suretiyle ödenir.

Üçüncü halde ise; alt işveren ile yapmış olduğu iş sözleşmesi sona ermediği gibi, alt işveren tarafından 4734 sayılı Kanun kapsamında bulunan idarelere ait işyerleri dışında çalıştırmaya devam olunan ve bu şekilde çalıştırıldığı sırada iş sözleşmesi kıdem tazminatı ödenmesini gerektirecek şekilde sona eren işçinin kıdem tazminatı, işçinin yazılı talebi halinde, kıdem tazminatının söz konusu kamu kurum veya kuruluşlarına ait işyerlerinde geçen süreye ilişkin kısmı, kamu kurum veya kuruluşlarına ait çalıştığı son işyerindeki ücretinin yıllar itibarıyla asgari ücret artış oranları dikkate alınarak güncellenmiş miktarı üzerinden hesaplanmak suretiyle son kamu kurum veya kuruluşu tarafından işçinin banka hesabına yatırılmak suretiyle ödenir. Bu şekilde hesaplanarak ödenen kıdem tazminatı tutarının, iş sözleşmesinin sona erdiği tarihteki ücreti üzerinden aynı süreler dikkate alınarak hesaplanacak kıdem tazminatı tutarından daha düşük olması halinde, işçinin aradaki farkı alt işverenden talep hakkı saklıdır.

Getirilen bu üç düzenleme ile daha önce yargı kararlarıyla halledilmeye çalışılan önemli bir sorunun çözülmesi hedeflenmiştir. Böylece aynı kamu asıl işvereni ve farklı alt işverenler emrinde geçen süreler kamuda aynı alt işverene tabi olarak farklı asıl işverenler emrinde geçen süreler ve aynı alt işveren emrinde ama aralarında kamu asıl işverenlerinin de bulunduğu farklı asıl işveren işyerlerinde çalışan alt işveren işçilerinin kıdem tazminatlarının hesabında kamuda geçen süreler toplanacak ve kıdem tazminatının kamuda geçen süreye ilişkin kısmı son kamu kurum/kuruluşunca işçinin banka hesabına yatırılmak suretiyle ödenecektir.

6552 sayılı Kanun'la getirilen bu yeni düzenleme, 1475 sayılı İş Kanunu'nun kıdem tazminatını düzenleyen 14. maddesinin kamuda geçen hizmet sürelerinin birleştirilmesini öngören 5. fıkrasıyla uyumlu

görülmektedir. 1475 sayılı K. m. 14/5'e göre "... aynı veya değişik kamu kuruluşlarında geçen hizmet sürelerinin birleştirilmesi suretiyle Sosyal Sigortalar Kanunu'na (şimdi Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu) göre yaşlılık veya malullük aylığına ya da toptan ödemeye hak kazanan işçiye, bu kamu kuruluşlarında geçirdiği hizmet sürelerinin toplamı üzerinden son kamu kuruluşu işverenince ödenir." Bu hükme göre; kamuda geçen sürelerin birleştirilmesi için kıdem tazminatına malullük, yaşlılık veya toptan ödeme sebebiyle hak kazanmak gerekir. Buna karşın 6552 sayılı Yasa ile getirilen her üç düzenlemede de kamuda geçen hizmet sürelerinin birleştirilmesi için 1475 s. K. m. 14'de yer alan herhangi bir hak kazanma sebebi (örneğin; askerlik, evlilik vb.) yeterli olacak; malullük, yaşlılık ya da toptan ödeme sebebiyle son bulma koşulu aranmayacaktır. Getirilen düzenlemenin kamuda çalışan alt işveren işçilerine, sadece emeklilik halinde birleştirme imkanına sahip olan kamu çalışanlarına göre daha kapsamlı ve yerinde bir güvence getirdiği kanaatindeyiz (Sayın, 2014:51; Süzek, 2014:763 vd.; Mollamahmutoğlu ve diğ., 2011:1154; Çelik ve diğ., 2014:383 vd.; Güven ve Aydın, 2013:281 vd.).

Alt işveren işçilerine kamuda geçen hizmetlerin toplamı üzerinden kıdem tazminatı ödenmesi kanımızca kamu işverenleri bakımından yeni bazı sorunlar yaratacak niteliktedir. Bunlardan ilki ödemeyi yapan (son) kamu işverenininki önceki alt işverene/işverenlere rüçüdür. 6552 sayılı Torba Yasa, getirdiği hükümlerle (m.8) bu soruna çözüm aramaktadır. Buna göre; "...farklı kamu kurum ve kuruluşlarına ait işyerlerinde geçen hizmet sürelerinin toplamı üzerinden kıdem tazminatı ödenmesi halinde, kıdem tazminatı ödemesini gerçekleştiren son kamu kurum veya kuruluşu, ödenen kıdem tazminatı tutarının diğer kamu kurum veya kuruluşlarında geçen hizmet süresine ilişkin kısmını ilgili kamu kurum veya kuruluşundan tahsil eder. Ancak, merkezi yönetim kapsamındaki kamu idareleri arasında bu fıkra hükümlerine göre bir tahsil işlemi yapılmaz."

Dikkat edilecek olursa, 6552 sayılı Yasa m.8 hükmü ile kamu işverenleri arasındaki rücu işlemini düzenlemiş ancak (kamu) asıl işverenininki alt işverene/işverenlere rücu işlemini düzenlememiştir. Bu durumda (kamu) asıl işverenininki alt işverene/alt işverenlere rücu etmesi genel hükümlere göre gerçekleşecektir. Belirtelim ki, (kamu) asıl işverenlerinin ödedikleri kıdem tazminatları sebebiyle alt işverenlere rücu etmesindeki pratik

güçlük karşısında, hizmet alım ihalelerine giden kamu işverenlerinin ihale koşulları arasında kıdem tazminatından sorumluluğa ilişkin ayrıntılı hükümlere yer vermeleri doğru olacaktır.

Kamu İhale Kanununa göre ihale edilen personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımları kapsamında istihdam edilen işçilerin kıdem tazminatlarının ödenmesine ilişkin yönetmelik¹¹ konunun ayrıntılarını düzenlemiştir. Yönetmeliğe göre, kamu makamları belirtilen kıdem tazminatı ödemesini hizmet alımı gider kaleminden (ödenenin yetip yetmediğine bakılmaksızın), işçinin başvurusu üzerine ve hizmet cetvelini esas alarak ödeyecektir (m. 8, 9, 11). Yönetmelikle ilgili anlaşılabilir bir husus ise söz konusu kıdem tazminatı ödemelerinin sadece 6552 sayılı Torba Yasanın yürürlük tarihinden sonraki fesihlere uygulanacak olmasıdır. Fesih dışında, kıdem tazminatı doğuran hallerde ödeme yapılıp yapılmayacağı ise belli değildir.

b- Hizmet Alımına İlişkin Hükümler

6552 sayılı Yasa kamu makamlarının hizmet alım ihaleleriyle ilgili olarak da yenilikler getirmiştir. Bu düzenlemeler incelendiğinde birçoğunun önceki dönemde verilen yargı kararlarına uyum ve İş Kanunu uygulamasıyla paralellik sağlama amacına yönelik olduğu söylenebilir (bkz: Akyiğit, 2010:30 vd.; Aykaç, 2011:85 vd.; Soyer, 2006:20 vd.; Güleşçi, 2013:145 vd.).

6552 sayılı Yasa'yla, 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nun 62. maddesinin 1. fıkrasının (e) bendinde yapılan değişikliğe göre, aynı Kanun'da tanımlanan hizmetlerden personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımlarında kamu makamlarının uymak zorunda olduğu kurallar şunlardır:

- 1) İdarelerce kanun, tüzük ve yönetmeliklere göre istihdam edilen personelin yeterli nitelik veya sayıda olmaması halinde personel çalıştırılmasına dayalı yardımcı işlere ilişkin hizmetler için ihaleye çıkılabilir¹².

11 R.G.T. 08.02.2015, S.29261.

12 Bu kapsamda ihaleye çıkılabilecek yardımcı işlere ilişkin hizmet türlerini; idarenin teşkilat, görev ve yetkilerine ilişkin mevzuatı, yerleşik yargı içtihatları ile 22/05/2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanunu'nun 2'nci maddesinin yedinci fıkrası dikkate alınmak suretiyle idareler itibarıyla ayrı ayrı veya birlikte belirlemeye işçi, işveren ve kamu görevlileri konfederasyonları, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Devlet Personel Başkanlığının görüşü ve Maliye Bakanlığının teklifi üzerine Bakanlar Kurulu yetkilidir. 03/07/2005 tarihli ve 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 67'nci maddesi ile diğer kanunların hizmet alımına ilişkin özel hükümleri saklıdır.

2) İdarelerin teşkilat, görev ve yetkilerine ilişkin mevzuatı ile 4857 sayılı Kanun'un 2. maddesinin yedinci fıkrası esas alınmak suretiyle, idareye ait bir işyerinde yürütülen asıl işin bir bölümünde idarenin ve işin gereği ile teknolojik nedenlerle uzmanlık gerektiren işlerde hizmet alımı ihalesine çıkılabilir.

3) Danışmanlık hizmet alım ihalelerinde istihdam edilen personelin yeterli nitelik veya sayıda olmaması şartı aranmaz.

Getirilen bu hükmün önceki yargı kararları ve 4857 sayılı İş Kanunu m.2 ile uyumlu olduğu tartışmasızdır. Buna karşın, kamu kesiminde inanılmaz sayılara ve boyutlara ulaşan alt işverenlik uygulamasına ilişkin fiili durum karşısında yeni düzenlemeye uyum sağlanmasının oldukça uzun bir zaman alacağı açıktır. Zira birçok kamu kurum ve kuruluşunda yardımcı iş ve teknolojik nedenlerle uzmanlık gerektiren işler dışında asıl işlerin de alt işverenlere devredildiği, bu devirde yardımcı iş ya da teknolojik nedenlerle uzmanlık gerektiren iş kriterlerinin dikkate alınmadığı bilinen bir gerçektir. Dolayısıyla 6552 sayılı Yasa'yla öngörülen dönüşümün sancılı olacağını söylemek yanlış olmayacaktır¹³.

Dönüşümde yaşanması olası bu güçlüklerle karşın, başarıyla gerçekleştirilecek yeni yapılanmanın iş davalarında azalmaya yol açacağını söylemek mümkündür. Zira bugün için kamu kesiminde faaliyet gösteren alt işverenler ve bunların asıl işverenlerine yönelik davaların önemli bir kısmı asıl işveren-alt işveren ilişkisinin 4857 sayılı Kanun'a aykırı ya da muvazaalı olduğu iddialarıyla açılmaktadır. 6552 sayılı Yasa'da belirtilen biçimde yeniden yapılanmaya gidildiğinde, muvazaa veya kanuna aykırı alt işveren ilişkisi ortadan kalkacağından, bir yandan işçilik haklarından sorumlulukla bağlantılı davalarda, diğer yandan asıl işveren alt işveren ilişkisinin kanuna aykırılığına/muvazaalı olduğuna ilişkin davalarda ciddi bir azalma yaşanacağını düşünmekteyiz.

Yeni düzenlemede dikkat çeken bir husus da yardımcı işlerde ya da teknolojik nedenlerle alt işverene gitmede aranan “... *istihdam edilen personelin yeterli nitelik ve sayıda olmaması*” koşulunun danışmanlık hizmet alım ihalelerinde aranmayacak olmasıdır. Bir başka ifadeyle,

13 Nitekim Başbakanlık Devlet Personel Başkanlığı Yasa'nın çıkmasından sonra kamu kurum ve kuruluşlarında mevcut alt işverenlik uygulamalarıyla ilgili bir veri tabanı oluşturmak üzere veriler toplama ve bilgiler edinmeye başlamıştır.

kamu kurum ve kuruluşlarında (asıl işverence) istihdam edilen danışman personel yeterli nitelik ve sayıda olsa dahi ilgili kamu kurum ve kuruluşu yine de danışmanlık hizmeti almak için alt işverenlik ilişkisi kurabilecektir. Bu durumun gerekçesini ve yerindeliliğini anlamak güçtür. Elde yeterli sayı ve nitelikte danışman varken alt işverene başvurarak danışmanlık hizmeti temin etmek kamu zararına yol açacak niteliktedir.

6552 sayılı Yasa'ya göre, bundan böyle hizmet alımlarında ilgili mercilerden uygun görüş alınması da zorunludur. Yasa'nın, 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'na eklediği 8. maddeye göre; personel çalıştırılmasına dayalı hizmetler (danışmanlık hizmet alımları hariç) için ihaleye çıkılmadan önce;

- a) 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu'na ekli (I), (II) ve (IV) sayılı cetvellerde yer alan idareler ile bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşların, *Maliye Bakanlığında*,
- b) 08/06/1984 tarihli ve 233 sayılı Kamu İktisadi Teşebbüsleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname uyarınca yayımlanan Genel Yatırım ve Finansman Programı çerçevesinde, 233 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'ye tabi kamu iktisadi teşebbüsleri ve bağlı ortaklıklarının *Hazine Müsteşarlığından*,
- c) 24/11/1994 tarihli ve 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun çerçevesinde özelleştirme programında bulunanlardan sermayesinin %50'sinden fazlası kamuya ait işletmeciler kuruluşların ise *Özelleştirme İdaresi Başkanlığından*, uygun görüş alması zorunludur.

Uygun görüş alınmadan bu hizmetler için ihaleye çıkılamaz. 62'nci maddenin birinci fıkrasının (e) bendinin (1) numaralı alt bendinde yer alan hizmet alımlarında niteliği gereği sözleşme süresi altı ayı aşmayan işlerde uygun görüş şartı aranmaz.

Ekleyelim ki, 6552 sayılı Yasa, yerinde bir düzenleme ile hizmet alım ihalelerinde yüklenme süresini de uzatmıştır. Getirilen yeni hükme göre "... sürekli nitelikte olanlara ilişkin hizmet alımlarında yüklenme süresi üç yıl olup, işin niteliğinden veya süresinden kaynaklanan zorunlu hallerde bu süre gerekçesi gösterilmek şartıyla üst yöneticinin onayıyla kısaltılabilir." (Sayın, 2014:52; Mollamahmutoğlu ve diğ., 2011:236 vd.). (5018 s.K. m.28'e ek fıkra)

c- Alt İşverenliğe İlişkin Hükümlere Uymamanın Yaptırımı

6552 sayılı Yasa'nın 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'na eklediği 8.maddeye göre; “...personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımı ihaleleri çerçevesinde çalıştırılan personel, ihale ve sözleşme konusu iş dışında başka bir işte çalıştırılmaz ve görevlendirilemez. Bu kapsamda, personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımı ihalesine çıkılmaması gerektiği halde ihaleye çıkılması, uygun görüş alınması gereken hallerde alınmadan ihaleye çıkılması, ihale kapsamında çalıştırılan personelin sözleşme konusu işler dışında çalıştırılması, 4857 sayılı Kanun'un 2'nci maddesinin yedinci fıkrası hükmüne aykırılık teşkil edecek şekilde işleme ve eylemler yapılması nedeniyle idare aleyhine zarar ortaya çıkması halinde, oluşan bu zararlar; bu zarara neden olduğu tespit edilenlere rücu edilmek suretiyle tahsil edilir. Ayrıca, bu kişiler hakkında uygulanacak ceza ve disiplin hükümleri saklı kalmak üzere, bu kişilere her türlü aylık, ödenek, zam, tazminat dahil yapılan bir aylık net ödemelerin beş katı tutarında idari para cezası uygulanır. 4857 sayılı Kanun'un 3'üncü maddesinin ikinci fıkrasında öngörülen itiraz veya diğer kanun yollarına başvurmayan kişilere ise her türlü aylık, ödenek, zam, tazminat dâhil yapılan bir aylık net ödemelerin iki katı tutarında idari para cezası uygulanır.”

Konunun ayrıntıları “Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımlarında Uygun Görüş Alınması, Görevlilerin Sorumlulukları İle Yaptırımlar Hakkında Yönetmelik”le düzenlenmiştir¹⁴.

Görüldüğü gibi kanun hükmü aslında bir yandan hizmet alım ihaleleriyle çalıştırılan alt işveren işçilerine ilişkin faaliyet alanına vurgu yaparak buna aykırılığın hukuki yaptırımını düzenlemekte; öte yandan, aynı kurallara aykırılığı idari para cezasına bağlamaktadır. Maddede ayrıca iş müfettişlerince düzenlenen muvazaa raporuna itiraz etmeyen ya da itirazın reddi üzerine kanun yollarına başvurmayan kamu avukatlarına uygulanacak idari para cezası da düzenlenmiştir.

Düzenlemeye göre; personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımı ihaleleri çerçevesinde çalıştırılan personel, ihale ve sözleşme konusu iş dışında başka bir işte çalıştırılmaz ve görevlendirilemez.

14 (R.G.T. 06.02.2015, S.29259).

Bu kapsamda,

- Personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alımı ihalesine çıkılmaması gerektiği halde ihaleye çıkılması,
- Uygun görüş alınması gereken hallerde alınmadan ihaleye çıkılması,
- İhale kapsamında çalıştırılan personelin sözleşme konusu işler dışında çalıştırılması,
- İş Kanunu'na aykırılık teşkil edecek şekilde işlem ve eylemler yapılması nedeniyle idare aleyhine zarar ortaya çıkması halinde, oluşan bu zararlar, bu zarara neden olduğu tespit edilenlere rücu edilmek suretiyle tahsil edilir.

Öte yandan, bu fiilleri işleyen kişiler hakkında uygulanacak ceza ve disiplin hükümleri saklı kalmak üzere, bu kişilere her türlü aylık, ödenek, zam, tazminat dâhil yapılan bir aylık net ödemelerin *beş katı tutarında* idari para cezası uygulanır (Yön. m.6).

Muvazaa raporuna itiraz veya diğer kanun yollarına başvurmayan kişilere ise her türlü aylık, ödenek, zam, tazminat dâhil yapılan bir aylık net ödemelerin *iki katı tutarında* idari para cezası uygulanır (Bknz: Aydın ve Ezer, 201:43; Süzek, 2014:110 vd.). Söz konusu idari para cezalarına ilişkin olarak ise Kabahatler Kanunu hükümleri uygulanır (Yön. m.6/son).

Düzenlemeyi kural olarak yerinde buluyoruz. Özellikle alt işveren işçilerinin ihale konusu iş dışında çalıştırılmasının engellenmesi ve yaptırım altına alınması, alt işverenliğin amacı bakımından kanımızca yerinde olmuştur. Buna karşın, hukuki ve teknik bir konu olan mahkeme kararına itiraz veya kanun yoluna başvuru hususunda kamu avukatlarını zorlayan ve hatta başvurmamayı idari para cezası ile yaptırım altına alan düzenlemenin bir yandan avukat bağımsızlığına müdahale olduğu, diğer yandan da yargının yükünü artıracığı söylenebilir.

d- Toplu İş İlişkilerine İlişkin Hükümler

6552 sayılı Yasa kamuda faaliyet gösteren alt işveren işyerlerinde toplu iş sözleşmesi sürecine ilişkin olarak da yeni bir düzenleme getirilmiştir. Daha önce benzeri ve uygulaması olmayan yeni modelde 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu çerçevesinde ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'na

tabi kamu kurum ve kuruluşlarında faaliyet gösteren alt işveren işyerlerinde bağtlanacak toplu iş sözleşmelerinde kamu işveren sendikalarının bu alt işverenlerin yanında/adına yer almasına olanak tanınmıştır.

6552 sayılı Yasa'nın 13. maddesi ile 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu'nun 8. maddesine eklenen hükme göre; *"4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nun 62. maddesinin birinci fıkrasının (e) bendi uyarınca ihale edilen işlerde, 4857 sayılı İş Kanunu'nun 2. maddesinde tanımlanan asıl işveren-alt işveren ilişkisi çerçevesinde alt işveren tarafından münhasıran bu kanun kapsamına giren kamu kurum ve kuruluşlarına ait işyerlerinde çalıştırılan işçileri kapsayacak olan toplu iş sözleşmeleri; alt işverenin yetkilendirilmesi kaydıyla merkezi yönetim kapsamındaki kamu idarelerinin üyesi bulunduğu kamu işveren sendikalarından birisi tarafından 6356 sayılı Sendikalar ve Toplu İş Sözleşmesi Kanunu hükümlerine göre yürütülür ve sonuçlandırılır. Toplu iş sözleşmesinin kamu işveren sendikası tarafından bu fıkra göre sonuçlandırılması halinde, belirlenen ücret ve sosyal haklardan kaynaklanan bedel artışı kadar idarece fiyat farkı ödenir. Kamu işveren sendikası tarafından yürütülmeyen ve sonuçlandırılmayan toplu iş sözleşmeleri için fiyat farkı ödenemez. 4857 sayılı Kanun'un ikinci maddesinin yedinci fıkrası esas alınarak asıl işveren sıfatından dolayı ücret farkına hükmedilemez ve asıl işveren sıfatıyla sorumluluk yüklenemez."* Konunun ayrıntıları Maliye Bakanlığınca çıkarılan "Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımlarında Toplu İş Sözleşmesinden Kaynaklanan Fiyat Farkının Ödenmesine Dair Yönetmelik"le düzenlenmiştir¹⁵.

Bu hükümle getirilen yeni modelin 6356 sayılı STİSK ve öncesindeki toplu iş hukuku mevzuatında yer almayan "yetkilendirme" düzenlemesi ilgi çekicidir. Bir gerçek ya da tüzel kişinin, üye olmaksızın, bir sendikayı yetkilendirmesi ve yetkilendirilen sendikanın yetkilendiren kişi adına toplu iş sözleşmesi görüşmelerini yürütmesi ve sonuçlandırması yeni bir mekanizmadır. Bu mekanizmanın 6356 s. STİSK'de yer alan "işveren sendikalarının, 'üyesi' işverenlere ait işyeri ya da işyerleri.... için toplu iş sözleşmesi yapmaya yetkilidir" (m.41/4) (Bknz: Sayın, 2014:52; Çelik ve diğ., 2014:582; Aktay ve diğ., 2012:452; Tuncay, 1999:144) hükmüyle uyumlu olmadığı açıktır. Kanuna uygunluk açısından alt işverenlere (kamu işveren sendikası) sendika üyeliği zorunluluğu getirilmesi ise sendika üyeliği serbestisini düzenleyen Anayasa m.51/1 ve

15 (R.G.T. 22.01.2015, S.29244).

STİSK m.17/3'e aykırı olacaktır. Kanımızca hukuka uygun olan (kamu) asıl işverenlerinin, alt işveren işyerindeki sendikalaşmaya müdahil olmamaları ve sendikaların olumlu ya da olumsuz biçimde süreç içinde yer almamalarıdır. Sendikaların sürece müdahalesini ve endüstri ilişkileri alanındaki katkısını isteyen alt ya da asıl işverenlerin ise sendikaya üye olması hukukun gereği ve kanımızca en ideal yoldur.

Hükümde getirilen önemli bir husus da, kamuda faaliyet gösteren alt işverenin "yetkilendirmesi" ile sürece dâhil olan kamu işveren sendikasıncı bağitlanan/sonuçlandırılan toplu iş sözleşmesinde ücret ve sosyal haklardan kaynaklanan bedel artışlarının idarece ödenmesidir¹⁶. Yetkilendirme işleminin yetki belgesinin alt işverene tabliğinden itibaren 10 işgünü içinde yapılması gerekir. Aksi halde toplu iş sözleşmesi kamu işveren sendikasıncı yürütülmez ve sonuçlandırılmaz (Yön.m.4/3). Yetkilendirmenin bulunmaması, diğer bir ifadeyle toplu pazarlık sürecinin alt işverence bizzat (ya da üyesi olduğu işveren sendikasıncı) yürütülmesi halinde ortaya çıkabilecek bedel artışları ise idarece ödenmeyecektir. Anlaşıldığı kadarıyla bedel artışı ile kastedilen idarenin hizmet alımı ihalesinde kararlaştırılan bedeldir ve bundan neden idarenin sorumlu olduğunu anlamak güçtür. Zira idare (asıl işveren) başka bir işverenden hizmet alımı yapmakta; ama o (alt) işveren işyerindeki sendikalaşmanın getirdiği yükten asıl işveren sorumlu olmaktadır. Özel sektörde benzerine rastlanmayan bu uygulamanın gerisinde, kamuda inanılmaz boyutlara ulaşan ve amacından uzaklaşarak kanuna aykırı bir hal alan alt işverenlik uygulamalarının bulunduğunu söylemek kanımızca mümkündür.

Öte yandan, hükmün son cümlesinde yer alan ve yetkilendirilmiş kamu işveren sendikasıncı yürütülmeyen alt işveren toplu iş sözleşmelerinden dolayı idarenin İş K. m.2/f.7 çerçevesinde asıl işveren sıfatıyla sorumlu tutulamayacağına ilişkin hüküm kanımızca bir yandan 4857 sayılı İş Kanunu'na ve diğer yandan iş hukukunun işçiyi koruyucu niteliğine aykırıdır. Alt işverenleri belli bir sendikaya yöneltmesiyle, aynı hükmün olumsuz sendika özgürlüğünü de ihlal ettiği söylenebilir. Kanunun bu hükmüne rağmen her durumda (kamu işveren sendikası yetkilendirilmemiş olsa dahi) alt işveren işçilerine karşı asıl işverenle alt işveren birlikte sorumlu tutulmalıdır.

16 Yetkilendirmenin şekli ve içeriğine ilişkin hususlar Maliye Bakanlığında uygunluk görüşü alınması kaydıyla, kamu işveren sendikalarının müştereken düzenlenir. (22.01.2015 tarihli Yönetmelikte Değişiklik Yönetmeliği, R.G.T. 17.03.2015, S. 29298)

SONUÇ

Ülkemizde son yıllarda çok yaygınlaşan alt işverenlik uygulaması beraberinde birçok soruna yol açmıştır. Bunların başında alt işveren işçilerinin mağduriyeti gelmektedir. Alt işveren işçileri çalışma ilişkilerinden doğan haklarına güçlüklerle ulaşmaktadırlar. Gelinek nokta vicdani sıkıntılar yanında, hukuki sorunları da ortaya çıkarmaktadır. Mağdur olan alt işveren işçilerinin açtığı alacak davaları yanında, asıl işveren-alt işveren ilişkisinin kanuna aykırı/muvazaalı olduğuna ilişkin davalar yargının yükünü önemli ölçüde artırmaktadır.

Bütün bu gerekçelerden hareket eden kanun koyucu, birçok başka hükümle beraber, alt işveren uygulamasına da yeni bir anlayışla yaklaşmış, en azından kamuda faaliyet gösteren alt işveren işçilerinin mağduriyetini giderme ve uygulamayı sınırlama gayesiyle 6552 sayılı (torba) Yasa'yı çıkarmış; bunun hemen ertesinde çıkarılan üç yönetmelikle konunun ayrıntılarını düzenlemiştir.

6552 sayılı Yasa öncelikle ücret ve yıllık ücretli izin uygulaması bakımından kamu ve özel sektör ayrımı yapmaksızın tüm asıl işveren-alt işveren ilişkilerinde uygulanacak hükümler getirmiş ve alt işverenlerin kanuna aykırı uygulamaları bakımından asıl işverenlere bir yandan kontrol yükümü, diğer yandan da sorumluluk getirmiştir.

6552 sayılı Yasa kamuda faaliyet gösteren alt işverenler ve bunların işçilerinin kıdem tazminatlarını da, önceki dönem yargı kararlarına uygun olarak güvenceye almış ve tazminatlardan kamu (asıl) işverenlerini sorumlu tutmuştur. Kamuya getireceği muhtemel yük ve alt işverene/alt işverenlere rücuuda yaşanacak sorunlar bir yana, düzenlemenin işçiyi korumak ve yargı yükünü azaltmak gibi gerekçelerle yerinde olduğunu düşünmekteyiz.

Yasa'nın toplu iş ilişkilerine getirdiği yenilik ise kamuda faaliyet gösteren alt işverenin yetkilendirmesi üzerine toplu pazarlık sürecine kamu işveren sendikasının katılmasıdır. Bununun 6356 sayılı STİSK'da düzenlenen sendika üyeliğine ilişkin hükümlerle uyumlu olduğunu söylemek güçtür.

Bir bütün olarak değerlendirmek gerekirse, 6552 sayılı Yasa'nın yeni yükler getirme pahasına özellikle kamuda faaliyet gösteren alt işveren

işçilerini korumaya yönelik önemli hükümler getirdiğini ve kamuda alt işverenlik uygulamalarını sınırlamayı hedeflediğini söylemek mümkündür. Uygulamada yaşanabilecek güçlükler rağmen 6552 sayılı Yasa'nın iş hukukunun işçiyi koruma ilkesine büyük ölçüde hizmet ettiğini düşünmekteyiz.

Kaynakça

- Aktay, Nizamettin; Arıcı, Kadir ve E. Tuncay Senyen/Kaplan (2012) *İş Hukuku*, B.5, Ankara.
- Akyiğit, Ercan (2010) “Alt İşverenlik ve Benzer İlişkilerden Farkı”, *TUHS*, C.22, S.4-5.
- Akyiğit, Ercan (2011) “İş ve Sosyal Güvenlik Hukukunda Alt İşverenlik-Taşeronluk İlişkisi”, Ankara.
- Arslan Ertürk, Arzu (2009) “İşe İade Kararı ve İşveren Başvuruda Bulunma Koşulu”, *Legal İSGH Dergisi*, S.24.
- Aydın, Ufuk ve Burcu Ezer (2014) “İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatına Aykırılık Sebebiyle Uygulanan İdari Para Cezalarına İlişkin Sorunlar”, *Çalışma ve Toplum*, S.43, No:2014/4.
- Aykaç, Hande Bahar (2011) “İş Hukukunda Alt İşveren”, İstanbul.
- Çankaya, Osman Güven (2006) “4857 Sayılı İş Kanunu'na Göre, Asıl İşveren-Alt İşveren İlişkisi”, *Sicil*, Eylül.
- Çelik, Nuri; Caniklioğlu, Nurşen ve Talat Canbolat (2014) *İş Hukuku Dersleri*, B.27, İstanbul.
- Çelik, Nuri (2006) *İş Hukuku Dersleri*, B.19, İstanbul.
- Güleşçi, Yusuf (2013) “Kamu İşyerlerinde Alt İşveren Uygulaması”, Ankara.
- Güven, Ercan ve Ufuk Aydın (2013) *Bireysel İş Hukuku*, B.4, Eskişehir, 2013.
- Mollamahmutoğlu, Hamdi ve Muhittin Astarlı (2011) *İş Hukuku*, Ankara, B.4, Ankara.
- Sayın, Ali Kemal (2014) “6552 Sayılı Kanun: Çalışma Hayatına İlişkin Düzenlemeler”, *İşveren*, C.52, S.5, Ekim.
- Soyer, M. Polat (2006) “4857 Sayılı İş Kanunu Açısından Asıl İşveren-Alt İşveren İlişkisinin Kurulması ve Sonuçları”, *Sicil*, Mart.
- Süzek, Sarper (2010a) “Muvazaalı Alt İşveren İlişkisi”, *Legal İSGH Dergisi*, C.7, S.27.
- Süzek, Sarper (2010b) “Alt İşveren İlişkisinin Kurulması”, *Legal İSGH Dergisi*, S.25.
- Süzek, Sarper (2014) *İş Hukuku*, B.10, İstanbul.
- Tarcan, Nurseli (2006) “Yasalar Herkes İçin Eşit Değil mi? Asıl İşveren-Alt İşveren İlişkisinde Kamu-Özel Ayrımcılığı”, *Sicil*, Eylül.
- Tuncay, A. Can (1999) *Toplu İş Hukuku*, Nisan, İstanbul.
- Yenisey, Kübra Doğan (2013) “İş Hukukunun Temel Kavramları”, *Bireysel İş Hukuku* (AÖF Yayınları), Eskişehir.
- Yılmaz, Ejder (2006) “İşe İade Davalarında Yargılama Usulü ile İlgili Özellikler”, *Sicil*, Aralık.

6331 Sayılı Kanun'da İş Güvenliği Uzmanlığı: Nitelikleri, Görevlendirilmeleri ve Yetkilendirilmeleri*

Occupational Safety Experts in the Law No 6331: Qualifications, Assignments and Authorizations

İlknur KILKIŞ*

Yusuf ALPER**

ÖZ

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile Türkiye’de yeni bir dönem başlamıştır. Çalışan sayısına bakılmaksızın bütün işyerlerinin iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri kapsamına alınması ve bu hizmetlerin iş güvenliği uzmanları ve işyeri hekimleri gibi profesyonellerce yerine getirilecek olması bu yeniliklerin başında gelmektedir. 6331 sayılı Kanun ile getirilen yeniliklerin hayata geçirilmesinde ve İSG hizmetlerinde etkinliğin sağlanmasında kilit değişkenlerden biri iş güvenliği uzmanlığıdır. Kanun iş güvenliği uzmanı olma sürecine büyük önem vermiş, özel eğitim alma ve Bakanlıkça gerçekleştirilecek merkezi sınavda başarılı olma şartlarını araştırmıştır. Türkiye’de işyerlerinin çok sayıda ve küçük ölçekli olması ve Kanun’un hemen uygulanması halinde ihtiyaç duyulan sayıda iş güvenliği uzmanının olmaması sebebiyle 6331 sayılı Kanun’un bazı hükümleri kademeli olarak yürürlüğe konulmuştur. Ancak, yürürlük tarihinin ertelenmesi ne kadar doğru ise sayısal olarak iş güvenliği uzman açığını gidermek için adeta bir “panik havası” içinde iş güvenliği uzmanı olma şartlarının değiştirilmesi de o kadar hatalı olmuştur. Özellikle herhangi bir mesleki tecrübe ve eğitim şartı aranmaksızın yalnızca belirli alanlarda bir lisans eğitimini tamamlamış olma ve “belirli süre sigortalı olma” şartları ile binlerce kişinin bir sınavla, mesleğin zirvesi sayılan “A sınıfı” belge almalarına imkan verilmesi, İSG uygulamalarını uzun süre olumsuz sonuçları ile karşılaşılabilecek bir noktaya getirmiş, 6331 sayılı Kanunla başlayan “yeni dönem” anlamını kaybetmiş görünmektedir.

Anahtar Sözcükler: İş güvenliği uzmanı, uzmanlık belgesi, sınıflararası yükseltme, iş güvenliği uzmanı görevlendirme, yetkilendirme

ABSTRACT

In Turkey new era has begun with The Law no 6331 on Occupational Health and Safety. All workplaces are into the scope of the Law regardless of the number of employees and assigning the tasks of occupational health and safety to professionals such as occupational safety specialists and on-site doctors are the most important innovations with it. One of the key variables, to implementation The Law no 6331 and ensuring the effectiveness of OHS services, is occupational health and safety specialists and The Law attaches great importance to the process of becoming an occupational safety specialist and requires special training and achievement in the central exam. Some of the articles from The Law no: 6331 has implemented in stages in turkey regard to present adequate numbers of occupational safety specialists are less according to workplaces are small scaled and the number of these places are excessive. However, as these stages are considering accurate, changing the requirements of becoming occupational safety specialists in a “panic” is inaccurate. The “New Era”, begun with Law no 6331, has lost its meaning and came to a point that will be faced negative results in log term by especially with only completed a bachelor’s degree in specific studies and “certain period of time in insured work” terms and conditions, regardless any professional experience and education requirements, thousands of people become an A Level Occupational Health and Safety Specialist (counted “occupational summit”) with an exam.

Keywords: Occupational safety specialist, specialist certificate, promotion among classes, occupational safety specialist appointments

* Prof. Dr., Uludağ Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü
ilknurkilkis@gmail.com

** Prof. Dr., Uludağ Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü
alper Yusuf@gmail.com

* Bu çalışma, büyük ölçüde Sosyal Güvenlik Dergisi’nde (Temmuz 2014, Cilt-4, Sayı-2) “Occupational Safety Experts in the Law No 6331: Qualifications, Assignments and Authorizations” başlığıyla İngilizce olarak yayınlanan makalenin 6552 sayılı Kanunla getirilen değişiklikler ve TBMM’ne sevk edilerek yasalaşması beklenen Kanun tasarısında yer alan son düzenlemeler de dikkate alınarak güncellenmesi ile Türkçe olarak hazırlanmıştır.

GİRİŞ

6331 sayılı Kanun ile Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) uygulamaları yeni bir döneme girmiştir. Kanun İSG ile ilgili sorunların çözümüne yönelik çok sayıda yeni ve olumlu düzenlemeler getirmiştir. Bu yeniliklerden biri de İSG hizmetlerinin sahada bu işle görevlendirilen uzman İSG profesyonelleri tarafından yerine getirilmesine verilen önemdir. Gerçekten Kanun, geçmiş dönemlerdeki düzenlemelerin çok ötesinde İSG profesyonelleri ile ilgili olarak; tanım, görev ve yetkileri, çalışma şartları ve belirlenme süreci ile ilgili düzenlemelere büyük önem vermiştir. 6331 sayılı Kanun’la beklenen iyileşmelerin önemli bir kısmı bu profesyonellerin görevlerini layıkıyla yerine getirmeleri ile mümkün olabilecektir.

Bu çalışmada;

6331 sayılı Kanun öncesi ve sonrası dönemde İSG profesyonellerinden iş güvenliği uzmanlarının nitelikleri, görevlendirilme ve yetkilendirilme süreçleri ele alınmıştır. Bu amaçla iş güvenliği uzmanlarının tanımı, işverenlerin iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğündeki değişiklikler ve nihayet iş güvenliği uzmanlarının yetkilendirilme sürecinde aranan şartlar, özellikle sınav süreci incelenmiştir. Özellikle Kanun’un ilk uygulama yıllarında, işyerlerinin sayıca çok, iş güvenliği uzmanlarının da yetersiz olduğu tespitinden hareketle ortaya çıkabilecek sorunları gidermek için

- İş güvenliği uzmanı olabilme şartlarında yapılan değişiklikler ile
- Yeterlilik ve belgelendirme sınavında yapılan değişiklikler,

ele alınmış ve gelecekte 6331 sayılı Kanun’dan beklenen olumlu sonuçları akamete uğratabilecek nitelikte olduğu düşünülen bu değişiklikler üzerinde durulmuştur.

I- İŞ GÜVENLİĞİ UZMANLARININ NİTELİKLERİ

İSG konusu dayanağını Anayasa’dan alan yaşam, sağlık ve çalışma hakları ile doğrudan ilintilidir ve bu nedenle de önemlidir. Bugüne kadar çıkarılmış tüm İş Kanun’ları başta olmak üzere sosyal hukukla ilgili değişik Kanunlarda İSG’ne ilişkin hükümlere yer verilmiş ve ikincil mevzuatlarla da zengin bir yasal çerçeve oluşturulmuştur. Özellikle

1475 sayılı İş Kanunu'na dayalı olarak 1973 yılında çıkarılan 520 maddelik İş Sağlığı ve Güvenliği Tüzüğü, içerdiği ayrıntılı hükümlerle bu alana verilen önemi gösteren en güzel örnektir. Zaman içinde Avrupa Birliği (AB) yönergelerinde ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) sözleşmelerinde *pro-aktif yaklaşımın* benimsenmesine yönelik anlayış değişikliği, Türk mevzuatında da bir takım değişikliklerin yapılmasını zorunlu kılmıştır¹. Risklerin önceden belirlenmesini, önlem alınarak uygulanmasını ve denetimini ifade eden bu yeni yaklaşım, işyerlerinde İSG Profesyonellerinin uzman olarak görevlendirilmesi gereğini ortaya çıkarmıştır. AB yönergeleri ve ILO Sözleşmelerinde iş güvenliği uzmanlarının niteliklerine yönelik ayrıntılı düzenlemeler yer almamakla birlikte; *işletmelerin hacmi ve faaliyetlerinin niteliği* göz önüne alınarak risklerin önlenmesi konusunda işletme içinden veya dışından *gerekli ehliyete sahip kişilerin yetkilendirilmesi* ve bu hususta yapılacak düzenlemelerde ülkelerin serbestliği, ortak noktaldır.

A-6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Öncesi Dönemde İş Güvenliği Uzmanlığı

Türkiye’de ilk kez 2003 yılında çıkarılan 4857 sayılı İş Kanunu ile “*sanayiden sayılan, devamlı olarak en az 50 işçi çalıştıran ve altı aydan fazla sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde iş güvenliği ile görevli mühendis veya teknik eleman görevlendirilmesi yükümlülüğü*” getirilmiştir (4857/md.82). Kanun’da doğrudan bir tanımı yapılmayan *iş güvenliği uzmanı* terimine ise *ilk kez 20.01.2004 tarihli Yönetmelikte*² yer verilmiştir. Bu tarihten sonra yapılan tüm düzenlemelerde iş güvenliği uzmanı unvanı kullanılarak meslek gruplarının sayılması, mevzuatımızda iş güvenliği uzmanlığının bir üst terim olarak benimsendiğini göstermektedir (Demircioğlu, 2006:113).

İş güvenliği uzmanı olarak görev yapabilecek kişilerin niteliklerinde dönemler itibariyle yapılan değişiklikler, Tablo 1’den de görülebileceği gibi, aşağıdaki şekilde gerçekleşmiştir.

2004 yılında çıkarılan Yönetmelikte *İş Güvenliği Uzmanı* olarak görev yapacak kişilerin “*Bakanlık tarafından sertifikalandırılmış, iş güvenliği ile görevli mühendis veya teknik eleman*” olması koşulu getirilmiştir.

- 1 Türkiye’nin AB’ye adaylık sürecinde hazırlanan 2002 ve 2003 yılları ilerleme raporları ve onaylanan 155-161 sayılı ILO Sözleşmeleri.
- 2 İş Güvenliği ile Görevli Mühendis veya Teknik Elemanların Görev, Yetki ve Sorumlulukları ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (RG 20.01.2004; 25352).

Bu koşul gereği iş güvenliği uzmanı olabilmek için; üniversitelerin belirli bölümlerinden mezun olmak ve Bakanlıkça verilen iş güvenliği sertifikasına sahip olmak gerekmektedir. Bu kişiler her ne kadar teknik anlamda belli bir temele sahip olsalar da iş güvenliği uzmanlığı büyük oranda tecrübe isteyen ve branşın önem taşıdığı bir meslektir. Bu hususta Yönetmeliğin 15. maddesinde **“görevlendirilecek iş güvenliği uzmanlarının, işyerinde yapılan esas işin niteliğine uygun meslekten olmasına özen gösterilmesi”** ne ilişkin hüküm çok isabetli bir düzenleme olmuştur. Diğer taraftan, belirli bölümlerden mezun olmaya ilişkin hüküm öğretide, kapsamın sınırlandırılmasının mevzuattaki görevlerle bağdaşmadığı ve amaca uygun olmadığı yönünden eleştirilmiştir (Demircioğlu, 2006:114-115). Nitekim 28.03.2006 tarihli Danıştay kararında da Kanun'da yer almayan hususların³ yönetmelikle düzenlendiği gerekçesiyle başta iş güvenliği uzmanlığı, eğitimi ve sertifikalandırılması olmak üzere yönetmelik maddelerinin büyük bir bölümü iptal edilmiştir.

Danıştay'ın iptal kararı üzerine 15.05.2008 tarihli 5763 sayılı Kanun ile İş Kanunu'nun iş güvenliği ile görevli mühendis veya teknik eleman çalıştırılmasına ilişkin hükmü (4857/md.82) yürürlükten kaldırılmış, 81.maddesinde yapılan değişiklikle⁴ **iş güvenliği uzmanı terimi İş Kanunu'nda ilk kez kullanılmıştır.**

Bu değişikliklerden hareketle işyeri hekimliği ile iş güvenliği uzmanlığına ilişkin düzenlemeleri tek yönetmelikte birleştiren 15.08.2009 tarihli *Yönetmelik*⁵ çıkarılmıştır. Yönetmeliğe göre **iş güvenliği uzmanı** olarak görev yapabilecek kişiler **Genel Müdürlük tarafından yetkilendirilen mühendis veya teknik elemanlardır**. Bu düzenlemede geçmişten farklı olarak Mühendislik Fakültelerinin tüm bölümlerinden mezun olanlara iş güvenliği uzmanı olma yolu açılmıştır. Buna karşılık mimarlık bölümü mezunları, 2004 yılında çıkarılan yönetmelikte mühendis başlığı altında

3 İş güvenliği uzmanı kavramının kanunda kullanılmadığı ve iş güvenliği uzmanı eğitimini vermesi konusunda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile bu Bakanlığa bağlı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezine (ÇASGEM) yetki tanınmadığı gerekçeleri ile söz konusu maddeler iptal edilmiştir. http://www.tmmob.org.tr/resimler/ekler/35f1705de835d7c_ek.pdf?tipi=15&turu=H&sube=0

4 İşverenlerin “iş güvenliği uzmanı” görevlendirme yükümlülüğü açıkça ifade edilmiş ve iş güvenliği uzmanı görevlendirmede “altı aydan fazla sürekli işlerin yapıldığı işyeri” olma koşulu kaldırılmıştır.

5 İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmelik (RG, 15.08.2009; 27320).

iş güvenliği uzmanı olabilecek meslek grupları içine dahil edilmişken, 2009 yılında çıkarılan Yönetmelikle kapsam dışı bırakılmışlardır. Çünkü Bakanlığın sitesinde iş güvenliği uzmanlığı eğitimlerine katılabilecek kişiler arasında, **“Diplomasında mühendis ibaresi olanlar.....”** ifadesi bu sonucu düşündürmektedir. Zira mühendislik-mimarlık fakültelerinin mimarlık bölümünden mezun olanların diplomasında mühendis değil mimar unvanı bulunmaktadır. Ancak bu düzenlemenin bilinçli olarak yapılmadığı, İSG ile ilgili ikincil mevzuatla ilgili sık iptaller ve yeni yönetmeliğin hazırlanması sürecindeki zaman kısıtı dolayısıyla atlandığı (unutulduğu) düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, Yönetmelikte **teknik eleman**ın kapsamı da daraltılmış, jeofizik ve jeoloji mezunlarına teknik eleman olma yolu kapatılmıştır. Yönetmelikte sayılanların dışında diğer bölüm veya program mezunlarının müracaatlarının kabul edilmeyeceği açıkça belirtilmiştir⁷.

Danıştay’ın 14.04.2010 ve 24.09.2010 tarihli yürütmeyi durdurma kararlarını⁸ takiben 23.07.2010 tarihli 6009 sayılı Kanun ile **iş güvenliği uzmanı ilk kez İş Kanunu’nun tanımlar başlığı altında yer almıştır**. İlave edilen hüküm ile **Bakanlıkça belgelendirilmiş mühendis, mimar ve teknik elemanların** iş güvenliği uzmanı olabilecekleri kabul edilmiş, böylece zaman içinde tüm mühendislere ve söz konusu düzenleme ile de **mimar unvanı** ile mezun olan kişilere iş güvenliği uzmanı olma hakkı verilmiştir.

6009 sayılı Kanun’la yapılan değişiklikler uyarınca 27.11.2010 tarihli Yönetmelik⁹ yürürlüğe girmiştir. Yeni Yönetmelik ile iş güvenliği uzmanlığına ilişkin düzenlemelerin ayrı yönetmelikle ele alınması ve Bakanlıkça belgelendirilmesi esaslarına geri dönmüştür. Yönetmeliklerin dil birliği açısından özensiz ve acele şekilde hazırlandığı yaygın olarak kabul edilmektedir. Şu ana kadar incelenen üç Yönetmelikte iş güvenliği uzmanlığı niteliğinin kazanılması ile ilgili olarak;

6 <http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/cgm.portal?page=sss>

7 İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmeliğin Uygulanmasına Dair Tebliğ (RG 09.12.2009; 27427).

8 İş güvenliği uzmanlığı eğitiminin Bakanlık, ÇASGEM ve üniversiteler tarafından düzenlenebileceği, Bakanlığın diğer eğitim veren kuruluşları akredite etme yetkisinin bulunmadığı gerekçesiyle yetkilendirmeye ilişkin maddeler ve Bakanlıkça 15.08.2009’dan önce verilen sertifikaların kabulüne ilişkin maddeler için yürütmeyi durdurma kararı verilmiştir.
http://www.tmmob.org.tr/resimler/ekler/35f1705de835d7c_ek.pdf?tipi=15&туру=H&sube=0

9 İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik (RG: 27.11.2010; 27768).

Tablo 1. 6331 Sayılı Kanun Öncesi Dönemde İş Güvenliği Uzmanlığı ile İlgili Düzenlemeler

1) 20.01.2004 tarihli “İş Güvenliği ile Görevli Mühendis veya Teknik Elemanların Görev, Yetki ve Sorumlulukları ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”			
Niteliğin Kazanılması	Niteliği Kazandıran Unvanlar/ Meslek Grupları		
	Mühendis	Teknik Eleman	
Bakanlık tarafından sertifikalandırılmış	Üniversitelerin kimya, makine, maden, jeoloji, metalürji, endüstri, elektrik, elektronik, inşaat, fizik, jeofizik, bilgisayar, tekstil, uçak, gemi, çevre, gıda mühendisliği, mimarlık bölümleri, ziraat fakültelerinin tarım makineleri bölümünden mezun olanlar	Üniversitelerin iş sağlığı ve güvenliği bölümleri, kimyagerlik, fizik, jeofizik ve jeoloji bölümleri, teknik eğitim fakültelerinden mezun olanlar	
2) 15.08.2009 tarihli “İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmelik”			
Niteliğin Kazanılması	Niteliği Kazandıran Unvanlar/ Meslek Grupları		
	Mühendis	Teknik Eleman	
Genel Müdürlük tarafından yetkilendirilmiş	Üniversitelerin mühendislik fakültelerinin tüm bölümlerinden mezun olanlar	Üniversitelerin fizik ve kimya bölümlerinden lisans düzeyinde mezun olanlar, teknik öğretmenler, iş sağlığı ve güvenliği bölümünden mezun olanlar	
3) 27.11.2010 tarihli “İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik”			
Niteliğin Kazanılması	Niteliği Kazandıran Unvanlar/ Meslek Grupları		
	Mühendis	Mimar	Teknik Eleman
Bakanlık tarafından belgelendirilmiş	Üniversitelerin mühendislik fakültelerinden mezun olanlar	Üniversitelerin mühendislik-mimarlık fakültelerinin mimarlık bölümünden mezun olanlar	Teknik öğretmenler, üniversitelerin iş sağlığı ve güvenliği programından mezun olanlar, fen veya fen-edebiyat fakültelerinin fizik veya kimya bölümlerinden mezun olanlar

- Bakanlık tarafından sertifikalandırılmış,
- Genel Müdürlük tarafından yetkilendirilmiş,
- Bakanlıkça belgelendirilmiş,

olmak üzere üç farklı nitelendirme yapıldığı dikkat çekmektedir. Ancak, bu alandaki mevzuatla ilgili iptal-yürütmeyi durdurma geleneği devam etmiş ve 23.11.2011 tarihinde Danıştay bu Yönetmelikteki bazı maddeler için yeni bir yürütmeyi durdurma kararı vermiştir¹⁰.

Görüldüğü gibi her yeni yönetmeliğin ardından Danıştayın yeni bir iptal kararı gelmiştir. Mevzuatta yaşanan bu kargaşa ortamı devam ederken iş güvenliği uzmanı çalıştırma yükümlülüğünün getirilmesini takip eden 8 yıl içinde iş kazaları ve meslek hastalıkları sayısında beklenen düşme de gerçekleşmemiştir. Diğer taraftan çalışanların İSG hizmetlerinden yararlanmasında ortaya çıkan ikili yapı, iş kazalarının %60'a yakınının 50'nin altında çalışanın olduğu işyerlerinde yaşanması, sürekli mevzuat değişikliğinin ortaya çıkardığı karmaşa ve diğer problemlere ilaveten AB'ne uyum süreci ile ilgili çalışmalar kapsamında İSG mevzuatının AB'nin İSG yönergeleri ile uyumlu hale getirilme zorunluluğu, İSG ile ilgili yeni ve özel bir kanun çıkarılmasını gerekli/zorunlu hale getirmiştir. Bütün bu gelişmelerin sonucunda tüm faaliyet alanlarını ve tüm çalışanları kapsayan, *proaktif bir yaklaşımı* benimseyen, çalışanların katılımını ön plana çıkaran ve genel olarak işveren yükümlülükleri üzerine şekillenen **6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 30.06.2012** tarihinde yürürlüğe girmiş (Kılış, 2014:252) 4857 sayılı İş Kanunu'nun İSG'ne ilişkin hükümleri¹¹ yürürlükten kalkmıştır.

B- 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve Sonrası Dönemde İş Güvenliği Uzmanlığı

6331 sayılı Kanun'un 3. maddesinde *iş güvenliği uzmanı; Bakanlıkça yetkilendirilmiş, iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip mühendis, mimar veya teknik eleman* olarak; *teknik eleman ise teknik öğretmen,*

10 Bakanlıkça yapılan belgelendirmelerde ücret alınması ve geçmişte verilen bazı iş güvenliği uzmanlığı eğitimlerinin geçerli sayılmasına yönelik hükümlerle ilgilidir.

11 4857 sayılı Kanun'un 2.md'sinin 4.fıkrası, 63.md'sinin 4.fıkrası, 69.md'sinin 4,5 ve 6. fıkraları, 77,78,79,80,81,83,84,85,86,87,88,89,95,105 ve geç. 2.md'ler.

fizikçi ve kimyager unvanına sahip olanlar ile üniversitelerin iş sağlığı ve güvenliği programı mezunlarını ifade edecek şekilde tanımlanmıştır. Bu düzenlemenin kapsam bakımından 6331 sayılı Kanun öncesi dönemde yapılan son düzenlemeden (27.11.2010 tarihli Yönetmelik) bir farkı yoktur.

6331 sayılı Kanun sonrasında çıkarılan yönetmeliklerde iş güvenliği uzmanı olarak görev yapabilecek kişilerin meslek gruplarındaki değişim **Tablo 2**'de gözlenmektedir. Buna göre, *29.12.2012 tarihli Yönetmelikte*¹² iş güvenliği uzmanı olarak görev yapabilecek meslek grubunun kapsamı, 6331 sayılı Kanun'un ilgili hükmündeki aynı ifadelerle yer almıştır. Kanun'da unvanlar yer alırken yönetmelikte ayrıca bu unvanları kazandıran yükseköğretim programlarına da yer verilmiştir.

Kanunla, çok kısa bir süre içinde işyerlerinde iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğünün doğacak olması ve mevcut iş güvenliği uzmanlarının sayıca yetersizliği üzerine *12.07.2013 tarih ve 6495 sayılı Kanun* ile bu alanda yeni düzenlemeler yapılmış, nitekim, *11.10.2013 tarihli Yönetmelik* değişikliği ile ***iş güvenliği uzmanı unvanına sahip olabilecek meslek gruplarının kapsamı genişletilmiştir.***

Böylece ***teknik iş müfettişlerinin yanı sıra çalışma hayatını denetleyen sosyal iş müfettişleri ile SGK*** müfettişlerine de iş güvenliği uzmanı olma hakkı verilmiştir. Bununla birlikte daha önce mühendis, mimar unvanları kullanılarak düzenlenen hüküm mühendislik, mimarlık eğitimi veren fakülte mezunları olarak düzenlenince ***iç mimarlar, şehir ve bölge planlayıcısı, peyzaj mimarları gibi mimarlık fakültesinin tüm bölümlerinden mezun olanlara da iş güvenliği uzmanı olma yolu açılmıştır.*** Benzer şekilde ***biyologlara*** da iş güvenliği uzmanı olma imkanı sağlanmıştır. Böylece teknik elemanın tanımında geçmişteki esnek yaklaşıma dönülerek fizikçi ve kimyager unvanına¹³ sahip olanlar için getirilen belli fakültelerden mezunu olma kısıtı kaldırılmıştır. Bütün bu değişikliklerin amacı bu alanda yaşanacak uzman yetersizliği sorununu önlemektir.

12 İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik (RG: 29.12.2012; 28512).

13 Yükseköğrenim mezunlarının hangi unvanları kullanabileceğine, Yükseköğretim Kurulu karar vermektedir. Kurul, 31.01.2014 tarihinden itibaren program veya bölüm itibarıyla mezunlara verilen unvanları belirlemektedir.

Tablo 2. 6331 Sayılı Kanun Sonrası Dönemde İş Güvenliği Uzmanlığı ile İlgili Düzenlemeler

1) 29.12.2012 tarihli “İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik”				
Niteliğin Kazanılması	Niteliği Kazandıran Unvanlar/ Meslek Grupları			
	Mühendis	Mimar	Teknik Eleman	
Bakanlık tarafından yetkilendirilmiş	Üniversitelerin mühendislik fakültelerinden mezun olanlar	Üniversitelerin mühendislik-mimarlık fakültelerinin mimarlık bölümünden mezun olanlar	Teknik öğretmenler, üniversitelerin meslek yüksekokullarının iş sağlığı ve güvenliği programından mezun olanlar, fen veya fen-edebiyat fakültelerinin fizik veya kimya bölümlerinden mezun olanlar	
2) 11.10.2013 tarihli “İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”				
Niteliğin Kazanılması	Niteliği Kazandıran Unvanlar/ Meslek Grupları			
	Sosyal İş Müfettişi SGK Müfettişi	Mühendis	Mimar	Teknik Eleman
Bakanlık tarafından yetkilendirilmiş	Üniversitelerin sosyal bilimler alanında eğitim veren fakültelerinden mezun olanlar	Üniversitelerin mühendislik eğitimi veren fakültelerinden mezun olanlar	Üniversitelerin mimarlık eğitimi veren fakültelerin tüm bölümlerinden mezun olanlar	Teknik öğretmenler, üniversitelerin iş sağlığı ve güvenliği programından mezun olanlar, fizikçi, kimyager ve biyolog unvanına sahip olanlar

İş güvenliği uzmanı olarak görevlendirilebilecek meslek gruplarını ilk kez düzenleyen 20.01.2004 tarihli Yönetmelikten son değişikliğin yapıldığı 11.10.2013 tarihli Yönetmeliğe kadar geçen yaklaşık 10 yıllık süreçte sadece ikincil mevzuatta 7 kez değişiklik yapılmıştır. Bunlardan kimi değişiklikler Danıştay’ın iptal kararları sonrasında gerçekleşirken kimi de mevcut durumun iyileştirilmesi amacını taşımaktadır. Her bir mevzuat değişikliğinde iş güvenliği uzmanının nitelikleri konusunda esaslı değişiklik yapılsa da gözlenen odur ki; meslek gruplarının

seçiminde belirli fakültelerden mezun olma şartı mı aranacağı yoksa unvan mı kullanılacağı konusunda tereddütler yaşanmıştır. Kapsamı her geçen gün genişletilen iş güvenliği uzmanı olabilecek meslek gruplarına ilişkin hükmün son değişikliklerle en geniş halini aldığı, ancak alt yapısı iyi hazırlanmadan, yetişmiş eleman konusunda yeterince hazırlık yapılmadan, dil birliğine dikkat edilmeden ve hatta Anayasa'nın eşitlik ilkelerini zedeleyecek şekilde¹⁴ aceleyle getirilerek düzenlendiği de dikkat çekmektedir.

II- İŞ GÜVENLİĞİ UZMANLARININ GÖREVLENDİRİLMELERİ

İş mevzuatımızda iş güvenliği ile ilgili teknik elemanların görevlendirilme zorunluluğunun ilk kez 2003 tarihli 4857 sayılı İş Kanunu ile getirildiği belirtilmişti. 2003 yılı öncesinde 1475 sayılı İş Kanunu'nun uygulama döneminde de, İSG ile ilgili ikincil mevzuatların bazılarında **“bir fenni mesul bulundurulması”** **“görevli bir teknik elemanın katılması”** gibi hükümler yer almıştır (Ekmekçi, 2005:135). Ancak bu düzenlemenin genelleştirilerek, *sanayiden sayılan, devamlı olarak en az elli işçi çalıştıran ve altı aydan fazla sürekli işlerin yapıldığı tüm işyerlerinin işverenlerinin yükümlü tutulması* 4857 sayılı Kanun (md.82) ile sağlanmıştır.

A- 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Öncesi Dönem

4857 sayılı Kanun ile getirilen iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğünün esaslarını belirleyen ilk yönetmelik¹⁵ 2004 tarihinde çıkarılmıştır. Yönetmelikte iş güvenliği uzmanı olarak görevlendirilecek belli meslekteki kişilerin **Bakanlık tarafından sertifikalandırılmış olma** şartı getirilmiş, sertifikanın kazanımı ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

14 Danıştay, 02.06.2014 tarihli kararı ile çalışma hayatını denetleyen sosyal iş müfettişlerinin iş güvenliği uzmanı olabilmelerine yönelik düzenleme için Anayasa Mahkemesine başvurmuştur. Gerekçede, iş sağlığı ve güvenliğinin teknik bilgi birikimi ve teknik uzmanlık gerektiren bir mesleki faaliyet olduğu, iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi için alınması gereken tedbirlerin teknik konular olduğu ve sektöre göre farklılık gösterdiği için iş güvenliği uzmanlarının koşullarını denetleyeceği üretim alanı ile ilgili teknik bilgiye sahip, konusunun uzmanı ve yapılacak işin niteliğine uygun eğitim almış kişiler arasından seçilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır. <http://www.memurlar.net/haber/485586/>

15 İş Güvenliği ile Görevli Mühendis veya Teknik Elemanların Görev, Yetki ve Sorumlulukları ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (RG:20.01.2004; 25352).

İşverenler, iş güvenliği uzmanını işyeri dışından sözleşme ile çalıştırabilecekleri gibi işyerinde başka bir görevi yürüten ve sertifikaya sahip olan mühendis ya da teknik elemanlarını da uzman olarak görevlendirebileceklerdir. Mevzuatın yeni olması nedeniyle yönetmeliğin Geçici 1.maddesinde iş güvenliği uzmanı olarak görevlendirilecek kişiler için bir yıl süre ile **(20.01.2005'e kadar)** iş güvenliği uzmanlığı sertifikası sahibi olma şartı aranmayacağı belirtilmiştir. Öngörülen bir yıllık sürede yeterli uzman sayısının sağlanamaması üzerine 2005 yılında çıkarılan Yönetmelik¹⁶ ile iş güvenliği uzmanlığı için sertifika şartı aranmayacağına ilişkin hüküm yaklaşık bir yıl daha **(20.01.2006 tarihine kadar)** ertelenmiştir. Söz konusu yükümlülüğün ertelenmesinde, yükümlülük kapsamına giren işyerlerinin sayısı, iş güvenliği eğitimlerinin süresi, yapılacak sınav adedi ve başvuracak aday sayısı ile mevcutların sayısına ilişkin ciddi ve kapsamlı bir çalışmanın yapılamaması ve beklenen başvuru sayısına ulaşamamasının etkili olduğu düşünülmektedir. Sertifikalı iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğüne yönelik üçüncü kez erteleme kararı **26.01.2006 tarihli Yönetmelik¹⁷** ile getirilmiş ve sekiz ay daha **(20.09.2006 tarihine kadar)** sertifika şartı aranmayacağı hükme bağlanmıştır. Erteleme süreçlerinde iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğü Kanun kapsamındaki işyerleri için devam etmiş, yürürlüğü ertelenen husus sadece sertifikalı iş güvenliği uzmanı görevlendirilmesine ilişkin olmuştur.

2006 yılında Danıştay'ın ilgili Yönetmeliğin özellikle iş güvenliği uzmanlığına yönelik hükümlerini büyük ölçüde iptal etmesi üzerine **15.05.2008 tarih ve 5763 sayılı Kanun** ile İş Kanunu'nda bazı değişiklikler¹⁸ yapılmış ve iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğünün kapsamı biraz daha genişletilerek yeniden düzenlenmiştir. Buna göre; ***devamlı olarak en az 50 işçisi olan ve sanayiden sayılan işlerin yapıldığı tüm işyerlerinin işverenleri, iş güvenliği uzmanı görevlendirmekle yükümlü***

16 İş Güvenliği ile Görevli Mühendis veya Teknik Elemanların Görev, Yetki ve Sorumlulukları ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG: 04.02.2005; 25717).

17 İş Güvenliği ile Görevli Mühendis veya Teknik Elemanların Görev, Yetki ve Sorumlulukları ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG: 26.01.2006; 26061).

18 İş güvenliği ile görevli mühendis veya teknik elemanlar çalıştırılmasına yönelik 82. madde yürürlükten kaldırılmıştır. 81. madde başlığı ile birlikte değiştirilerek iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğü burada düzenlenmiştir.

tutulmuşlardır. Geçmişte, işyerinde altı aydan fazla sürekli işlerin yapılması koşulu da varken getirilen düzenleme ile bu süre kaldırılmıştır. Diğer taraftan **ilk kez**, işverenlerin iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüklerini işyeri dışında kurulu ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet alma yolu ile yerine getirebilecekleri de düzenlenmiştir. Kanundaki, “İşverenler, bu yükümlülüklerini**bünyesinde çalıştırdığı****personel ile yerine getirebileceği gibi, işletme dışında kurulu ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet alarak da yerine getirebilir**” (5763/md.4) hükmü gereğince, işverenlerin iş güvenliği uzmanı görevlendirme yönteminde tamamen serbest oldukları anlaşılmaktadır. Yükümlülüğün yerine getirilmesi konusunda iş güvenliği uzmanı ile bireysel sözleşme yapmak, bünyesinde çalıştırdığı gerekli niteliklere sahip personeli iş güvenliği uzmanı olarak görevlendirmek veya ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet almak işverenin tercihine bırakılmıştır. Kanun’un 26.05.2008 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanması ile birlikte işverenler için yükümlülük değişiklikleri de bu tarihten itibaren yürürlüğe girmiştir.

5763 sayılı Kanun gereği çıkarılan *15.08.2009 tarihli Yönetmelik*¹⁹ ve daha sonra *23.07.2010 tarih ve 6009 sayılı Kanun* gereği çıkarılan *27.11.2010 tarihli Yönetmelik*²⁰ lerde de işverenlerin iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülükleri aynen korunmuştur.

B- 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve Sonrası Dönem

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nun, sınırlı tutulan istisna hükmü hariç, tüm işverenleri iş güvenliği uzmanı görevlendirmekle yükümlü tutması iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğü kapsamındaki işveren sayısını oldukça yükseltmiştir. Nitekim, 2013 yılı Ocak ayı SGK verilerine göre sadece 4/a kapsamındaki sigortalıların çalıştığı işyeri sayısı toplam 1.522.258’dir²¹. İş güvenliği uzmanı olarak görev yapabilecek kişi sayısı kesin olarak bilinmemekle birlikte Bakanlık yetkililerince 2013’te verilecek eğitimlerle 15.000’e ulaşacağı tahmin edilmektedir²². 50 ve üzerinde işçinin çalıştığı işyerlerinin yükümlülük kapsamında olduğu

19 İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmelik (RG.15.08.2009; 27320).

20 İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik (RG: 27.11.2010; 27768).

21 www.sgk.gov.tr/ocak2013/istatistikbultenleri (04/01/2015).

22 <http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/isggm.portal?page=haber&id=160ekotek>

dönemde bile iş güvenliği uzmanı ihtiyacının karşılanamadığı göz önüne alınarak, **Kanun'un bu alanda getirdiği yükümlülükler kademeli olarak yürürlüğe girmiştir.** 38.maddeye göre Kanun'un yayımından itibaren;

- Altı ay sonra (**30 Aralık 2012**) 50 ve üzeri çalışanı olan²³ tüm işyerlerinin işverenleri,
 - Bir yıl sonra (**30 Haziran 2013**) 50'den az çalışanı olan tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinin işverenleri ve
 - İki yıl sonra (**30 Haziran 2014**) kamu kurumları ile 50'den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinin işverenleri,
- iş güvenliği uzmanı görevlendirmekle yükümlü tutulmuşlardır.

6331 sayılı Kanun'a dayanarak çıkarılan **29.12.2012 tarihli Yönetmelikte**²⁴ işverenlerin iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğünde geçmişteki kadar serbest olmadığı dikkati çekmiştir. Yönetmeliğe göre öncelik, işverenin çalışanları arasında belirlenen niteliklere sahip çalışan olması durumunda bu kişinin görevlendirilmesi yönündedir. Ancak çalışanları arasında belirlenen niteliklere sahip personel bulunmaması durumunda ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet alınabilecektir. Aynı şekilde bağımsız çalışan iş güvenliği uzmanı ile sözleşme yapma hakkı da saklı olmakla birlikte ikinci plandadır. Diğer taraftan gerekli niteliklere ve belgeye sahip olması durumunda işverenin, kendi işyerinde iş güvenliği uzmanlığı görevini üstlenebileceği de düzenlenmiştir.

Dönem içerisinde iş güvenliği uzmanlığı sınavlarının sayısı artırılmış, sınıf yükseltme sınavları yapılmış ve sektörel alanda özel düzenleme yapılarak üst sınıflarda görev yapma kolaylığı sağlanmıştır. Buna rağmen iş güvenliği uzmanı açığının kapatılamaması üzerine **12.07.2013 tarih ve 6495 sayılı Kanun** ile işverenlerin **iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğü ile ilgili süreler tekrar ertelenmiştir.** Buna göre iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğü;

23 Kanun'da "diğer işyerleri" kavramından hem özel sektörde hem de kamu sektörünün bir kısmında bu yükümlülüğün mevcut olduğu anlaşılmaktadır. Özel sektör için 50 ve üzerinde çalışanı (işçisi) olan tüm tehlike sınıflarındaki işyerleri yükümlülük kapsamındadır. Kamu sektörü için ise 4857 sayılı Kanun'la yükümlülük kapsamına olan 50 ve üzerinde işçisi olan kamu kurumlarının yükümlülüğü devam etmektedir.

24 "İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik" (RG.29.12.2012; 28512).

- Elliden az çalışanı olan tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için **01.01.2014**,
- Kamu kurumları ile elliden az çalışanı olan az tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için **01.07.2016**

tarihinde başlayacaktır. Yükümlülüğün ertelenmesi ile ilgili olarak kapsam konusunda ortaya çıkabilecek sorunları da ortadan kaldırmak için Kanun'da, özellikle 4857 sayılı İş Kanunu'nun yürürlükten kaldırılan 81. maddesi kapsamında çalışanların erteleme hükmünden hariç tutulduğu açıkça ifade edilmiştir. Diğer bir ifade ile **50 ve daha fazla işçi istihdam eden özel sektör işyerlerinde ve kamu kurumlarında iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğü aynen devam edecektir.**

Bir taraftan iş güvenliği uzmanının sayısını artırmaya yönelik çabalar diğer taraftan işverenlerin iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüklerini kolaylaştırıcı düzenlemeler **11.10.2013 tarihli Yönetmelik²⁵** ile de devam etmiştir. Yönetmeliğe göre işverenlerin iş güvenliği uzmanı görevlendirirken dışardan hizmet alma yolunu kullanmaları durumunda, ortak sağlık ve güvenlik birimlerinin yanı sıra **yetkilendirilmiş toplum sağlığı merkezlerinden²⁶** de hizmet alabilmeleri sağlanmıştır.

Son olarak **18.12.2014 tarihli Yönetmelik²⁷** ile **10'dan az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta** yer alan işyerlerinde, **işverenlerin veya işveren vekillerinin** İSG hizmetlerini kendilerinin yürütebilmelerine **imkan**

25 İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG: 11.10.2013; 28792).

26 İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin etkin, yaygın ve erişilebilir hale getirilmesini sağlamak için mevcut sağlık hizmetleri sunumuna iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin entegre edilmesi ve toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sunulması amacıyla **31.01.2014** tarih ve **8974** sayılı yazıyla Toplum Sağlığı Merkezlerinde Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yayımlanmıştır. Yönergede "yetkilendirilmiş toplum sağlığı merkezi birimi" Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na yetkilendirilen ve TSM bünyesinde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yürütmek üzere kurulan birim olarak tanımlanmaktadır. Birimde işyeri hekimi, diğer sağlık personeli ve iş güvenliği uzmanının görevlendirileceği ve görevlendirilen kişilere Türkiye Halk Sağlığı Kurumu döner sermaye bütçesinden ek ödeme yapılacağı düzenlenmiştir. Yönergenin ekinde iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri için belirlenen ücretlere ilişkin bilgiler de yer almaktadır. Bu bilgiler ışığında özellikle küçük işyerleri için (1-9 çalışanı olan) böyle bir yapılanmaya gidildiği düşünülmektedir.

27 İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG: 18.12.2014; 29209).

verilmiştir. Bu kişiler, belirlenen niteliklere ve gerekli belgeye sahip olmasalar bile Bakanlıkça ilan edilen eğitimleri tamamlamak şartıyla işe giriş ve periyodik muayeneler ve tetkikler hariç diğer hizmetleri yürütebileceklerdir. Kişisel görüşümüz, söz konusu düzenleme, İSG profesyonellerinin sayıca yetersizliğine karşın getirilen geçici bir çözüm yolu olarak görülmeli, iş güvenliği uzmanlığının teknik bilgi gerektiren özel bir mesleki faaliyet olduğu gerçeğini değiştirmemelidir.

Mevzuatımızda iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğünün başladığı tarihten itibaren sürekli ertelemeler yaşanmaktadır. İş güvenliği uzmanının sertifikalı olma şartının ertelenmesi ile başlayan süreç daha sonra bazı işyerlerinde iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğünün ertelenmesi ile devam etmiş **ve son olarak gerekli koşulları sağlayamayan işverenlerin de bazı şartlar altında İSG hizmetlerini kendilerinin yerine getirmeleri ile noktalanmıştır.** İş güvenliği uzmanlarının çalışma şartlarında ve belgelendirme sürecindeki sıkıntılar devam ettikçe, belgesi olan iş güvenliği uzmanlarının mesleği yapmaktaki çekinceleri nedeniyle yeterli uzman sayısına ulaşamadıkça erteleme süreçlerinin tekrar yaşanması olasıdır. Nitekim bu görüşü destekler nitelikte, iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğünün ertelenmesine ilişkin kanun teklifinde 50'nin altında çalışanı olan tehlikeli ve çok tehlikeli sınıftaki işyerleri için öngörülen 01.07.2014 tarihinin gelen baskılar üzerine 01.01.2014 tarihine çekilerek geri adım atıldığı belirtilmektedir (Kılıç, 2013). Yükümlülüğün ertelenmesine yönelik düzenlemelere karşılık, İSG profesyonellerinin sayısını artırmak ve işverenlere İSG hizmetlerini erişilebilir hale getirecek olanaklar sunmak için Bakanlığın çabalarının devam ettiğini de ifade etmek gerekir.

III-İŞ GÜVENLİĞİ UZMANLARININ YETKİLENDİRİLMELERİ

A- Eğitim ve Sınav Koşulu

İş güvenliği uzmanı olarak görevlendirilebilmenin temel kuralı, Kanun'da sıralanan meslek gruplarındaki kişilerin belirlenen eğitim programını tamamlamaları ve ardından yapılacak olan sınavda başarılı olmalarıdır. Nitekim öğretide de, mühendis veya teknik elemanların fakültelerinde ne kadar iyi eğitim almış olsalar da iş güvenliği konusunda uzman sayılamayacakları, uzmanlığın bu formasyonun üzerine alınacak teorik ve pratik bir eğitimle kazanılabileceği belirtilmiştir (Süzek, 2005:685-686).

Uzmanlık eğitimleri 2004 tarihli ilk Yönetmelikte²⁸ en az 120 saat daha sonraki tüm Yönetmeliklerde ise en az 220 saat olarak belirlenmiştir. Eğitimler 180 saati teorik ve 40 saati uygulamalı olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Teorik eğitimlerin başlangıçta üçte ikisinin uzaktan eğitim yöntemi ile verilebileceği düzenlenmişken yapılan isabetli bir düzenleme²⁹ ile en fazla yarısının uzaktan eğitimle verilebileceği hükme bağlanmıştır. Ancak “iş sağlığı ve güvenliği gibi sosyal ve teknik yönü son derece önemli olan, gerekli tedbirlerin alınmaması durumunda sonucu telafta edilemeyecek olaylarla karşılaşılacak bir alanda yapılacak eğitim faaliyetinin yüz yüze olması gerekliliği (Cam, 2012:142)” konusunda ve çalışma alanı saha olan iş güvenliği uzmanları için 40 saatlik uygulamalı eğitimin gerçeklerle örtüşmediği (Ocak, 2013:30) noktasında şüpheler mevcuttur.

Bu alanda çıkarılan tüm yönetmeliklerde **meslek grupları ve çalışma yıllarına göre belirlenen esaslar çerçevesinde iş güvenliği uzmanlığı belge sınıfları üç gruba ayrılmaktadır. Belirlenen ön koşulları sağlayan kişiler ilgili sınıfın eğitimini³⁰ ve sınavını başararak A, B ve C sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesi almaya hak kazanmaktadırlar.** 2004 ve 2009 yıllarında çıkarılan iki Tebliğde³¹ de sınıflar, işyerlerinin İSG açısından yer aldığı risk gruplarına göre belirlenmiştir. Risk grubunun belirlenmesinde işyerinde yapılan esas iş dikkate alınmış ve beş risk grubu belirlenmiştir. Buna göre A sınıfı belgeye³² sahip iş güvenliği uzmanlarının bütün işyerlerinde, B sınıfı belgeye sahip olanların I. II. III. ve IV. risk gruplarında, C sınıfı belgeye sahip olanların ise I. II. ve III. risk gruplarında yer alan işyerlerinde görev yapabilecekleri belirlenmiştir. 2009 yılından itibaren ise sınıflar, işyerlerinin İSG açısından yer aldığı tehlike sınıfına göre belirlenmeye başlamıştır. Günümüze kadar çıkarılan 5 Tebliğde³³ de tehlike sınıfının belirlenmesinde işyerinde yapılan asıl

28 20.01.2004 tarihli İş Güvenliği ile Görevli Mühendis veya Teknik Elemanların Görev, Yetki ve Sorumlulukları ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.

29 27.11.2010 tarihli İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik.

30 Her sınıftaki uzmanın farklı risk gruplarında olan işyerlerinde görev yapacak olması nedeniyle sınıflara göre eğitimin içerikleri de değişmektedir.

31 13.04.2004 ve 06.03.2005 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Grupları Listesi Tebliği

32 Söz konusu dönemde belge yerine sertifika kavramı kullanılmıştır.

33 25.11.2009 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği; 26.12.2012 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği; 29.03.2013-04.02.2014 ve 18.04.2014 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ.

iş esas alınmış ve üç tehlike sınıfı belirlenmiştir. Buna göre A sınıfı belgeye sahip iş güvenliği uzmanlarının bütün tehlike sınıflarında, B sınıfı belgeye sahip olanların az tehlikeli ve tehlikeli sınıflarda, C sınıfı belgeye sahip olanların ise az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde görev yapabilecekleri belirlenmiştir.

İş güvenliği belgesinin alımında eğitim programını tamamlamak ve yapılacak sınavda başarılı olmak temel kural olmakla birlikte ***zaman içinde mevzuatta yapılan değişikliklerle bazı meslek gruplarına eğitim almadan, sınava girmeden ya da her iki koşulu da tamamlamadan belge verilmesine ilişkin düzenlemeler yapılmıştır.*** Bu düzenlemelerin temelinde iş güvenliği uzmanı konusundaki sayısal yetersizlik ve gereken altyapının hazırlanmamış olması yatmaktadır. Anlık çözümler üreterek yapılan bazı düzenlemelerin yerindeliği konusu, uygulamada ve konunun tarafları arasında tartışmalara neden olmaktadır. 2004 yılından 2014 yılına kadar 10 yıllık dönemde iş güvenliği uzmanlığı belgesinin alımına ilişkin koşullarda yapılan değişiklikler A, B ve C sınıfları için aşağıdaki **Tablo 3**'de gösterilmiştir.

Genel olarak **Tablo 3** incelendiğinde değişik grupların (Bakanlık İSG uzmanları, doktora yapanlar, iş müfettişleri gibi) farklı belge sınıfları içinde düzenlendiği ve dört farklı süreç (eğitimsiz/sınavsız, eğitimsiz/sınavlı, eğitimli/sınavsız, eğitimli/sınavlı) ile belge hakkı kazandıkları görülmektedir. Bununla beraber her yönetmelik değişikliğinden sonra aynı grup için bir önceki dönemden farklı düzenlemeler getirildiği de dikkat çekmektedir. Bu düzenlemelerin hangi gerekçelere dayandırılarak değiştirildiğini anlamak da her zaman için pek mümkün görünmemektedir. Örneğin İSG ***alanında doktora yapmış olan*** mühendis veya teknik elemanların durumu incelendiği zaman, ilk defa 2009 tarihli yönetmelik ile sadece pratik eğitim alarak (40 saat) ve sınavsız bir şekilde ***B sınıfı iş güvenliği uzmanlığı*** belgesi alma hakkının sağlandığı görülmektedir. 2010 tarihli Yönetmelikte ise bu gruba mimarlar da dahil edilerek eğitimsiz ancak sınavla ***A sınıfı iş güvenliği uzmanlığı*** belgesi alma hakkı tanınmıştır. 2012 tarihli yönetmelikte ise aynı gruba eğitim almadan ve sınava girmeden A sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesi verilmesi mümkün olmuştur. 2013 tarihli yönetmelikte ise grup biraz daha genişletilerek mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakülte mezunları ile teknik elemanlar eğitimsiz ve sınavsız olarak A sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesi alma haklarını korumuşlardır.

Tablo 3. Dönemler İtibariyle İş Güvenliği Uzmanlığı Belge Alımına İlişkin Koşullar

	A Sınıfı İş Güvenliği Uzmanlığı	B Sınıfı İş Güvenliği Uzmanlığı	C Sınıfı İş Güvenliği Uzmanlığı
20.01.2004 Tarihli Yönetmelik	<ul style="list-style-type: none"> İSG alanında en az 3 yıl teftiş yapmış iş müfettişleri Bakanlık İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi Müdürlüğünde İSG alanında en az 10 yıl çalışmış mühendis veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMSİZ - SINAVSIZ</p> <ul style="list-style-type: none"> Kamu kurum ve kuruluşlarında veya özel sektörde İSG ile ilgili olarak en az 8 yıl görev yaptığını belgeleyen mühendis veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMSİZ – SINAVLI</p> <ul style="list-style-type: none"> B Sınıfı İş Güvenliği Uzmanlığı Sertifikası ile en az üç yıl görev yaptıklarını belgeleyen mühendis veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kamu kurum ve kuruluşlarında veya özel sektörde İSG ile ilgili olarak en az 3 yıl görev yaptığını belgeleyen mühendis veya teknik elemanlar <ul style="list-style-type: none"> C Sınıfı İş Güvenliği Uzmanlığı Sertifikası ile en az 3 yıl görev yaptıklarını belgeleyen mühendis veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mühendis veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>
15.08.2009 Tarihli Yönetmelik	<ul style="list-style-type: none"> İSG alanında en az 3 yıl teftiş yapmış iş müfettişleri Genel Müdürlük ve bağlı birimlerinde İSG alanında en az 8 yıl görev yapmış İSG uzmanları <p>EĞİTİMSİZ - SINAVSIZ</p> <ul style="list-style-type: none"> B sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesiyle en az 5 yıl fiilen görev yaptığını iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi ile belgeleyen mühendis veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>	<ul style="list-style-type: none"> Genel Müdürlük ve bağlı birimlerinde İSG alanında en az 3 yıl görev yapmış İSG uzmanları <p>EĞİTİMSİZ - SINAVSIZ</p> <ul style="list-style-type: none"> İş sağlığı ve güvenliği alanında doktora yapmış olan mühendis veya teknik elemanlar (sadece pratik eğitimle) <p>EĞİTİMLİ - SINAVSIZ</p> <ul style="list-style-type: none"> Genel Müdürlük ve bağlı birimlerinde İSG alanında en az 5 yıl görev yapmış mühendis veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMSİZ – SINAVLI</p> <ul style="list-style-type: none"> C sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesiyle en az 2 yıl fiilen görev yaptığını iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi ile belgeleyen mühendis veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>	<ul style="list-style-type: none"> İş sağlığı ve güvenliği alanında yüksek lisans yapmış olan mühendis veya teknik elemanlar (sadece pratik eğitimle) <p>EĞİTİMLİ - SINAVSIZ</p> <ul style="list-style-type: none"> Mühendis veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>
27.11.2010 Tarihli Yönetmelik	<ul style="list-style-type: none"> İSG alanında en az 5 yıl teftiş yapmış mühendis, mimar veya teknik eleman olan iş müfettişleri En az 5 yıl uzman olarak çalışmış Bakanlık İSG uzmanları İş sağlığı ve güvenliği veya iş güvenliği doktorası yapmış olan mühendis, mimar veya teknik elemanlar Genel Müdürlük ve bağlı birimlerinde mühendis, mimar veya teknik eleman olarak en az 10 yıl görev yapmış olanlar <p>EĞİTİMSİZ – SINAVLI</p> <ul style="list-style-type: none"> B sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesiyle en az 4 yıl fiilen görev yaptığını iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi ile belgeleyen mühendis veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>	<ul style="list-style-type: none"> İş sağlığı ve güvenliği veya iş güvenliği yüksek lisansı yapmış olan mühendis, mimar veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMSİZ – SINAVLI</p> <ul style="list-style-type: none"> C sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesiyle en az 3 yıl fiilen görev yaptığını iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi ile belgeleyen mühendis, mimar veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mühendis, mimar veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>

29.12.2012 Tarihli Yönetmelik	<ul style="list-style-type: none"> • İSG alanında müfettiş yardımcılığı süresi dâhil en az 8 yıl teftiş yapmış mühendis, mimar veya teknik eleman olan iş müfettişleri • Genel Müdürlük ve bağlı birimlerinde İSG alanında uzman yardımcılığı süresi dâhil en az 8 yıl fiilen görev yapmış mühendis, mimar veya teknik eleman olan Bakanlık İSG uzmanları • İş sağlığı ve güvenliği veya iş güvenliği programında doktora yapmış olan mühendis, mimar veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMSİZ - SINAVSIZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genel Müdürlük ve bağlı birimlerinde mühendis, mimar veya teknik eleman olarak en az 10 yıl görev yapmış olanlar <p>EĞİTİMSİZ – SINAVLI</p> <ul style="list-style-type: none"> • B sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesiyle en az 4 yıl fiilen görev yaptığını iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi ile belgeleyen mühendis, mimar veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • İş sağlığı ve güvenliği veya iş güvenliği alanında yüksek lisans yapmış olan mühendis, mimar veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMSİZ – SINAVLI</p> <ul style="list-style-type: none"> • C sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesiyle en az 3 yıl fiilen görev yaptığını iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi ile belgeleyen mühendis, mimar veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mühendis, mimar veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>
11.10.2013 Tarihli Yönetmelik	<ul style="list-style-type: none"> • B sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesiyle en az 4 yıl fiilen görev yaptığını iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi ile belgeleyen mühendis, mimar veya teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p> <ul style="list-style-type: none"> • İSG alanında müfettiş yardımcılığı süresi dâhil en az 10 yıl görev yapmış mühendis, mimar veya teknik eleman olan iş müfettişleri • Genel Müdürlük ve bağlı birimlerinde uzman yardımcılığı süresi dâhil en az 10 yıl fiilen görev yapmış mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakülte mezunları ile teknik eleman olan İSG uzmanları 	<ul style="list-style-type: none"> • İş sağlığı ve güvenliği veya iş güvenliği programında yüksek lisans yapmış mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakültelerin mezunları ile teknik elemanlar <p>EĞİTİMSİZ – SINAVLI</p> <ul style="list-style-type: none"> • C sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesiyle en az 3 yıl fiilen görev yaptığını iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi ile belgeleyen mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakültelerin mezunları ile teknik elemanlar 	<ul style="list-style-type: none"> • İSG alanında teftiş yapan mühendis, mimar veya teknik eleman olan iş müfettişleri hariç, Bakanlık ve ilgili kuruluşlarında müfettiş yardımcılığı süresi dâhil en az 10 yıl görev yapan müfettişler <p>EĞİTİMLİ – SINAVSIZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakültelerin mezunları ile teknik elemanlar <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Genel Müdürlük veya bağlı birimlerinde en az 10 yıl görev yapmış mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakülte mezunları ile teknik elemanlar • Mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakülte mezunları ile teknik elemanlardan; iş sağlığı ve güvenliği veya iş güvenliği programında doktora yapmış olanlar <p>EĞİTİMSİZ - SINAVSIZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • İSG alanında teftiş yapan mühendis, mimar veya teknik eleman olan iş müfettişleri hariç, Bakanlık ve ilgili kuruluşlarında müfettiş yardımcılığı süresi dâhil en az 10 yıl görev yapan müfettişler <p>EĞİTİMLİ – SINAVLI</p>	

Görüldüğü gibi her yeni yönetmelik ile söz konusu grup hem bir üst sınıfa kaydırılmış hem de daha kolay şartlarla belge sahibi olmaları imkanı getirilmiştir. Bir akademik unvan olarak doktora; “*kişinin belli bir*

alanda uzmanlaşması ve bu durumu bilimsel bir yayınla tamamlaması anlamına gelmektedir. Bu unvanı alanların, alanlarında derin teorik bilgiye sahip olduğu da tartışmasızdır. Ancak iş güvenliği uzmanlığı gibi, pratik saha uygulaması tecrübesi gerektiren bir mesleğin A sınıfı belgesinin eğitimsiz-sınavsız olarak verilmesi doktora unvanı olanlar için bile kolay anlaşılabilir bir durum değildir.

Benzer durum İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğünde ve bağlı birimlerinde görev yapmış gruplar için de söz konusudur. Yaklaşık 30 yıllık uygulama tecrübesi olan mühendis ile söz konusu grup arasında bu yönde ayırım yapılmasının yerindeliği konusunda tereddütler yaşandığı, adil ve objektif ölçütlerden uzak olduğu ifade edilmektedir (Ocak, 2013:26). Çünkü iş güvenliği uzmanlığı büyük oranda deneyim işidir ve pratik sektör tecrübesi isteyen bir iştir. Hiç deneyimi olmayan bir kişiye A veya B sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesini, ilgili alanda eğitim almadan ve sınavsız bir şekilde vermek 6331 sayılı Kanun'la gerçekleştirilmek istenen amaçlara aykırıdır.

Yönetmeliklerde aynı meslek grubu için öngörülen çalışma deneyimine ilişkin sürenin hangi standartlara göre belirlendiği noktasına da dikkat çekilmektedir. Örneğin A sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip olabilecek iş müfettişleri için ilk iki yönetmelikte 3 yıl çalışma deneyimi aranırken sonrasındaki yönetmeliklerde sırasıyla 5, 8, 10 yıl teftiş yapmış olmaları koşulu aranmıştır. Bunun yanı sıra, ilk iki yönetmelikte meslek grubu öngörülmemişken 2010 yılından itibaren mühendis, mimar veya teknik eleman unvanına sahip olma şartı getirilmiştir. 2010 tarihli yönetmelikte sadece sınavda başarılı olma şartı öngörülmüşken diğer tüm yönetmeliklerde sınavsız olarak A sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip olacakları hükme bağlanmıştır. Değişik gruplar için benzer farklılıkları artırmak mümkündür (Cam, 137-139). Her yeni yönetmeliğin belge alımı ile ilgili getirdiği değişikliklere yönelik bir açıklamanın (gerekçelendirmenin) yapılmaması nedeniyle, mevcut olan ve daha sonra değişen pek çok koşulu anlamlandırmak mümkün olmamaktadır.

B- Bir Üst Sınıfta Çalışma ve Sınıflar Arası Yükselme Sorunu

İSG profesyonellerinin sayıca yetersizliği ve özellikle A sınıfı uzman bulmada yaşanan sıkıntı nedeniyle yükselen uzmanlık ücretlerini

düşürme amacıyla³⁴ belgelendirme koşullarının da esnekleştirilmesi gündeme gelmiştir. Ancak bu esneklik, doğurduğu sonuçları dolayısıyla ulaşılmak istenen amacın gerçekleşmesini engellemiş görünmektedir. Özellikle uzmanlık belgesine hak kazanma koşullarına ilaveten sınıflar arası yükselme şartlarının da değiştirilmesi konu ile ilgili tartışmaları artırmıştır. Bundan en çok ve en olumsuz şekilde etkilenen mesleğe yeni başlayan iş güvenliği uzmanları olmuş, motivasyonları düşmüş ve adalet duyguları zedelenmiştir. Herhangi bir mesleki tecrübe aranmadan sadece belirli bir alanda lisans eğitimi almış olmak ve sigortalılık süresine bağlı olarak girilen bir sınavla sınıf atlanması, büyük bir istekle bu alana girmeyi düşünen yeni nesil iş güvenliği uzmanlarını meslekten uzaklaştırmaya başlamıştır.

*Bir üst sınıfta çalışmaya ilişkin düzenleme ilk kez 2010 tarihli Yönetmeliğin³⁵ geçici 1.maddesinde yer almıştır. Bu düzenleme, yeterli sayıda A sınıfı belgesi olan iş güvenliği uzmanı olmadığı tespitinden hareketle iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğü bulunan işverenlere yardımcı olmak için yapılmıştır. Nitekim, ilgili yönetmelikte **C sınıfı belgeye sahip olanların 3 yıl süreyle tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde, B sınıfı belgeye sahip olanların da 4 yıl süreyle çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde iş güvenliği uzmanı olarak görevlendirilebilmelerine imkan verilmiştir. 6331 sayılı Kanun'un geçici 4.maddesinde de aynı şekilde yer alan düzenlemenin, başlangıçta İSG hizmetlerinin sağlanabilmesi açısından **bir geçiş dönemi hükmü** olarak düşünüldüğüne şüphe yoktur³⁶. Ancak daha sonra yapılan değişikliklerle bu amacı aşan sonuçlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Özellikle, 11.10.2013 tarihli Yönetmeliğe³⁷ eklenen geçici madde ile üst sınıflarda çalışmanın***

34 İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürü Kasım Özer'in beyanı, <http://www.taraf.com.tr/haber-apartmana-doktor-zorunlu-olmayacak-127890/>

35 İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik (RG:27.11.2010; 27768)

36 Söz konusu düzenlemenin 09.12.2014 tarihinde TBMM'ye sunulan yeni Torba Kanun Tasarısında devam etmesi öngörülmektedir. Tasarıdaki düzenlemeye göre C sınıfı belgeye sahip olanların 1 Ocak 2017 tarihine kadar tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde, B sınıfı belgeye sahip olanların da 1 Ocak 2018 tarihine kadar çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde iş güvenliği uzmanı olarak görevlendirilebilmelerine imkan tanınmaktadır. İşveren Dergisi, Cilt:52, Sayı:6, Kasım-Aralık 2014, TİSK Yayını, Ankara, s.40.

37 İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG:11.10.2013; 28792).

kapsamı genişletilmiş, böylece sınıflar arası yükselmenin de yolu açılmıştır.

2010 tarihli Yönetmelik ile temelleri atılan ve sonrasında 31.01.2013 tarihli Yönetmelik³⁸ ile üç yıllık mesleki tecrübesi olan ve adına 750 gün prim ödenmiş olan B veya C sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip uzmanların, *sektörel* düzenleme kapsamında kendi meslek dallarına uygun işlerin yapıldığı işyerleri ile sınırlı **olmak koşuluyla, bütün tehlike sınıflarına ait işyerlerinde görevlendirilebilmeleri sağlanmıştır**. Hükümün 7 yıllık geçerlilik süresi içinde, iş güvenliği uzmanına işyerinin tehlike sınıfına uygun belge alma fırsatı da tanınmıştır. Bir önceki düzenleme bir üst sınıfta görevlendirilmeyi sağlarken, söz konusu hüküm ile belli şartlar dahilinde tüm tehlike sınıflarına hizmet verme olanağı düzenlenmiştir. Buna göre C sınıfı belgeye sahip bir iş güvenliği uzmanının, koşulları sağladığı takdirde çok tehlikeli sınıfta görevlendirilmesi mümkün görünmektedir. İlgili hükümün sakıncaları bulunmakla birlikte **en isabetli yönü, üç yıllık mesleki tecrübenin iş güvenliği uzmanının kendi meslek dalına uygun işlerin yapıldığı işyerinde gerçekleştirilmiş olması koşulunu aramasıdır**. Bu konuda işyerinde yapılan asıl işin esas alınarak, iş güvenliği uzmanının meslek dalı ile işyeri tehlike sınıfının ilgisinin, NACE kodları üzerinden Bakanlıkça belirlenecek olması hükme bağlanmıştır.

Özellikle C sınıfı iş güvenliği uzmanlarının çok tehlikeli işlerde görevlendirilmesinin doğuracağı bir takım sakıncalar dikkate alınarak 14.06.2013 tarihli Tebliğ³⁹ yayınlanmıştır. Tebliğde NACE kodları esas alınarak C sınıfı iş güvenliği uzmanlarının meslek dalı ile işyeri tehlike sınıfı ilgi tablosu düzenlenmiş ve 3 yıllık mesleki tecrübesi olan uzmanların görevlendirilebilecekleri işler belirlenmiştir. Buna göre tabloda belirlenen meslek unvanlarına sahip C sınıfı iş güvenliği uzmanları sadece unvanı ile eşleştirilmiş olan faaliyetlerin yapıldığı işyerlerinde görevlendirilebileceklerdir. Bir başka ifade ile herhangi bir alanda C sınıfı belgeyle 3 yıl çalışmış olan her uzman çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde görev yapamayacaktır. Mesleki tecrübeyi ön plana alan bu

38 İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG: 31.01.2013; 28545).

39 Çok Tehlikeli İşlerde Görevlendirilebilecek (C) Sınıfı İş Güvenliği Uzmanları Hakkında Tebliğ (RG:14.06.2013; 28677).

düzenlemenin bu konudaki diğer düzenlemeler karşısında adil ve objektif kriterleri barındırması açısından yerinde olduğu düşünülmektedir. Ancak 30.05.2013 tarihinde Danıştay söz konusu düzenleme için yürütmeyi durdurma kararı⁴⁰ vermiştir. Danıştay'ın bu kararına rağmen Bakanlığın 15 gün sonrasında söz konusu düzenlemenin uygulanmasına yönelik bir tebliğ çıkartmış olması da ayrıca çok ilginçtir.

Danıştay'ın iptal kararı üzerine İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde C sınıfı iş güvenliği uzmanı görevlendirilmesi taleplerini ve yapılan sözleşmeleri askıya almıştır⁴¹. Kısa süre içinde 02.08.2013 tarih ve 6495 sayılı Kanun ile sınıflar arası yükselme sağlayacak farklı bir düzenleme yapılmıştır. 6331 sayılı Kanun'un geçici 4.maddesine yapılan ilave düzenleme ile Bakanlıkça belirlenecek şartları sağlayan iş güvenliği uzmanlarına, yalnızca ödenmiş prim gün sayısı ve sahip olunan belge sınıfı dikkate alınarak herhangi bir eğitime katılmadan **üst sınıf belge için doğrudan sınava girme** imkanı sağlanmıştır. **Öte yandan;** 6495 sayılı Kanun'da yapılan değişikliğe bağlı olarak 2013 tarihli Yönetmeliğin⁴² geçici 2.maddesi değiştirilerek sınıflar arası yükselmenin koşulları yeniden düzenlenmiştir. Buna göre;

- C sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip olanlar; başvurdukları tarihte adlarına 1500 gün prim ödenmiş ise B sınıfı, 3000 gün prim ödenmiş ise A sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belge sınavına girmeye,
- B sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip olanlar ise, başvurdukları tarihte adlarına 1800 gün prim ödenmiş ise A sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belge sınavına girmeye

hak kazanmışlardır. Sınıflar arası yükselmeyi sağlayan bu sistemden yararlanabilmek için öncelikle C sınıfı belgeye sahip olmak gerekmektedir. Prim ödemelerinin hangi çalışma statüsünde (SSK (4/1-a), Bağ-Kur

40 Kararda, 6331 sayılı Kanun'un sınıflarla ilgili görev alanları ve bir üst sınıfta görev yapma sürelerini düzenleyen maddesinin yönetmelik ile değiştirilemeyeceği vurgulanmıştır. Diğer bir deyişle Kanun'a aykırı yönetmeliğin çıkarılması ve getirilen değişikliğin sektörel düzenleme kapsamında kabul edilmesinin mümkün olmadığı gerekçeleriyle iptal kararı verilmiştir. <http://www.isgforum.net/threads/dan%C4%B1%C5%9Ftay-10%E2%80%99uncu-dairesi%E2%80%99nin-e-2013-919-say%C4%B1-ve-30-5-2013-tarihli-karar%C4%B1.7723/>

41 http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=c_sinifi iptal

42 İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (RG: 11.10.2013; 28792).

(4/1-b) ve Emekli Sandığı (4/1-c) ve hangi zaman diliminde ödendiğine bakılmaksızın söz konusu gruba bir yıl içinde (02.08.2013 – 02.08.2014) iki kez sınava girme hakkı tanınmıştır. Eğer kişinin elinde C sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesi yoksa sınıf yükseltme sınavına girebilmek için öncelikle C sınıfı belge sınavına girmesi gerekmektedir aksi takdirde bu uygulamadan yararlanmasına imkan yoktur.

Prim gün sayısının tespiti ve sınıf yükseltme sınavları hakkında ortaya çıkan soru işaretleri üzerine yönetmeliğin uygulanması bakımından Bakanlık 11.01.2013 ve 03.12.2013 tarihlerinde *duyurular*⁴³ yayınlanmıştır. Duyurularda; sadece prim ödeme gün sayısına göre iş güvenliği uzmanlığı sınıf yükseltme sınavı yapılacağından, mevcut belgesini B veya A sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesine yükseltmek isteyenlerin müracaat edebileceği, prim ödeme gün sayısının hesabında sınav müracaat tarihi itibarıyla SGK tescil kaydında görülen prim ödemelerinin dikkate alınacağı (Yurtdışı borçlanmaları, askerlik borçlanması, doğum borçlanması ile mükerrer prim ödemeleri gün sayılarında dikkate alınmayacaktır), bu hakkın sadece bir belge sınıfı yükseltmek (B veya A) amacıyla kullanılabileceği, prim gün sayısı yeterli olsa dahi ikinci defa yükseltme yapılamayacağı konuları üzerinde durulmuştur. Yönetmelikteki ifadeler ile Bakanlık duyuruları arasında ortaya çıkan farklılıkların hukuka uygunluğu ve bundan dolayı kişileri mağdur eden uygulamaların varlığı konusunda tartışmalar devam etmektedir (Ağır, 2013). Bakanlığın 24 Mayıs 2014 yükseltme sınavı ile ilgili hazırladığı ve geçmiş duyurulara göre oldukça ayrıntılı düzenlenmiş 19 maddeden oluşan duyurusu da dikkat çekicidir⁴⁴. Diğer taraftan ilgili hükme ilişkin yürütmenin durdurulması talebine karşılık Danıştay'ın 02.06.2014 tarihinde verdiği kararda, üst sınıflara geçiş sınavına girilebilmesi için aranan sosyal güvenlik kurumuna ödenmiş prim gün sayısının herhangi bir çalışma alanına değil, iş sağlığı ve güvenliği alanına ilişkin olmasının şart olduğu, ayrıca bir üst sınıf iş güvenliği uzmanlığı belgesi alınmasına yönelik esasların belirlenmesi gerekirken, yasaya aykırı olarak C sınıfı belge sahiplerinin, A sınıfı belge sınavına girebilmesine olanak

43 http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=sinav_hakki_duyurusu
http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=23subat_yukseltme_sinavi_duyurusu,

44 <http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=24may%C4%B1s2014s%C4%B1navduyurusu>

tanınmasının hukuka uygun olmadığı açıkça ifade edilmiştir⁴⁵.

C- Sınav Uygulaması

İş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğünü düzenleyen 2004 tarihli ilk yönetmelikle birlikte İSG profesyonelleri için ilk sınav 2005 yılında yapılmıştır. Başlangıçta daha seyrek yapılan sınavlar özellikle 6331 sayılı Kanun'un yayımından itibaren daha sık aralıklarla yapılmaya başlanmış, ancak artan sınav sayısı ile birlikte sınavlarla ilgili itirazlar ve tartışmaların da yoğunluğu artmıştır. İtirazların, daha çok bazı sınav sorularının iptali ve bazı gruplara tanınan sınav hakkı ile ilgili olduğu dikkat çekmektedir. 6331 sayılı Kanunla ortaya çıkan İSG profesyonelleri talebini karşılamak için artırılan sınav sayısı ve sınavlarda ortaya çıkan başarı oranları da bir başka tartışmanın konusunu oluşturmuştur. Sınavlarla ilgili olarak, başta Bakanlık web sayfası olmak üzere yayınlanmış, kamuoyu tarafından erişilebilir düzenli ve güvenilir istatistiki veriler olmamakla birlikte çeşitli kaynaklardan ulaşılan verilerle oluşturulan **Tablo 4**, sınavlarla ilgili ve özellikle de iptal edilen sorular bakımından bazı değerlendirmeler yapmaya imkan vermektedir.

Tablo 4'de de görüldüğü gibi, bugüne kadar (27 Aralık 2014 sınavı dahil) İSG profesyonelleri için 10 kez sınav yapılmıştır (Ağır, 2014; Üstadlar Eğt. Danş.). Sınavlar İşyeri Hekimliği ve İş Güvenliği Uzmanlığı Sınavı adı altında, aynı tarihte, aynı saatte ve dört ayrı belge alanında gerçekleştirilmektedir. Bu çalışmada yapılan değerlendirmeler iş güvenliği uzmanlığı sınav sistemine yöneliktir.

- Günümüze kadar olan dönemde sınavlar MEB ile yapılan protokol çerçevesinde yürütülürken 2014 yılından itibaren sınavların ÖSYM ve İSG Genel Müdürlüğü arasında yapılan sınav protokolü çerçevesinde 3 ayda bir yapılması kararlaştırılmıştır. Buna rağmen ÖSYM'nin 2015 yılı İSG sınavı duyurusunda, Mayıs ve Aralık döneminde, 4 ayrı sertifika alanında (işyeri hekimliği, C,B,A İş Güvenliği Uzmanlığı), toplam 60 soru üzerinden 90 dakikalık iki kez sınav yapılacağı ve soruların basılı ya da internet ortamında yayınlanmayacağı yer almaktadır⁴⁶.
- 23 Şubat 2014 tarihli sınava kadar olan dönemde adaylar 110 dk'da toplam 100 sorudan sınava girmişler, sadece yükseltme sınavı olarak

45 http://www.memurlar.net/common/news/documents/485586/tara0001_1.pdf

46 <http://www.osym2015.com/node/500>

yapılan 23 Şubat 2014 tarihinde soru sayısı 80'e ve sınav süresi 90 dk'ya düşürülmüştür. 24 Mayıs 2014 ve 27 Aralık 2014 tarihlerinde yapılan sınavlarda ise adaylar 90 dk'da 60 sorudan sınava girmişlerdir.

- Sınavlar önceleri sadece tek bir merkezde (Ankara) yapılırken 2014 yılından itibaren, başvuruların sayısındaki artışa da bağlı olarak önce 5 merkezde daha sonra 17 merkezde yapılmak üzere yaygınlaştırılmıştır.
- Sınavda sorulacak konular ile soru yüzdeleri 2013 yılından itibaren değişmiştir. Bu tarihe kadar yapılan sınavlarda teknik konular %65, mevzuat %10 ve sağlık %5 iken, 6331 sayılı Kanun'un çıkışı ile birlikte teknik konular %40'a düşürülmüş, mevzuat %30'a ve sağlık %10'a çıkarılmıştır. Genel İSG konuları ve hukuk soru yüzdeleri değişmemiştir.

Sınavların bazıları sadece belge sınavı iken, bazıları hem yükseltme hem de belge sınavı niteliği taşımaktadır. Bazı sınavlar ise birden fazla amaca hizmet ederek eğitim alıp sınav hakkını kaybedenler, sınıf yükseltmek isteyenler ve 4 grup belgeden birine sahip olmak isteyenler için yapılmıştır⁴⁷. Yönetmelik değişikliğine bağlı olarak getirilen “**sınıflar arası yükselme**” hükmü gereğince 21 Aralık 2013 ve 24 Mayıs 2014 (son defa yapılan yükseltme sınavı⁴⁸) tarihlerinde yapılan sınavlar hem belge hem de yükseltme sınavı olmuştur. 23 Şubat 2014 tarihinde yapılan sınav ise sadece yükseltme sınavıdır. 2014 yılı içinde son sınav 27 Aralık 2014 tarihinde yapılmıştır⁴⁹.

Belge sınıfına göre iş güvenliği uzmanlarının sayısını ve tehlike sınıfına göre işyerlerinin sayısını tam olarak tespit etmek kolay değildir. NACE kodlarından yararlanarak işyeri sayısı tespit edilmeye çalışılsa bile bu işyerlerinde çalışanların sayısı ve buna bağlı ihtiyaç duyulan iş güvenliği uzmanı sayısını belirlemek mevcut istatistiklerle mümkün görünmemektedir. Çünkü resmi verilerde işyerlerinin tehlike sınıflarına göre ayrımını ve çalışan sayısını gösteren istatistikler mevcut değildir. Diğer taraftan iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip ancak filen uzmanlık yapmayan kişilerin varlığı da göz önüne alınırsa bu alanda tam bir sayıya ulaşmanın zorluğu daha iyi

47 http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=21aralik_sinavi

48 http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=24Mayis_sinavi_onemli_duyuru

49 <http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=2014mayisduyuru>

anlaşılır. Ancak bu konuda yapılan bir çalışmada (Ağır,2013) 31. 700 A sınıfı, 22.610 B sınıfı ve 24.980 C sınıfı olmak üzere toplam 79.290 iş güvenliği uzmanına ihtiyaç olduğu ifade edilmektedir.

İhtiyaçlar ile mevcut veriler karşılaştırıldığında özellikle A ve B sınıfı belgeli uzman sayısının artırılması gerektiği açıktır. Yukarda sözü edilen çalışmanın yapıldığı Aralık 2013 tarihinden itibaren geçen 2 sınav dönemi (21 Aralık 2103 ve 23 Şubat 2014) sonucunda

- A sınıfı belgeye sahip uzman sayısının 1 kat artarak 20.000'e yaklaştığı,
- B sınıfı belgeye sahip uzman sayısının ise 7 kat artarak 8.000'e ulaştığı

gözlenmektedir⁵⁰. Yıllardır iş güvenliği uzmanlarının sayıca yetersizliği vurgulanırken son 3 ay içinde yapılan 2 sınavla iş güvenliği uzmanlarının sayısında belirgin bir artış sağlanmıştır⁵¹. Bu artışın sağlanmasındaki en önemli faktörler, 11.10.2013 tarihli Yönetmelik değişikliği ile bazı gruplara sınavsız iş güvenliği uzmanı olma hakkının verilmesi ve prim gün sayısına bağlı olarak sınıflar arası yükselme sınav hakkının düzenlenmesidir. İş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğüne ilişkin hükmü bir kez daha ertelemenin, Kanun'un işlevselliğini ve güvenilirliğini zedeleyeceği düşünüldükten A ve B sınıfı belgeli uzman sayısını arttırma yolu tercih edilmiştir. Ancak mesleki olarak tecrübe sahibi olunmadan sıfatlanılmasını sağlayan böyle bir düzenlemenin pek çok riski de beraberinde getireceği unutulmamalıdır. **“Önemli olan iş güvenliği uzmanının sayısının artması değil, donanımlı iş güvenliği uzmanının yetiştirilmesidir** (Ocak, 2013:34)”. Çünkü **“bu alan kişilerin özel çabasına, yeteneğine bırakılacak bir alan değildir** (Ocak, 2013: 35)”.

Bütün eksikliklerine ve problemlerine rağmen eğitim+sınav sistemi kendi içinde bir seçme ve sıralamayı mümkün kılan bir yöntemdir. Kısa dönemli problem çözme amacıyla (geçici süreli de olsa) bu sistemden

50 TBMM'de bir soru önergesi üzerine Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Faruk Çelik, 2012-2014 yılları arasında 44.930 işyerinin A sınıfı; 39.512 işyerinin B sınıfı ve 88.267 işyerinin C sınıfı iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi yaptığını açıklamıştır. www.memurunyeri.com/memur/manset-haber/777 (08.01.2015).

51 “Bu sayede ülkemde nur topu gibi 10.500 A sınıfı, 9.850 B sınıfı iş güvenliği uzmanı oldu.” <http://www.isakarakas.com.tr/sinifi-ve-b-sinifi-guvenligi-uzmanlik-belgeler-i-iptal-edilecek-mi/> (09.08.2014).

vazgeçilerek, hangi alanda mesleki tecrübesi ve kıdeminin olduğuna bakılmaksızın (sigortalılık) prim ödenen gün sayısından hareketle sınav başarısına dayalı bir belgelendirme yapılması son derece yanlış olmuştur.

İş güvenliği uzmanlığı belgelendirme süreci ile ilgili olarak aşağıdaki değerlendirmeleri yapmak mümkün görünmektedir.

- Uzmanlık eğitimlerinde ve sınavlarında İSG bakımından önem taşıyan iş kolları, işyerleri ve risk farklılıklarının dikkate alınmaksızın herkese aynı soruların sorulması yanlıştır. Buna göre bir biyolog ile inşaat mühendisi, bir kimyager ile bir makine mühendisi aynı sorularla sınava girmekte ve belgelendirilmektedir.
- İş güvenliği uzmanlığında saha görevinin esas olduğu dikkate alınırsa mesleki tecrübe önem kazanmaktadır. Temel lisans eğitimini aldıktan sonra yalnızca eğitim ve sınav başarısına bağlı olarak profesyonel ve tam sorumlu olarak göreve başlamaları önemli bir sorun kaynağıdır. Bazı mesleklerde (avukatlık, mali müşavirlik, müfettişlik) olduğu gibi profesyonel olarak iş güvenliği uzmanı olarak çalışmaya başlamadan önce bir yıl “*staj veya deneme süresi*” veya “*uzman yardımcısı*” kapsamında bir çalışma tecrübesi olduktan sonra profesyonel olarak göreve başlatılma düşünülmelidir. İş güvenliği uzmanlarının iş kazası ve meslek hastalıkları sonucunda ortaya çıkabilecek sorumluluklar da dikkate alınınca staj/yardımcılık uygulaması ve mesleki tecrübesi önemli hale gelmektedir.
- Sınav güvenliği ve sınavların güvenilirliği, iş güvenliği uzmanlarının belgelendirilmesi ile ilgili bir başka problem alanını oluşturmaktadır. Dönemler itibarıyla yapılan sınavlardaki başarı oranları bu konuda bir değerlendirme imkanı vermektedir. Nitekim, *sınav başarısının % 10-20 aralığında devam ettiği bir süreçte 21 Aralık 2013 de yapılan ilk yükselme sınavında, A sınıfında % 81,99; B sınıfında % 84,18; C sınıfında % 70,37 ve toplamda da % 79 oranında başarı sağlanması “hayatın olağan akışı” ile açıklanamayan bir sonuçtur. Sadece bu sınav ile Türkiye bir sınav döneminde mevcut iş güvenliği uzman sayısını 3 kat artırma imkanı bulmuş görünmektedir. Nitekim bir dönem sonra yapılan 23 Şubat 2014 tarihli yükselme sınavında başarı oranının tekrar %15'lere düştüğü gözlenmektedir*⁵².

52 A sınıfı belge için sınava giren aday sayısı 13.151, başarılı olan aday sayısı 2.140; B sınıfı belge için sınava giren aday sayısı 7.479, başarılı olan aday sayısı 2.036.

- İş güvenliği uzmanlarının eğitim ve sınav sistemi, mesleğe yönelme ve bu alanı seçenlerin mesleğe olan bağlılıklarını doğrudan etkiler. Bu bakımdan sınavların güvenli ortamda yapılması ve sonuçların güvenilirliği önemlidir. Başta üniversite giriş sınavları olmak üzere merkezi olarak yapılan sınavların güvenliğine yönelik eleştiriler ve çeşitli iddialar, özellikle 6331 sayılı Kanun sonrası dönemde yapılan İSG sınavları için de yapılmıştır⁵³. Bu iddialardan bir kısmının yargı kararları ile de doğrulanması⁵⁴ sınavların güvenilirliğini tartışma konusu haline getirmiştir. Yapılan sınavlarda iptal edilen veya cevap şikkı değiştirilen soruların sayısının özellikle bazı sınavlarda yüksek çıkması soruların hazırlanması aşamasında özensizliğin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Bu durum aynı zamanda sınav sistemine yönelik güveni de zedelemiştir. Aşağıdaki tabloda iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğünün doğduğu 2004 yılından günümüze kadar yapılan sınavlar ve iptal edilen sorularla ilgili veriler ulaşılan imkanlar ölçüsünde derlenmiştir. İlk iki sınav döneminde A ve B sınıfı belge için, üçüncü sınav döneminde ise A sınıfı belge için başvuran adayların bulunmadığı tespit edilmiştir⁵⁵.

53 <http://www.memuruz.net/is-guvenligi-sinavinda-skandal/>

54 Nitekim Ankara 5. İdare Mahkemesinin vermiş olduğu karar ile **02.07.2011 tarihinde yapılan C sınıfı iş güvenliği uzmanlığı sınavında sorulan sorulardan A kitapçığındaki 46 nolu soru ile buna karşılık gelen B kitapçığındaki 39 nolu soru iptal edilmiştir.** Milli Eğitim Bakanlığınca, iptal edilen sorular adaylar lehine doğru kabul edilerek 100 puan üzerinden yeniden değerlendirme yapılmış ve 70 ve üzeri puan alarak başarılı sayılanların listesi Genel Müdürlüğümüze bildirilmiştir.

55 <http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=21> aralık_ itiraz_ duyurusu
<http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=23>.02.2014_ sinav_ sorularina_ itirazlar
<http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=13>Mayisitirazdegerlendirme
<http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=21>ekimitiraz
<http://www.isgforum.net/threads/18-a%C4%9Fustos-2013-s%C4%B1nav%C4%B1-iptal-olan-sorular-05-09-2013-resmi-a%C3%A7%C4%B1klama.8205/>
<http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=2>temmuzmahkemeyeni
<http://www.ustadlar.com.tr/is-guvenligi-sinav-sorulari.aspx>

Tablo 4. İş Güvenliği Uzmanlık Belgelendirme Sınavları ve İptal Edilen / Cevap Şıkkı Değiştirilen Soru Sayıları

Sınav tarihi	Toplam soru sayısı/Süre	İptal edilen /cevap değişikliği yapılan sorular			Toplam hatalı soru sayısı
		A Sınıfı Belge	B Sınıfı Belge	C Sınıfı Belge	
26 Haziran 2005	100 soru/110 dk	A sınıfı başvuru yoktur.	B sınıfı başvuru yoktur.		
25 Aralık 2010	100 soru/110 dk	A sınıfı başvuru yoktur.	B sınıfı başvuru yoktur.		
2 Temmuz 2011	100 soru/110 dk	A sınıfı başvuru yoktur.			
24 Aralık 2011	100 soru/110 dk	—	—	3 soru iptal	3
13 Mayıs 2012	100 soru/110 dk	1 soru iptal	1 soru iptal	1 soru iptal / 1 soru cevap değişikliği	4
21 Ekim 2012	100 soru/110 dk	—	2 soru iptal	2 soru iptal	4
18 Mayıs 2013	100 soru/110 dk			2 soru iptal	2
18 Ağustos 2013	100 soru/110 dk	22 soru iptal	7 soru iptal / 1 soru cevap değişikliği	7 soru iptal / 2 soru cevap değişikliği	39
21 Aralık 2013 belge ve yükseltme	100 soru/110 dk	3 soru iptal / 1 soru cevap değişikliği	—	2 soru iptal / 2 soru cevap değişikliği	8
23 Şubat 2014 Sadece yükseltme	80 soru/90 dk	2 soru iptal / 1 soru cevap değişikliği	1 soru iptal	C sınıfı başvuru yoktur.	4
24 Mayıs 2014 Belgelendirme ve Yükseltme	60 soru ⁵⁶ /90 dk				İtirazlar, değerlendirme (yargı) sürecinde
27 Aralık 2014	60 Soru/90 dk.				İtiraz edilecek soruların değerlendirilmesi devam ediyor

56 http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:K955evnt-TsJ:www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%2520Repository/isggm/dosyalar/24Mayis_Sinav_Uygulama_Duyurusu+%26hl=tr&ct=clnk&gl=tr&client=safari

SONUÇ

Herkesçe bilindiği gibi, işin güvenliğini sağlayıcı faaliyetler doğrudan insan sağlığı ve yaşam hakkını korumaya yönelik uygulamaları içinde barındırır. Uzman olan kişi ise; **“Bir bilim dalında, belli bir teknik alanda yoğun bir öğrenim görerek ya da türlü uygulamalara katılarak yüksek derecede yeterlik kazanmış olan kimse, belli bir işte belli bir konuda bilgi, görüş ve becerisi çok olan kimse”**⁵⁷dir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı da sağlığın ve güvenliğin uzmanlık gerektiren bir iş olduğu anlayışı ile mevzuatı hazırlamış ve iş güvenliği uzmanlığını mühendis, mimar ve teknik elemanların yapabileceği düzeyde teknik bir konu olarak görmüştür (Yorgun, 2014). Nitekim iş güvenliği uzmanları da işyerlerinde risklerden arındırılmış, sağlıklı ve güvenli bir iş ortamı oluşturmak, çalışanların sağlık, güvenlik ve refahını sağlamak temel amacıyla çalışan kişilerdir.

Geçen 10 yıllık sürede iş güvenliği uzmanı olarak görevlendirilecek meslek gruplarına ilişkin mevzuatta sadece ikincil mevzuatta 7 kez değişiklik yapılmıştır. İlk değişiklikler daha çok mesleğin tanımı ile ilgili iken özellikle son değişiklikler ağırlıklı olarak kapsamı genişletici yönde olmuştur. Nitekim, iç mimarlar, şehir ve bölge planlayıcıları, peyzaj mimarları gibi mimarlık fakültesinin tüm bölümlerinden mezun olanlara, çalışma hayatını denetleyen sosyal iş müfettişleri ile Sosyal Güvenlik Kurumu müfettişlerine ve biyologlara iş güvenliği uzmanı olma yolu açılmıştır.

Meslek gruplarına ilişkin kapsamı genişletici düzenlemelere rağmen yeterli iş güvenliği uzmanının olmaması, iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğü ile ilgili uygulamaların hayata geçirilmesine yönelik ertelemeleri de beraberinde getirmiştir. Nitekim, iş güvenliği uzmanının sertifikalı olma şartının ertelenmesi ile başlayan süreç daha sonra çalışan sayısı ve tehlike sınıfı gözetilerek iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğünün ertelenmesi ile devam etmiştir.

İSG uygulamalarının başarıya ulaşmasının anahtar değişkenlerinden biri haline gelen İSG profesyonelleri ve özellikle de iş güvenliği uzmanlarının yetkilendirilme ve görevlendirilme süreçleri bu kişilerin yeterliliğini belirleyici olduğu ölçüde önemli hale gelmiştir. İş güvenliği uzmanlığı büyük ölçüde sonradan kazanılan bir yetkinlik olduğu için

57 http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5367cbe574e5f1.13175062

İSG profesyonellerinin belirlenmesine ve sınıflandırılmasına yönelik **eğitim+sınav+staj** süreçleri önem kazanmaktadır.

20.01.2004 tarihli ilk Yönetmelikte A, B ve C sınıfı sertifikalar, iş sağlığı ve güvenliği alanındaki çalışma yılları dikkate alınarak verilmiştir. 27.11.2010 tarihli Yönetmelikte ise uzmanlık sınıflarında uzmanlık belgesi ile çalışılan yıllar dikkate alınarak bir üst sınıfa geçişler düzenlenmiştir. 29.12.2012 tarihli Yönetmelikte 2013 yılında yapılan değişiklikten sonra ise sadece ödenen prim gün sayıları dikkate alınarak üst sınıflara geçişler sağlanmıştır. Başlangıçtaki olumlu düzenlemelere karşın son dönemde iş güvenliği uzmanlığı konusundaki mevzuat değişiklikleri hem mesleğe yeni başlayanlar üzerinde hem de sistemin etkin çalışması yönünde olumsuz sonuçlar doğurmuştur.

Getirilen düzenleme öncelikle mesleğe yeni başlayanların adalet duygularını ve mesleğe olan inançlarını zedelemiştir. Mesleki tecrübesi hiç olmayan bir kişinin 220 saatlik bir eğitimle C sınıfı belge alarak ardından prim ödenmiş günlerine bağlı olarak A sınıfı belgeye sahip olabilmesi mesleğin önemini, saygınlığını ve **“uzman”**lığın değerini düşürmüştür. Pek çok kişi tarafından iş güvenliği uzmanlığı ticari bir olgu olarak algılanmaya başlanmıştır. Örneğin; kimya mezunu olan ancak yıllardır cezaevinde infaz koruma memuru olarak çalışan birinin **“bu belgeyi alsam işime yarar mı?”** sorusundan sonra uzman olması, yükselme sınavında A belgesini alan ama **“hiç bir tecrübem yok bundan sonra nasıl bir yol izlemem gerekir?”** diye sorarak yol, yöntem öğrenmek istemesi, mobilya dekorasyon öğretmenliği yapan birinin C sınıfı belge alarak mesleğe başlaması, yıllardır dershanede biyoloji hocalığı yapan birinin önce C daha sonra yükselme sınavı ile A sınıfı belgeye sahip olması, hayatında hiç çalışmayan ama isteğe bağlı prim ödeyerek A sınıfı belge sahibi olunması gibi durumlarda bu kişilerin iş güvenliği uzmanlığı yaptıkları işyerlerinde risksiz, sağlıklı ve güvenli ortamların nasıl yaratılacağı koca bir soru işaretidir. İş sağlığı ve güvenliği siteleri, forumları bunların sayısız örnekleri ile doludur.

Sınavlar birer ölçüm ve/veya sıralama sistemidir. Belli bir alanda yetenek, bilgi ve beceriyi ölçen sınav sorularının hazırlanması, zorluk derecesinin belirlenmesi de ayrı bir titizlik ve uzmanlık gerektiren bir iştir. Dönemler itibarıyla yapılan sınavlarda iptal edilen sınav sorularının adedi, ardışık dönemlerde sınavların zorluk seviyesinin değişkenliği sınava girenlerin kuruma olan güvenini zedelemektedir. Aynı uzmanlık dalında bir dönem

%80'lere çıkan başarı oranının bir sonraki dönem %15'lere düşmesi sınavın gerçek amacını aşarak uzman sayısını artırmaya yönelik bir sınav yapıldığı düşüncesini akla getirmektedir. Nitekim iş güvenliği uzmanları arasında sınıfa göre belge sayısının hesabı yapılmakta, sınav dönemine göre Bakanlığın zor ya da kolay soru sorma politikası tahmin edilmeye çalışılmakta ve sonucun, piyasayı bozma yönünde bir tehdit oluşturacağı düşünüldüğü noktada soruları zorlaştırma eğiliminin ön plana çıktığı ifade edilmektedir⁵⁸. Buna karşılık, Bakanlığın asla böyle bir yola başvurmamasını, sınavların hem güncel mevzuat hem de saha uygulamaları açısından tüm konuların hakkını verebilen, konusunda profesyonel anlamda yetkin ve donanımlı kişileri seçmeye yönelik hazırlanması gerektiğini savunan, mesleğinin önemine inanan uzmanlar da mevcuttur⁵⁹. Ancak soruların zorluk derecesindeki aşırı dalgalanmalar, her sınav döneminde iptal edilen soruların varlığı, yılda iki kere ile başlayan sınavların yılda dört kereye kadar çıkması adayların sınav sistemine bakış açısını doğal olarak etkilemiştir.

İş güvenliği uzmanlığı büyük oranda tecrübe isteyen bir iştir. 180 saat teorik eğitim ve 40 saatlik uygulamalı eğitimle C sınıfı belge alan ve mesleği ile ilgili bir alanda çalışmamış hiç deneyimi olmayan bir kişinin yükselme sınavları ile belge alması önümüzdeki dönemde daha büyük riskler doğuracaktır. Getirilen düzenleme, iş güvenliği uzmanı niteliklerine sahip ancak iş güvenliği uzmanlığı belgesi olmayan bir kişinin dört ay gibi kısa bir sürede bu alanda 10 yıllık deneyimi olan kişilerle aynı seviyeye gelebilmesini diğer bir deyişle A sınıfı uzmanlık belgesini alabilmesine imkan vermektedir. Bir taraftan mesleki deneyime hiç sahip olunmaması diğer taraftan 40 saatlik uygulamalı eğitimin diğer bir deyişle 5 günlük stajın kimi işyerlerinde naylon staj olarak yaptırılması ciddi sıkıntıların habercisidir. İSG'nin önemine inanan işverenler 5 günlük staj/uygulama ile konunun öğrenilemeyeceğini ifade etmektedirler⁶⁰ ve haklıdır. Yapılan eğitimlerle sayıca istenilen miktarda iş güvenliği uzmanı sağlanabilir ama bu kişilerin saha deneyimleri, riskleri öngörebilmeleri ve iş kazalarının önlenmesine katkıları konusunda ne kadar yeterli olacakları bilinmemektedir. Eğer prim günlerinin esas alınmasına

58 <http://www.isgforum.net/threads/23-%C5%9Fubat-s%C4%B1nav%C4%B1-patlad%C4%B1-m%C4%B1.10741/page-6>

59 <http://www.isgforum.net/threads/21-aralik-2013-sinavinda-a-b-c-sinifi-sinavlarina-ka%C3%A7-ki%C5%9Fi-girecek.9135/page-4>

60 <http://www.isgforum.net/threads/21-aralik-2013-sinavinda-a-b-c-sinifi-sinavlarina-ka%C3%A7-ki%C5%9Fi-girecek.9135/page-4>

yönelik eğilim devam ederse bu konuda en doğru kararın mesleki deneyime ilişkin prim gün hesabı olduğu düşünülmektedir.

Özellikle mesleki deneyimi olmayan sadece prim gün sayısına göre belge alan ve 4 ay gibi kısa bir sürede yükselen iş güvenliği uzmanlarının bir inşaatta, maden ocağında, tersanede, radyoaktif bir ortamda çalışarak riskleri tespit edeceklerini beklemek büyük bir risk almaktır. Çünkü iş güvenliği uzmanlığı büyük oranda deneyim isteyen bir iştir. *Hiç mesleki deneyimi olmayan A, B ve C sınıfı belgeli iş güvenliği uzmanlarının belli bir süre uzman yardımcısı sıfatı ile deneyim kazanarak uzmanlık görevini yapmaları tercih edilmelidir.* Böylece hem deneyim kazanılması süresince ortaya çıkabilecek iş kazası vb tehlikeler önlenmiş olur hem de mevzuata ve saha uygulamalarına hakim yetkin ve donanımlı belge sahibi uzmanların saygınlığı korunmuş olur.

18 Aralık 2014 tarihli Yönetmelik değişikliği ile *sektörel* iş güvenliği uzmanlığının getirilecek olması İSG alanında **olumlu** bir düzenlemedir. Madencilik ve inşaat gibi iş kazalarının yoğun yaşandığı sektörler başta olmak üzere diğer sektörlerde de görev yapacak iş güvenliği uzmanlarının, öncelikli olarak hangi mesleki unvana sahip olmaları gerektiği Bakanlıkça belirlenecektir. Böylece maden işyerlerinde maden mühendisi, yapı işyerlerinde inşaat mühendisi unvanına sahip iş güvenliği uzmanlarının çalıştırılması mümkün olacaktır⁶¹. Bu uygulama ile sektöre özgü mesleki risklerin tespiti ve önlenmesine ilişkin tedbirlerin alınmasında daha gerçekçi ve etkin sonuçların alınacağı düşünülmektedir.

Görüldüğü gibi 2004 yılından bugüne geçen 10 yıllık süreçte, henüz 6331 sayılı Kanunla sağlanmak istenen genel amaçlara uygun bir iş güvenliği uzmanı görevlendirme yükümlülüğü ile ilgili istikrarlı bir sistem oluşturulamamıştır. Ancak yukarıda kronolojik olarak verilen süreç sonunda benzer hataların yapılmasını önleyecek bir tecrübenin ve bilgi birikiminin de sağlanmış olması gerekir. Başlangıçta **“plansızlık, uzağı görememe, alt yapıyı önceden yapamama, ihtiyaç projeksiyonu** çıkaramama ve niyetin ne olduğunun açıkça ortaya konmaması (Ağır, 2013)” şeklinde dile getirilen eleştiri kaynaklarının büyük ölçüde ortadan kalkmış olması gerekir.

61 Bir değerlendirmeye göre de; kişi farklı bir alanda lisans eğitimini tamamlamış ve uzmanlık belgesine sahip olsa bile sonradan Bakanlığın düzenleyeceği sektörel eğitim programlarına katılarak farklı sektörlerde çalışma imkanına sahip olabilecektir. <http://isgyasam.com/sektorel-guvenligi-uzmanliginin-onu-aciliyor> (09.01.2015).

Kaynakça

- Ağır, Adnan (2013) “İş Güvenliği Uzmanlığında Rakamların Dili Yalan Söyemez”, [http://www.osgbrehberi.com/koseyazisi/147/IS_GUVENLIGI_UZMANLIGINDA_RAKAMLARIN_DILI_YALAN_SOYLEMEZ.html]
- Ağır, Adnan (2014) “23 Şubat 2014 İş Güvenliği Uzmanlığı Sınavının Getirdikleri”, [http://www.osgbrehberi.com/koseyazisi/245/23_Subat_2014_Is_Guvenligi_Uzmanligi_Sinavinin_Getirdikleri.html]
- Ağır, Adnan (2013) “Prim Gün Sayısı Yüzünden Mağdur Olanlar Ne Yapacak?”, [http://www.resulkurt.com/?artikel,7235/prim-gun-sayisi-yuzunden-magdur-olanlar-ne-yapacak/adnan-agir]
- Cam, Erdem (2012) “İş Güvenliği Uzmanlığı Eğitimlerindeki Hukuki Dönüşüm (2004-2011),” *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2012/3:125-154.
- Demircioğlu, Murat (2006) *Ulusal ve Uluslararası Hukukta İş Güvenliği Uzmanlığı (İş Güvenliği Mühendisliği/İş Güvenliği Teknisyenliği)* (İstanbul: Beta Yayınları)
- Ekmekçi, Ömer (2005) *4857 sayılı İş Kanunu'na Göre İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda İşyeri Örgütlenmesi* (İstanbul: Legal Yayıncılık).
- Kılıç, Cem (2013) “İş Güvenliği Uzmanı ve İşyeri Hekimi İstihdamı Ertelendi”, [http://www.cnbee.com/yorum-ve-analiz/prof-dr-cem-kilic/is-guvenligi-uzmani-ve-is-yeri-hekimi-istihdami-ertelendi]
- Kılış, İlknur (2014) “İş Sağlığı ve Güvenliği” Aysen Tokol-Yusuf Alper (ed), *Sosyal Politika* (Bursa: Dora Yayıncılık): 239-269.
- Ocak, Saim (2013) “İş Güvenliği Uzmanlığı Yönetmeliği'nde Yapılan Değişikliklerin Değerlendirilmesi,” *İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi*, 10(40): 21-36.
- Süzek, Sarper (2005) *İş Hukuku (Genel Esaslar-Bireysel İş Hukuku)* (İstanbul: Beta Yayınları).
- TİSK Yayını, *İşveren Dergisi*, Cilt:52, Sayı:6, Kasım-Aralık 2014, Ankara.
- Üstadlar Eğitim Danışmanlık, [http://www.ustadlar.com.tr/is-guvenligi-sinav-sorulari.aspx]
- Yorgun, Sayım (2014) “İşyeri Sahipleri Üçünü Birden Yapabilir mi?”, [http://www.haber7.com/yazarlar/doc-dr-sayim-yorgun/1148170-isyeri-sahipleriu-cunu-birden-yapabilir-mi]
- [http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/cgm.portal?page=sss]
- [http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/isggm.portal?page=haber&id=160ekotek]
- [http://www.taraf.com.tr/haber-aptmna-doktor-zorunlu-olmayacak-127890/]
- [http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=c_sinifi_iptal]
- [http://www.isgforum.net/threads/dan%C4%B1C5%9Ftay-10%E2%80%99ninc-2013-919-say%C4%B1-ve-30-5-2013-tarihli-karar%C4%B1.7723/]
- [http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=sinav_hakki_duyurusu]

[[http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=23subat_yukseltme_sinavi_duyurusu,](http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=23subat_yukseltme_sinavi_duyurusu)]

[[http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=24may%C4%B1s2014s%C4%B1navduyurusu\]](http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=24may%C4%B1s2014s%C4%B1navduyurusu)

[[http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=21aralik_sinavi\]](http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=21aralik_sinavi)

[[http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=24Mayis_sinavi_onemli_duyuru\]](http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=24Mayis_sinavi_onemli_duyuru)

[[http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=2014mayisduyuru\]](http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=2014mayisduyuru)

[<http://www.memuruz.net/is-guvenligi-sinavinda-skandal/>]

[[http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=21aralik_itiraz_duyurusu\]](http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=21aralik_itiraz_duyurusu)

[[http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=23.02.2014_sinav_sorularina_itirazlar\]](http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=23.02.2014_sinav_sorularina_itirazlar)

[[http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=13Mayis_itirazdegerlendirme\]](http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=13Mayis_itirazdegerlendirme)

[[http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=21ekimitiraz\]](http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=21ekimitiraz)

[<http://www.isgforum.net/threads/18-a%C4%B1Fustos-2013-s%C4%B1nav%C4%B1-iptal-olan-sorular-05-09-2013-resmi-a%C3%A7%C4%B1klama.8205/>]

[[http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=2temmuzmahkemeyeni\]](http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/isggm.portal?page=duyuru&id=2temmuzmahkemeyeni)

[[http://www.ustadlar.com.tr/is-guvenligi-sinav-sorulari.aspx\]](http://www.ustadlar.com.tr/is-guvenligi-sinav-sorulari.aspx)

[[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5367cbe574e5f1.13175062\]](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5367cbe574e5f1.13175062)

[[http://www.isgforum.net/threads/23-%C5%9Fubat-s%C4%B1nav%C4%B1-patl%C4%B1-m%C4%B1.10741/page-6\]](http://www.isgforum.net/threads/23-%C5%9Fubat-s%C4%B1nav%C4%B1-patl%C4%B1-m%C4%B1.10741/page-6)

[[http://www.isgforum.net/threads/21-aralik-2013-sinavinda-a-b-c-sinif-sinavlarina-ka%C3%A7-ki%C5%9Figirecek.9135/page-4\]](http://www.isgforum.net/threads/21-aralik-2013-sinavinda-a-b-c-sinif-sinavlarina-ka%C3%A7-ki%C5%9Figirecek.9135/page-4)

[[http://www.isgforum.net/threads/21-aralik-2013-sinavinda-a-b-c-sinif-sinavlarina-ka%C3%A7-ki%C5%9Figirecek.9135/page-4\]](http://www.isgforum.net/threads/21-aralik-2013-sinavinda-a-b-c-sinif-sinavlarina-ka%C3%A7-ki%C5%9Figirecek.9135/page-4)

[[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:K955evnt-TsJ:www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%2520Repository/isggm/dosyalar/24Mayis_Sinav_Uygulama_Duyurusu+&cd=2&hl=tr&ct=clnk&gl=tr&client=safari\]](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:K955evnt-TsJ:www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%2520Repository/isggm/dosyalar/24Mayis_Sinav_Uygulama_Duyurusu+&cd=2&hl=tr&ct=clnk&gl=tr&client=safari)

[[http://www.osym2015.com/node/500\]](http://www.osym2015.com/node/500)

[[http://www.memurlar.net/common/news/documents/485586/tara0001_1.pdf\]](http://www.memurlar.net/common/news/documents/485586/tara0001_1.pdf)

[[http://www.memuruyeri.com\]](http://www.memuruyeri.com)

[<http://www.memurlar.net/haber/485586/>]

[<http://isgyasam.com/sektorel-guvenligi-uzmanliginin-onu-aciliyor.>]

Türkiye’de İşsizlerin İş Arama Süresini Belirleyen Faktörler: 2007-2013 Dönemi

Determinants of Unemployed’s Job-Seeking Duration in Turkey: 2007-2013 Time Periods

Atalay ÇAĞLAR*
Handan KUMAŞ**
Tuncay MORALI***

ÖZ

İşsizlik süresi makroekonomik koşullarla doğrudan ilgili olmakla birlikte, bireysel özelliklere bağlı olarak değişebilmektedir. İşsizlik süresini etkileyen faktörler, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Hanehalkı İşgücü Araştırması (HİA) Mikro Veri Seti ile analiz edilebilmektedir. Araştırmada ele alınan 2007-2013 TÜİK HİA Mikro Veri Setlerindeki bilgiler arz yönlü olup veri setleri, iş arama süresinin bireysel özellikler temelinde analiz edilmesine olanak vermektedir. Araştırma, iş arama süresinin kuramsal çerçevesinin çizildiği, konu ile ilgili yazın araştırmasının yapıldığı ve analiz sonuçlarının değerlendirildiği üç temel başlıktan oluşmaktadır. Nitel araştırma yöntemlerinden biri olan Multinomial Lojistik Regresyon ve Çoklu Uyum Analizi yöntemleri araştırmada kullanılmıştır. Araştırmanın sonunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, daha önce çalışma durumu ve aranan mesleğin iş arama sürelerinde etkili olduğu görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: İşsizlik, işsizlik süresi, kısa ve uzun süreli işsizlik

ABSTRACT

In addition to being relevant to macroeconomic factors, Unemployment duration can be changed by personal characteristics one of the main sources to analysis the factors that identify unemployment duration is Turkish Statistical Institute Household Laborforce Survey (LFS) datasets. It is available to analysis the determinants of unemployments’ job seeking duration by means of TURKSTAT Household Labor Force Survey micro data sets. Data sets containing the periods of 2007-2013, have supply information and possible to analysis unemployment duration on the base of personal characteristics. This paper is composed of there fundamental titles; covering to identify theoretical frame of unemployment duration, covering literature search about subject and covering assessment of analysis results. In this paper Multinomial Logistic Regression and Multiple Correspondence Analysis methods are used to examine datasets, just as in the case of extensive literature. According to evidence of this study; age, gender, marital status, education level, previously worked people and type of seeking jobs factors have deep impact on unemployment duration.

Keywords: Unemployment, unemployment duration, short-long term unemployment

* Yrd. Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Ekonometri Bölümü, acaglar@pamukkale.edu.tr

** Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, hkumas@pau.edu.tr

*** Uzman, Denizli TÜİK, tuncaymoralı@tuik.gov.tr

(Çalışma yazarın kendi görüşlerini ifade etmektedir, çalıştığı kurumu temsil etmemektedir.)
(Makale gönderim tarihi: 17.11.2014 / Kabul tarihi: 23.03.2015)

GİRİŞ

İşsizlik süresinin uzaması, işsizlik sorununu daha da karmaşık bir duruma getirmekte ve sorunun çözümünü güçleştirmektedir. İşsizlik süreleri uluslararası kuruluşlar tarafından tanımlanmakta, bilimsel araştırmalarda ise ülke koşullarına göre farklılık gösterebilmektedir. İş arama süresinde makro ekonomik koşullar ve/veya bireysel özellikler belirleyici olabilmektedir. Genellikle kısa, uzun ve çok uzun süreli olarak gruplandırılan işsizlik veya iş arama süresinin Türkiye açısından bireysel özellikler ile bağlantısını ortaya koyan çalışma sayısı oldukça azdır.

Bu noktada çalışmada, Türkiye’de işsizlerin iş arama süresini etkileyen bireysel özelliklerin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın birinci başlığında iş arama sürelerinin kuramsal çerçevesine, ikinci başlıkta yazın taramasına ve üçüncü başlıkta ise analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Analizlerde, TÜİK HİA Mikro Veri Seti’nden yararlanılarak bireyin, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, daha önce çalışıp-çalışmadığı, daha önce çalıştığı sektör ve en son çalıştığı işyerindeki işteki durumu ve hangi meslekte iş aradığı, yarı zamanlı-tam zamanlı ve bağımlı veya bağımsız çalışma tercihlerinin iş arama süresi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu çalışma, söz edilen değişkenler ile iş arama süresini 2007-2013 yılları arasında karşılaştırmalı inceleyen Türkiye’deki ilk çalışma özelliğini taşımaktadır. Çalışmada sonuç olarak, Multinomial Lojistik Regresyon Modeli ve Çoklu Uyum Analizi sonuçlarına göre bireysel özelliklerin iş arama süresi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.

I- İŞSİZLİK SÜRELERİNİN KURAMSAL ÇERÇEVESİ

İşsizlik süresine ilişkin tanımlar evrensel, bölgesel, ulusal kurumlar ve bilimsel araştırmalar tarafından yapılmaktadır, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), OECD, Eurostat ve çeşitli ülkelerin istatistik ofislerine göre işsizlik süresi; ‘kısa, uzun ve çok uzun’ olarak gruplandırılmaktadır. Ancak, uzun süreli işsizlik dışındaki sürelerle ilişkin ortak bir yaklaşım bulunmamakta, hatta süreler ülkelere ve zamana göre değişiklik gösterebilmektedir.

Klasik ve Neo-Klasik İktisat’a göre kısa süreli işsizlik, iktisat yazınında tam istihdama karşılık gelmekte, doğal veya geçici işsizliği ifade etmekte ancak süre belirtilmemektedir. ILO, OECD ve Eurostat tarafından işsizliğin

ne kadar sürmesi durumunda kısa süreli olacağı belirlenmemiştir. Ancak OECD'nin Employment Outlook 2002'de (2002:200) altı aya kadar iş arayanları kısa süreli işsiz olarak tanımladığı da görülmektedir.

ABD İşgücü Birimi'nin (United States Department of Labor, 19.10.2014) 2014 yılındaki ihale çağrısında kısa süreli işsizler, *yirmi yedi haftadan daha kısa süre iş arayanlar* olarak tanımlanmıştır. İsviçre ve Hollanda İstatistik Ofislerine göre ise *bir yıldan daha az süre iş arayanlar* kısa süreli işsizdir (Swiss Statistics, 21.10.2014; Statistics Netherlands, 01.11.2014).

Araştırmalarda da kısa süreli işsizlik farklı sürelerle ele alınmıştır. Örneğin; Anderson'ın (2010:36) ABD'deki işsizliği incelediği araştırmasında, kısa süreli işsizlik *beş haftadan kısa süren işsizlik* olarak tanımlanmıştır. Lechner ve diğerlerinin (2012:3) Avusturya'daki uzun dönem işsizliği inceledikleri çalışmada, *altı aydan kısa süren işsizlik* kısa süreli işsizlik olarak ele alınmıştır. Llaudes'in (2007:2) Philips Eğrisi ve uzun süreli işsizlik ilişkisini incelediği çalışmada, işsizlik süresi *bir yıldan az ise kısa süreli işsizlik*, olarak değerlendirilmiştir. Begum'un (2004:139) kısa ve uzun süreli işsizliğin özelliklerini incelediği çalışmada *altı aydan kısa süren işsizlik, kısa süreli işsizlik* olarak tanımlanmıştır. Luca ve Bruni'nin (1993:72) İtalya'daki ve Jimeno ve Toharia'nın (1994:43) İspanya'daki işsizlik ve işgücü piyasası esnekliğini inceledikleri çalışmada, *on iki aydan daha kısa süren (İtalya) işsizlik ve bir yıldan daha az süre iş arayanlar (İspanya)* kısa süreli işsiz olarak kabul edilmiştir. Yaklaşımlardan görülmektedir ki, kısa süreli işsizliğin tanımı ülkelerin tam istihdam hedefleri, işsizliğin yapısı ve tarihi geçmişine göre değişebilmektedir.

Uluslararası kuruluşlar işgücü piyasasının en temel ve karmaşık sorunlarından biri olan uzun süreli işsizliğin tanımında ortak bir yaklaşım sergilemektedirler. ILO'nun İşgücü Piyasasının Anahtar Göstergeleri'ne göre uzun dönemli işsiz; "*bir yıldan uzun süreli işsiz olan ve iş arayan kişi*"dir (ILO, KILM, 2014). EUROSTAT, OECD İstihdam Veritabanı ve Dünya Bankası Dünya Gelişmişlik Göstergeleri Metaveri'de, ILO'ya benzer biçimde uzun süreli işsizler, *bir yıl ve daha uzun süre işsiz olanlar* biçiminde tanımlanmaktadır (Eurostat 20.10.2014; OECD Employment Database, 20.10.2014; The World Bank, Metadata, 20.10.2014).

ABD’de diğer işsizlik süreleri tanımlarında olduğu gibi uzun süreli işsizlik de farklı biçimde tanımlanmakta ve yirmi yedi hafta ve üzerinde iş arayanlar uzun süreli işsiz olarak değerlendirilmektedir (United States Department of Labor, U.S, Bureau Labor Statistics, 17.10.2014). Diğer yandan, İsviçre (Swis Statistics, 21.10.2014), Avustralya (Australian Bureau of Statistics, 21.10.2014) ve Finlandiya (Statistics Finland, 21.10.2014) İstatistik Ofisleri’ne göre uzun süreli işsizler, *bir yıldan uzun süre iş arayanlar*’dır.

Yukarıda söz edilen Llaudes (2007:2), Begum (2004:139), Luca ve Bruni’nin (1993:58), Jimeno ve Toharia’nın (1994:43) araştırmalarında da on iki ay ve daha fazla süre işsiz kalan veya iş arayanlar uzun süreli işsiz olarak tanımlanmıştır. Kupets (2006:229)’in Ukrayna’daki işsizlik süresinin belirleyenlerini incelediği araştırmasında uzun süreli işsizlik, ILO’nun yaklaşımına uygun biçimde *bir yıldan fazla süre iş arayanları* ifade etmektedir. Dănăcică ve Mazilescu (2014:237)’in Romanya ve Macaristan’da uzun dönemli işsizliği ve erkek işsizlerin işgücü piyasasından çıkış durumlarının incelendiği araştırmada, *altı ay ve daha uzun süre kayıtlı işsiz olanlar* uzun süreli işsiz olarak tanımlanmıştır. Bu noktada, gerek kurumların, gerekse bilimsel araştırmaların tanımlarından yola çıkılarak uzun süreli işsizlik “*bir yıl ve üzerinde işsiz kalma veya iş arama durumu*” biçiminde tanımlanabilir.

Bir diğer işsizlik süresi ise çok uzun süreli işsizliktir. Çok uzun süreli işsizlik kavramı, OECD (OECD Employment Outlook 2014,2014:283) ve Eurostat (E.T.20.10.2014) tarafından kullanılmakta ve *24 aydan daha uzun süre iş arayanlar* çok uzun süreli işsiz olarak ifade edilmektedir. Kurumlara benzer biçimde, Jimeno ve Toharia’nın (1994:45) İspanya’daki araştırmasında, *iki yıl ve üzeri işsiz olanlar* çok uzun süreli işsizler grubunda yer almıştır.

Türkiye’de işsizlik sürelerine ilişkin TÜİK tarafından yapılan farklı bir tanım bulunmamaktadır. TÜİK, işgücü piyasası göstergelerini ILO ve Eurostat’a göre tanımlamaktadır. Dolayısıyla, uzun süreli işsizlik *12 aydan daha uzun süre iş arayanları* ifade etmektedir.

Türkiye’deki araştırmalarda örneğin; Alabaş (2007:122-123), 2003-2007 yılları arasında İŞKUR’a kayıtlı işsizleri (816167 kişi) bekleme süresine

göre gruplandırmış, *bir yıldan daha uzun süre bekleyenleri* uzun süreli işsiz olarak tanımlamıştır. Taşçı ve Özdemir'in (2006:4) uzun süreli işsizliğin belirleyenlerinin incelendiği araştırmasında, OECD tanımına uygun biçimde *bir yıl ve daha uzun süre iş arayanlar* uzun süreli işsiz olarak değerlendirilmiştir. Türkiye'de kadın ve erkekler için işsizlik süresinin belirleyenlerinin araştırıldığı diğer bir çalışmada, ILO'nun tanımını kullanılarak *bir yıl ve üzerinde işsiz olanlar* uzun süreli işsiz olarak analiz edilmiştir (Tansel ve Taşçı: 2004:7). Tunalı'nın (2003:59) Avrupa Komisyonu için hazırlanan raporunda uzun süreli işsizlik, *12 ay ve daha uzun süre işsiz kalma* durumunu ifade etmektedir. Gürsel ve diğerlerinin (2004:158) "Türkiye'de İşgücü Piyasasının Kurumsal Yapısı ve İşsizlik" başlıklı çalışmasına göre, *bir yıl ve daha uzun süre işsiz olanlar* uzun süreli işsizlerdir.

II- İŞSİZLİK SÜRESİNE İLİŞKİN YAZIN

İşsizlik ile ilgili yazında uzun süreli işsizlik daha çok araştırılan ve vurgulanan bir konu olmaktadır. İspanya'da yapılan bir araştırmaya göre (Jimeno ve Toharia, 1994:44-48), kadın olmak işsizlik süresini artıran bir unsurdur (1990 yılında uzun süreli erkek işsizlerin payı %53.6, kadınların ise %64.7'dir). Diğer yandan, uzun süreli işsizlerde eğitimsiz erkek işsizlerin payı %13.4; eğitimsiz kadın işsizlerin payı %6.1 bulunmuştur. Luca ve Bruni (1993:48) İtalya'da yaptıkları çalışmada 1978-1991 dönemini incelemiş ve uzun süreli kadın ve erkek işsizler ve 14-29 yaş grubu ve 30 yaş üzerindeki uzun süreli işsizler arasında frekans dağılımı açısından farklılık gözlenmemiştir.

Romanya ve Macaristan'da yapılan araştırmaya göre (Dănăciă and Mazilescu, 2014:239-241), yaş, eğitim düzeyi, kırsalda oturmak uzun süreli işsizlikte etkili olmakta ve özellikle Macaristan'da işsizlik süresinin uzaması durumunda erkeklerin işe girme olasılığı azalmaktadır. Avrupa Komisyonu (European Commission, 2012:8-13) tarafından yapılan ve AB 27'yi kapsayan çalışmada, yaşlı olanların genç olanlara göre uzun süreli işsizlikten etkilenme olasılıklarının daha yüksek olduğu ancak özellikle kriz dönemlerinde gençler arasında uzun süreli işsizlik riskinin arttığı, son on yıllık dönem içinde kadınların, erkeklere göre uzun süreli işsiz olma olasılığının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Avusturya'da uzun süreli işsizliğin incelendiği araştırmada (Wetzel and Lechner, 2012:2-7), kadınların 0-6 ay işsiz olanların içindeki payı yaklaşık %57; 12 ay ve üzerinde işsizlerin

içindeki payı ise yaklaşık %25 olarak bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre uzun süre ile işsiz kaldığı ancak, 2010 yılında bu durumun tersine döndüğü görülmüştür. Rusya’da yapılan bir araştırmada (Foley, 1997) evli kadınların, evli erkeklere göre ve yüksek eğitilmiş olan kişilerin düşük eğitimlilere göre daha uzun süreli işsiz kaldıkları tespit edilmiştir. Uzun süreli işsizlikte en riskli grup, 30-39 yaş grubu olarak bulunmuştur.

Kupets (2006:237-244) tarafından Ukrayna’da (1998-2002) yapılan araştırmada işsizlik süresi ile bireylerin yaşları, medeni durumları, eğitim durumları, işsizlik maaşları, yerel talep baskıları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca, gündelik işlerde gelir elde edenlerin, etmeyenlere göre uzun süreli işsiz olma riskinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Birleşik Krallık’ta kısa ve uzun dönemli işsizliğin karakteristik yapısının incelendiği analiz sonuçlarına göre uzun süreli işsizler; yaşlı, özürli, düşük nitelikli, bakıma ihtiyacı olan çocuklara sahip ve yalnız ebeveyn olan işsizlerdir (Begum, 2004:139-144).

Türkiye’de işsizlik süresinin belirleyenlerinin araştırıldığı çalışmalar az sayıdadır. Aynı zamanda bu çalışma kapsamındaki tüm değişkenlerle birlikte iş arama süresini analiz eden bir çalışma bulunmamaktadır. Az sayıdaki çalışmalardan biri olan Bulut’un (2011) “İŞKUR’a işsizlik sigortası almak için başvuran ve almaya hak kazanan 471368 kişiye uyguladığı araştırmasında, cinsiyet, medeni durum, eğitim, yaş, il, İŞKUR kurslarına devam etme değişkenlerinin işsizlik süresinde etkili olduğu gözlenmiştir. Çalışmada, erkeklerin kadınlara göre iş bulma sürelerinin daha kısa olduğu; 0 ile 12 ay zaman aralığında evlilerin iş bulma süresinin daha kısa, 12 ay ve 24 ay ve üzeri sürede bekarların iş bulma süresinin evlilere göre daha kısa olduğu görülmüştür. Yüksek lisans ve doktora mezunlarının iş bulma süresi tüm zaman aralıkları için okuryazar olmayanlara, okuryazar ve ilköğretim mezunu olanlara ve ortaöğretim mezunu olanlara göre daha kısa iken, ön lisans ve lisans mezunlarına göre $0 \leq t \leq 6$ ay zaman aralığı dışındaki zaman aralıkları için daha kısa olduğu” sonuçlarına ulaşılmıştır.

Alabaş’ın (2007:123-124) bulgularına göre; bir yıldan fazla süre bekleyen işsizlerin yaklaşık dörtte biri kadın, yarıdan fazlası 25-34 yaş grubunda olan işsizlerdir. Uzun süreli işsizlerin %45’i nitelik gerektirmeyen işlerde, %15’i büro ve müşteri hizmetleri işlerinde çalışmıştır. Sayısal anlamda

bir yıldan daha uzun süre iş bekleyenlerin en fazla olduğu eğitim düzeyi, ilköğretim, lise ve dengi okul düzeyidir. Diğer yandan, ön lisans ve lisans mezunu olanların %45'i bir yıldan fazla süredir iş beklemektedir.

Taşçı ve Özdemir'in (2006) HİA verilerini kullanarak yaptıkları araştırmada cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, ikamet edilen yer, bölge, hanehalkı üyeliğindeki durum ve nitelikler uzun süreli işsizlikte önemli etkilere sahip faktörler olarak tespit edilmiştir. Özellikle kadın olmak, üniversite düzeyinden daha alt düzeylerde eğitime sahip olmak, yaşlı ve hiç çalışmamış olmak, kırsal bölgelerde yaşıyor olmak uzun dönemli işsizlik riskini artırmaktadır. Ayrıca, bekar olmak, Ege ve Marmara bölgelerinde yaşamak uzun süreli işsiz olma olasılığını artırmaktadır. Tansel ve Taşçı'nın (2004) HİA veri setini kullanarak yaptıkları araştırmada da Taşçı ve Özdemir'i destekleyen bulgulara ulaşılmıştır: Kadınlarda erkeklere göre iş arama süresinin daha uzun olduğu gözlenmiştir. Erkekler ve kadınlar için elde edilen sonuçlarda 10 aydan itibaren olasılıklı risk (hazard) oranı azalmakta, 70 aya kadar düşüş gözlenmektedir. Sonuçlar evli olan erkeklerin uzun süreli işsiz kalma olasılıklarının, evli olan kadınlara göre düşük olduğunu göstermektedir. İlk kez iş arayanlarda risk oranı, ilk kez iş aramayanlara göre düşüktür. Ayrıca yaş uzun süreli işsizlik riskini artırırken, eğitim uzun süreli işsizlik riskini azaltmaktadır.

III- ARAŞTIRMANIN İÇERİĞİ VE KAPSAMI

A- Yöntem

Çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmış ve işsizlerin¹ iş arama süresini etkileyen bireysel özellikler ve etkileri ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Analizlerin başlangıcında, frekans analizi ve çapraz tablolarla 2007-2013 döneminde seçilen değişkenler ile mevcut durum incelenmiştir. Daha sonra Multinomial Lojistik Regresyon Modeli ile iş arama süresini etkileyen faktörler ortaya konulmuştur. Son olarak, Çoklu

1 TÜİK Hanehalkı İşgücü İstatistiklerine göre 2014 Şubat ayından itibaren; “Referans dönemi içinde istihdam halinde olmayan (kâr karşılığı, yevmiyeli, ücretli ya da ücretsiz olarak hiç bir işte çalışmamış ve böyle bir iş ile bağlantısı da olmayan) kişilerden iş aramak için son 4 hafta içinde iş arama kanallarından en az birini kullanmış ve 2 hafta içinde işbaşı yapabilecek durumda olan 15 ve daha yukarı yaştaki fertler işsiz nüfusa dahildirler. Ancak bu çalışmada 2013 yılına kadar olan dönem incelendiği için tanımda son 4 hafta yerine son 3 ay kullanılmıştır.”

Uyum Analizi ile seçilen değişkenler açısından iş arama sürelerinde bir türdeşlik/yoğunlaşma olup-olmadığı incelenmiştir.

1- Sıralı ve Multinomial Lojistik Regresyon Modeli

Olaylar arasındaki neden-sonuç ilişkisini inceleyen pek çok istatistiksel yöntem bulunmaktadır. Olayların nedenleri ve sonuçlarının incelendiği modellerdeki bağımsız ve bağımlı değişken(ler)in yapısı ile sayısı, kullanılacak yöntemi belirlemede önemlidir. Bu yöntemlerden olan basit ve çoklu doğrusal regresyon analizinde, bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki matematiksel ilişki incelenirken sağlanması gereken pek çok varsayım vardır. *Klasik doğrusal regresyon analizlerinde bağımlı değişken sürekli iken, lojistik regresyon analizinde bağımlı değişken kategoriktir. Bunun yanında, bağımsız değişkenler kategorik, sürekli ya da bunların karması olabilir* (Çiftçi ve Çağlar, 2002:161; Peng ve diğerleri, 2002:4).

Lojistik Regresyon Analizi'nde, doğrusal regresyon modellerindeki temel varsayımların karşılanması gerekmez. Lojistik Regresyon Analizi'nde amaç, kategorik bağımlı değişkenin değerini tahmin etmek olduğundan, aslında yapılmaya çalışılan iki ya da daha fazla gruba ilişkin "üyelik" tahminidir. Bu noktada, analizin amaçlarından birinin sınıflandırma, diğerinin ise bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri araştırmak olduğu ifade edilebilir (Çokluk, vd., 2012:49-50).

Lojistik Regresyon Modelleri bağımlı değişkenin yapısına göre üçe ayrılmaktadır: Bağımlı değişkenin iki kategorili olması (başarılı-başarısız gibi) durumunda İkili (Binary) Lojistik Regresyon Modeli kullanılır (Şenel ve Alatl, 2014:36). *Bağımlı değişkenin ikiden fazla kategorik değerler alması (işsiz-istihdam-işgücüne dahil değil gibi) durumunda Multinomial (MLRM), ikiden fazla kategorik yapı sıralı (ilkokul-ortaokul-lise-üniversite gibi) ise Sıralı (Ordinal) Lojistik Regresyon Modeli (SLRM) kullanılır* (Alpar, 2013:638).

Bağımlı değişken çok kategorili ve sıralı olduğunda kullanılan SLRM'nde, bağımlı değişkenin J kategorisinden bir tanesi referans olarak alınarak (J-1) model tanımlanır. Ancak burada (J-1) modelin paralel olma varsayımı mevcuttur (Şentürk, 2011:49). Bu varsayıma göre regresyon katsayıları, bağımlı değişkenin tüm kategorilerinde aynıdır. SLRM'nde

paralellik varsayımı sağlanmadığında, model geçerliliğini yitirmektedir. Bu durumda, İkili Lojistik Regresyon Modeli, MLRM (Akın ve Şentürk, 2012:185; Sümbüloğlu ve Akdağ, 2007:65) ya da Genelleştirilmiş SLRM uygulanabilir (Tardanic, 2014:21; Williams, 2014:5; Barak, 2005:26).

MLRM, bağımlı değişkenin ikiden çok kategorili olduğunda kullanılmaktadır. Bu noktada, kategoriler arasında bir sıralama ya da üstünlükten bahsedilmez. MLRM'nde bağımlı değişkenin J kategorisi olduğunda, bir tanesi referans olarak alınır ve (J-1) model kurulur. Örneğin, bağımlı değişkenin (Y) üç kategorisi olduğunda, diğer bir deyişle Y; 0, 1 ve 2 olarak kodlandığında iki lojistik model kurulur. Bu modeller Y=0 kategorisi referans alındığında, Y=1'e karşı Y=0 ve Y=2'ye karşı Y=0 şeklindedir. Modelde p tane bağımsız değişken var ise bu karşılaştırmaya olanak sağlayan fonksiyonlar:

$$g_1(x) = \ln \left[\frac{P(Y = 1|x)}{P(Y = 0|x)} \right] = \beta_{10} + \beta_{11}x_1 + \dots + \beta_{1p}x_p \quad (1)$$

$$g_2(x) = \ln \left[\frac{P(Y = 2|x)}{P(Y = 0|x)} \right] = \beta_{20} + \beta_{21}x_1 + \dots + \beta_{2p}x_p \quad (2)$$

olarak yazılabilir. Bağımlı değişkenin her bir kategorisinin koşullu olasılığı,

$$P(Y = j|x) = \frac{e^{g_j(x)}}{\sum e^{g_k(x)}} \quad (3)$$

eşitliği ile hesaplanır (Bayram, 2004:67-68). Ortak değişkenlerin $x = a$ değerine karşı $x = b$ değerleri için bağımlı değişkenin $Y=j$ kategorisinin referans kategori $Y=0$ 'a göre odds (bahis) oranı,

$$ODDS = \frac{P(Y = j|x = a)/P(Y = 0|x = a)}{P(Y = j|x = b)/P(Y = 0|x = b)} \quad (4)$$

olarak bulunur (Alpar, 2013:704).

Odds oranı 1'den küçük iken incelenen grubun riski referans gruba göre daha düşük, 1'den büyük iken incelenen grubun riski referans gruba göre daha yüksektir. Odds oranı 1 iken, her iki grubun riski aynıdır.

Modeldeki değişkenlerin önemliliklerinin değerlendirilmesi Wald ya da Score istatistikleri ile yapılırken, modelin geçerliliği (bağımsız

değişkenlerin bağımlı değişken üzerinde etkili olup olmadığı) olabilirlik oran testi; uyum iyiliği Pearson ve Sapma değerleri, Pseudo R² ve modelin doğru sınıflandırma yüzdesi ile değerlendirilir (Bayram, 2004:70).

2- Çoklu Uyum (Homojenite) Analizi

Analizlerde kullanılan diğer bir yöntem olan Uyum Analizi ile iki ya da daha çok boyutlu (değişkenli) çapraz tablolarda her bir değişkenin kategorileri arasındaki ilişkiler grafiksel olarak incelenerek yorumlanır (Alpar, 2013:365). Uyum analizi, değişkenlerin alabileceği değerlere karşılık gelen olasılık dağılımlarına ait bir varsayımın olmaması ve nitel verilere uygulanabilir olması nedenleriyle anket yöntemiyle elde edilen nitel verilerin analizinde sıklıkla kullanılan bir analiz tekniğidir (Abar ve Karaaslan, 2013:327). Uyum Analizi'nin en basit hali olan Basit Uyum Analizi iki yönlü çapraz tabloların incelenmesinde kullanılırken, değişken sayısının sınırlandırılmadığı, değişkenlerin bir matris olarak kodlanıp çok yönlü çapraz tablolarda uygulandığı hali ise Çoklu Uyum Analizi ya da Homojenlik Analizi olarak adlandırılmaktadır (Suner ve Çelikoğlu, 2010:45).

Çoklu Uyum Analizi, sürekli değişkenler yerine kategorik değişkenler kullanılarak, n adet bireyin p adet özelliğinden elde edilen verilere uygulanan temel bileşenler analizi olarak değerlendirilebilir (Keskin, 2001:92).

a- Veri Seti Yapısı ve Değişken Yapısı

Çalışma 2007-2013 dönemi TÜİK HİA veri seti kullanılarak yapılmıştır. HİA'nın amacı; “Ülkedeki işgücünün yapısını ortaya koymak, istihdam edilenlerin; iktisadi faaliyet, meslek (ya da tuttuğu iş), işteki durum ve çalışma süresi, işsizlerin ise; iş arama süresi ve aradıkları meslek (ya da iş) ve benzer özellikleri hakkında bilgi derlemektir.” (TÜİK, 13.11.2014).

HİA'nde bazı yıllarda veri setindeki sorularda ya da kullanıcıya sunulan veride farklılıklar bulunmaktadır. Araştırmada tüm yıllarda aynı faktörlerin seyri izlenmek istendiğinden, çalışma mümkün olduğunca incelenen dönemde kullanıcıya sunulan ve işsizler için ortak olan değişkenler üzerinden yürütülmüştür. Veriler SPSS 21 Paket Programı ile analiz edilirken, SLRM, MLRM ve Çoklu Uyum Analizi yöntemleri kullanılmıştır.

Çalışmada iş arama süresine etki eden faktörler incelenirken, bağımlı değişken olarak alınan iş arama süresi; 1-5 ay (kısa), 6-11 ay (orta), 12-23 ay (uzun) ve 24 ay ve daha uzun süre (çok uzun) olmak üzere dört kategoriye ayrılmıştır. 2007-2013 dönemi TÜİK HİA Mikro Veri Seti'nde yer alan *cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, iş aranan meslek ve daha önce çalışma durumu* değişkenleri ise iş arama süresine etkisi incelenmek istenen bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişken olarak alınan değişkenlerin kategorilerine ilişkin bilgiler EK 1'deki Tablo 4'de verilmiştir. Tüm yıllara ilişkin veri setlerindeki değişkenlerin kategorileri 2013 HİA Veri Seti'ne göre isimlendirilmiştir.

b- Sınırlılıklar ve Hipotezler

Çalışmada kullanılan iş arama süresi, işsizlere sorulan “Kaç aydır iş arıyorsunuz?” sorusunun cevabıdır. Bu yanıtın, işsizlerin referans hafta itibarıyla iş aramaya devam ettikleri, işsizliklerinin sonlanmadığı anlaşılmalıdır.

İş bulmuş ve çalışmayı bekleyenler TÜİK HİA Mikro Veri Seti'nde işsiz grubunda değerlendirilmektedir. Ancak, söz konusu grubun iş arama sürelerine ilişkin bilgiler veri setinde bulunmadığı için analizlerden çıkartılmıştır.

Çalışmadaki analizler veri setinde uygun olan değişkenler ile yapılabilmektedir. İşsizler için 2007-2013 döneminde ortak olan hemen hemen tüm değişkenler modelde kullanılmıştır. 2007-2013 döneminde HİA Veri Seti'nde bazı sorularda değişiklikler olmuştur. Örneğin 2008 yılına kadar “Ne tür bir iş arıyorsunuz?” sorusu ile sağlanan bilgi, 2009 yılından itibaren iki farklı soru ile incelenmeye çalışılmıştır. Buradaki farklılıklar nedeniyle işsizlerin “tam zamanlı ya da yarı zamanlı” çalışma veya “kendi işini kurmak ya da ücretli işte çalışma” tercihleri modele alınamamıştır. İncelenen dönemdeki tüm veri setlerinde bulunan “hangi iş ya da meslekte iş arıyorsunuz?” sorusunun yanıtı 2011 yılına kadar ISCO 88 sınıflaması; 2012 yılından itibaren ise ISCO 08 sınıflaması referans alınarak oluşturulmuştur. Buna rağmen bu soru modele bir değişken olarak alınmıştır. Bu noktada sonuçların, yukarıda söz edilen sınırlılıklar ve farklılıklar dikkate alınarak yorumlanması doğru olacaktır.

Mevcut veri setindeki, işsizlik/iş arama süresi ile ilgili yazındaki değişkenler ve çalışmada analiz edilmek istenen değişkenler ele alındığında aşağıdaki hipotezler oluşturulmuş ve hipotezler test edilmiştir:

H₁: İş arama süresi ve cinsiyet arasında ilişki vardır.

H₂: İş arama süresi ve yaş arasında ilişki vardır.

H₃: İş arama süresi ve eğitim düzeyi arasında ilişki vardır.

H₄: İş arama süresi ve medeni durum arasında ilişki vardır.

H₅: İş arama süresi ya da aranan iş ya da meslek arasında ilişki vardır.

H₆: İş arama süresi ve daha önce çalışma durumu arasında ilişki vardır.

c- Analiz

Bağımlı değişken olan iş arama süresi dört kategorili ve sıralı yapıda olduğundan iş arama süresini etkilediği düşünülen ve tüm işsizlerden aynı anda alınan bağımsız değişkenler yardımıyla önce SLRM uygulanmıştır. Ancak, incelenen tüm dönemlerde oluşturulan modeller, SLRM'nin temel varsayımı olan paralellik testini geçememiştir. Örneklem çok büyük olması, bağımsız değişkenlerin çok sayıda olması ya da modelde sürekli açıklayıcı değişkenin bulunması paralellik varsayımını inceleyen testi etkileyebilmektedir. Çalışmada incelenen her yıl için örneklem büyük olduğu düşünülürse, benzer çalışmadakiler gibi paralellik varsayımının sağlanamamasının nedeni anlaşılabilir (ReStore, 2014:4).

Paralellik varsayımının sağlanamaması durumunda, yöntem başlığında söz edilen yazında önerilen yollardan biri olan ve bağımlı değişkendeki sıralı yapıyı göz ardı bırakan MLRM ile tahminler yapılmıştır. Ayrıca, işsizlerin incelenen değişkenler açısından bir yoğunlaşmaya sahip olup olmadığı ve iki boyutlu uzayda özelliklerini görebilmek için Çoklu Uyum Analizi uygulanmıştır.

B- Analiz Sonuçları

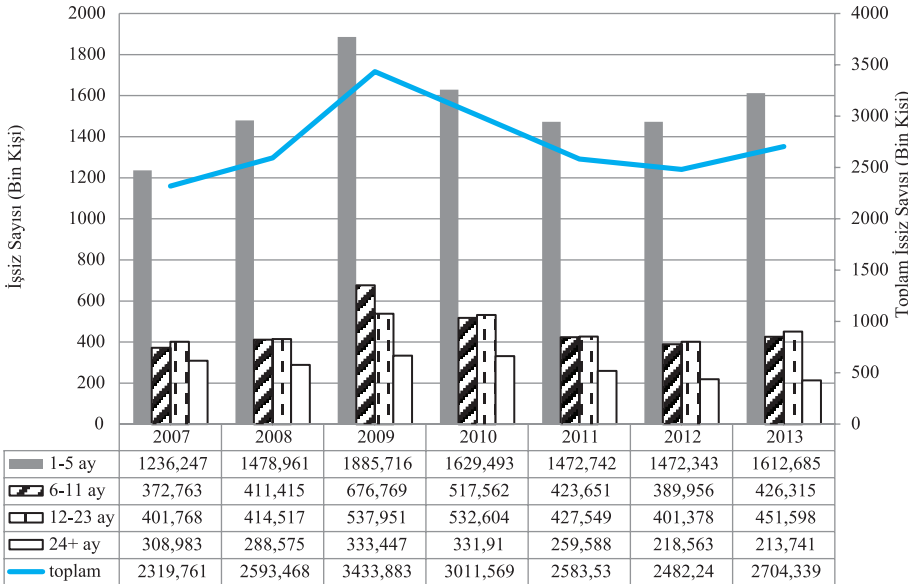
1- İşsizlerin Demografik Özellikleri ve İşgücü Piyasasındaki Deneyimlerine Göre Frekans Dağılımları

Bubölümde, işsizlerin iş arama süresi değişkenine bağlı olarak yaş, cinsiyet, medeni durumları, eğitim düzeyi, daha önce çalışıp-çalışmadıkları: Daha önce çalışanların çalıştıkları sektör ve en son çalıştıkları işyerindeki işteki durumları, hangi meslekte iş aradıkları, bağımlı veya bağımsız çalışma

tercihleri, yarı zamanlı mı, yoksa tam zamanlı mı iş aradıkları ve iş arama kanallarını gösteren frekans dağılımları verilmiştir.

TÜİK 2007-2013 HİA Mikro Veri Setleri'ne göre Türkiye işgücü piyasasında 2007-2013 döneminde, işsizlerin en fazla yoğunlaştığı iş arama süresi 1-5 aydır. 2007-2008 küresel finans krizinin etkilerinin görüldüğü 2009 yılında, tüm iş arama sürelerinde bir artış yaşanmıştır. Dolayısıyla krizin etkisi ile önceki yıllara göre iş arama süresinin uzadığı gözlemlenebilmektedir. Krizin etkilerinin azalmaya başladığı 2010-2012 döneminde tüm iş arama sürelerinde iş arayanların sayısında azalış yaşanmıştır. Ancak 2013 yılında, 24 ay ve daha uzun süre iş arayanların sayısındaki azalış devam ederken, 1-5 ay; 6-11 ay ve 12-23 ay iş arayanların sayısında artış gözlenmiştir. Yıl bazında ortalama iş arama süresi 2007-2013 döneminde azalış sergilemiştir: 2007 yılında ortalama iş arama süresi 9.44 ay; 2013 yılında ise 7.19 aydır (Grafik 1).

Grafik 1. 2007-2013 Dönemi İş Arama Süresine Göre İşsizlerin Sayısı *



*Yıllara göre iş arama sürelerinin ortalaması (standart sapma): 2007 yılı 9.44 (12.178) ; 2008 yılı 8.50 (11.658); 2009 yılı 8.20 (10.347); 2010 yılı 8.47 (10.257); 2011 yılı 7.85 (9.727); 2012 yılı 7.41 (9.263); 2013 yılı 7.19 (9.031).

Mikro veri setine göre 2007-2013 dönemindeki her yıl için işsizlerin en az üçte ikisi, 15-35 yaş grubunda yer almaktadır (söz konusu oran 2007 yılı yaklaşık %70; 2013 yılı için ise %65’tir). Aynı dönemde, her yaş grubu işsizler için en yoğun olan iş arama süresinin 1-5 ay olduğu tespit edilmiştir. 6-11 ay iş arayanların sayısında 2013 yılında da dikkat çekici artışlar yaşanmış ve artışlar 60-64 yaş grubunda %94; 55-59 yaş grubunda %55 ve 35-39 yaş grubunda %40 ile yoğunlaşmıştır. 12-23 ay iş arayanlarda en yüksek artışlar 2009 ve 2013 yıllarında, 60-64 ve 55-59 yaş grubunda tespit edilmiştir (sırasıyla %76 ve %71, %56 ve %62). 50-64 yaş arası nüfusun işgücü piyasasına girmeye çalışması, kriz ve gelir yetersizlikleri nedeniyle “ek işgücü etkisi” yarattıklarına dair bir gösterge olabilir. En yüksek azalış ise 2011 yılında %35 ile 15-24 yaş grubunda ve 2012 yılında %32 ile 60-64 yaş grubunda gerçekleşmiştir.

2013 yılında 1-5 aydır iş arayanların %34.2’si; 6-11 ay iş arayanların %30.1’i; 12-23 ay iş arayanların %28’i ve 24 ay ve daha uzun süre iş arayanların %16.8’i 15-24 yaş grubundadır. Verilere göre, ilk kez piyasaya giren genç işsiz sayısı artış eğilimi göstermektedir.

İş arama süresi ve cinsiyet faktörü birlikte incelendiğinde, 2009 yılında tüm işsizlik sürelerindeki işsiz sayısının arttığı, 2011 yılında azaldığı görülmüştür. Diğer yandan, 2010 yılında 12 aydan daha uzun süreli erkek işsiz sayısı azalırken, kadınların sayısı artmıştır. Bir yıldan daha az süre ile iş arayan kadın sayısı 2012 yılında artarken, erkek sayısı azalmıştır (her iki cinsiyet içinde 12 aydan daha uzun süreli iş arayan sayısı azalmıştır). 2013 yılında tüm işsizlik sürelerinde kadın işsizlerin sayısı artmış, erkek işsizlerin sayısı 24 ay ve daha uzun süre iş arayanlar için azalmıştır.

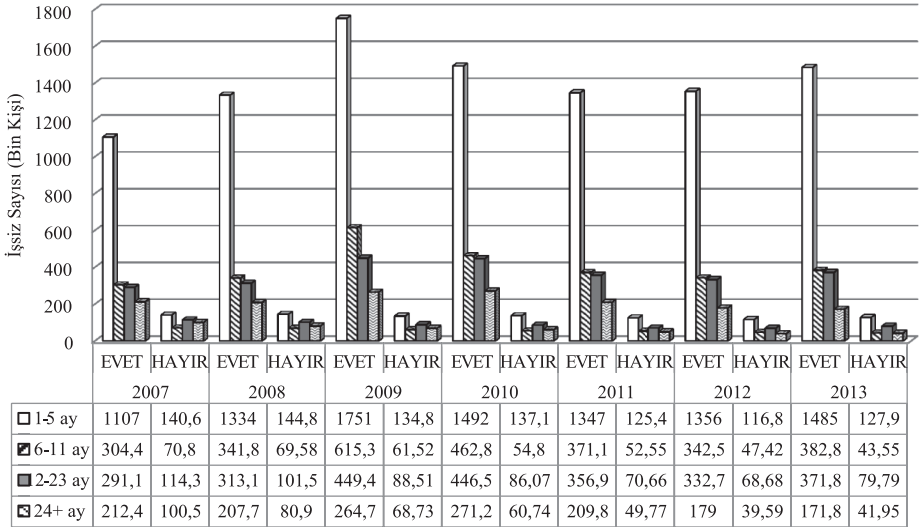
2009 yılındaki tüm medeni durum gruplarında ve işsizlik sürelerindeki işsiz sayısının artışından, 2007-2008 finansal krizinin etkilerini görmek mümkündür. Bu yıldaki en yüksek artış, %111 ile 6-11 ay, %101 ile 12-23 ay ve %108 ile 24 ay ve daha uzun süre iş arayan eşi ölmüş işsizlerde yaşanmıştır. 2013 yılında ise 6-11 ay süre ile iş arayan evlilerin sayısı %25, eşi ölmüş ve boşanmış işsizlerin sayısı %20 artmıştır.

Eğitim düzeyi ve iş arama süreleri dağılımı, 2009 yılında tüm eğitim düzeylerinde ve tüm iş arama sürelerinde artış gözlenmiştir. 2009 yılında tüm iş arama sürelerinde en yüksek artış bir okul bitirmeyen işsizlerin

sayısında olmuş ve bu sayılar: 1-5 ay iş arayanların içinde %91, 6-11 ay iş arayanların içinde %183, 12-23 ay iş arayanların içinde %80 ve 24 ve daha uzun iş arayanların içinde %61 olarak gerçekleşmiştir. 2013 yılında ise yüksekökol-fakülte ve üzeri mezunlar ile ilkökul mezunlarında tüm iş arama sürelerinde artış olarak gerçekleşmiştir.

Grafik 2'ye göre; 2007-2013 döneminde iş arama sürelerine göre daha önce çalışan işsiz sayısındaki değişim özellikle 2009 yılında farklılık göstermiştir. Tüm işsizlik süresinde daha önce çalışan işsizlerin sayısı artarken (1-5 ay %31; 6-11 ay %80; 12-23 ay %44; 24 ay ve daha uzun süre %27), ilk kez işgücü piyasasına giren işsizlerin sayısı azalmıştır. (1-5 ay %7; 6-11 ay %12; 12-23 ay %13; 24 ay ve daha uzun süre %15). Verilere göre daha önce çalışan işsizlerin tüm arama sürelerindeki sayılarının artışı ek işgücü etkisi; ilk kez piyasaya giren işsizlerin tüm iş arama sürelerindeki sayısal azalışı ümidi kırılmış işgücü etkisi ile açıklanabilir.

Grafik 2. Daha Önce Çalışan İşsizlerin İş Arama Sürelerine Göre Dağılımı



Araştırmada, HİA'nde işsiz olarak tanımlanan ancak daha önce iş deneyimi olan işsizlerin çalıştıkları sektör ve iş arama süresinin dağılımı incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, 2009 yılında 6-11 ay süre ile iş arayan grubunda yer alıp, daha önce hizmet sektöründe çalışan

işsiz sayısı %60, daha önce inşaat sektöründe çalışan işsiz sayısı %83, daha önce sanayi sektöründe çalışan işsiz sayısı %112, daha önce tarım sektöründe çalışan işsiz sayısı %72 artmıştır. Aynı yıl için 12-23 ay süre ile iş arayan ve daha önce inşaat ve sanayi sektörlerinde çalışan işsiz sayısı %58, daha önce tarım sektöründe çalışan işsiz sayısı %49 artış göstermiştir. 2013 yılında ise daha önce tarım sektöründe çalışıp, 12-23 ay iş arayan işsizlerin sayısının %57 ve 24 ay ve daha uzun süre iş arayanların sayısının %39 olması dikkat çekicidir. Tüm veriler tarım sektörünün, kriz döneminde işsizliği azaltan, ancak krizin etkisi geçtikten sonra işsizliği artırıcı etkisini gösterir niteliktedir.

İş arama süresi ve daha önce çalışan işsizlerin en son çalıştığı işteki durumu incelendiğinde; 1-5 ay iş arayanlarda en yüksek artışın %56 ile 2008 yılında ve en yüksek azalışın %27 ile 2010 yılında daha önce işveren olan işsizlerde yaşandığı görülmüştür. 6-11 ay iş arayanlarda en yüksek artış 2009 yılında %115 ile en son işinde ücretsiz aile işçisi olan %82 ile en son işinde ücretli-maaşlı veya yevmiyeli olan işsizlerde; en yüksek azalış 2012 yılında %48 ile daha önce işveren olan işsizlerdedir. 12-23 ay iş arayanlarda en yüksek artışlar 2009 yılında %40 ile en son işinde ücretli-maaşlı veya yevmiyeli çalışan, %39 ile 2009 ve 2013 yıllarında en son işinde ücretsiz aile işçisi olarak çalışan işsizlerdedir. Aynı dönem için en yüksek oranda azalış %41 ile en son işinde işveren olan işsizlerin sayısında olmuştur. 2007 yılından sonraki yıllarda, 24 ay ve daha uzun süre iş arayan ve en son işinde kendi hesabına çalışan işsizlerin ve 2010 yılından sonra en son işinde işveren olan işsizlerin sayısı azalmıştır.

İş arama süresi ve işsizlerin aradığı iş veya meslek (ISCO-08) ilişkisi analiz edildiğinde, 2008 yılında yönetici olarak 1-5 ay iş arayanların sayısının %57 arttığı; nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünlerinde 1-5 ay iş arayanların sayısının %47 azaldığı görülmüştür. 2009 yılında ise nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünlerinde 1-5 ay iş arayanların sayısı %64 artmıştır. Kendi hesabına ve ücretli olarak çalışabileceği bir iş aradığını beyan eden işsizlerin, tüm iş arama sürelerindeki sayıları 2009-2012 döneminde azalmıştır. 2013 yılında ise 24 ay ve daha uzun iş arama süresi dışındaki tüm sürelerde artmıştır.

Çalışmada iş arama süresi ile ilişkisi araştırılan faktörlerden bir diğeri, işsizlerin iş tercihidir (kendi işini kurmak istemesi veya ücretli olarak

çalışabileceği bir iş araması). Söz konusu ilişki veri setinin yapısı gereği 2009 yılından itibaren (daha önceki yıllarda soru birleştirilmiş sorudur) incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre 1-5 ay iş arayanların içinde en yüksek artış 2013 yılında %10 ile ücretli iş arayanlarda, en yüksek azalış ise 2010 yılında %14 ile hem kendi işini kurmak isteyenler, hem de ücretli çalışmak isteyenlerde olmuştur.

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de işsizlik sorununu çözmek için esnek işgücü piyasası uygulamalarına geçilmiştir (Ulusal İstihdam Stratejisi (R.G. 29015; 30 Mayıs 2014). Çalışmada iş arama süresi ve çalışma süresi arasındaki ilişki veri setinin yapısı gereği 2009 yılından itibaren (daha önceki yıllarda soru yapısının farklı olmasından dolayı) incelenmiştir. 1-5 ay iş arayanların içinde en yüksek artış 2012 yılında %41 ve en yüksek azalış 2010 yılında %44 ile *tam zamanlı, yarı zamanlı fark etmez* yanıtını verenlerde görülmüştür. Diğer yandan, 2009-2013 yılları arasında 1-5 ay iş arayanların içinde *tam zamanlı bulamazsam, yarı zamanlı çalışırım* yanıtını veren işsizlerin sayısı tüm yıllarda giderek azalmıştır. 6-11 ay iş arayanlarda en yüksek azalış 2010 yılında %61, en yüksek artış 2011 yılında %28 ile *tam zamanlı, yarı zamanlı fark etmez* yanıtını verenlerde olmuştur. 2009-2013 döneminde *tam zamanlı bir iş bulamazsam, yarı zamanlı işte çalışırım* yanıtını veren ve 12 aydan daha kısa süreli iş arayan işsizlerin sayısı azalırken, 2010-2013 döneminde ise *tam zamanlı, yarı zamanlı fark etmez* yanıtını veren ve 24 aydan daha kısa süre iş arayanların sayısı artmıştır. Yıllara göre değişimlerin oranlarından görüldüğü üzere, işsizler için öncelikli olan bir işe girmektir.

İş arama kanalları ve iş arama süresi arasındaki ilişki yıllar içinde ciddi bir değişim göstermediği için 2007 ve 2013 yılları bazında incelenmiştir. 1-5 ay işsiz olanlar içinde iş bulmak için eşe, dosta ricada bulunan işsizlerin oranı 2007 yılında %94.5, 2013 yılında ise %92.4’dür. 1-5 aydır iş arayanların içinde, İŞKUR aracılığı ile iş arayanların oranı 2007 yılı için %8.2; 2013 yılında ise %8.4’dür. 1-5 aydır işsiz olanların içinde özel istihdam ofisi aracılığı ile iş arayanların oranı 2007 yılında %8.4; 2013 yılında %9.4’dür. 6-11 ay iş arayanların içinde iş bulmak için eşe, dosta ricada bulunan işsizlerin oranı 2007 yılında %94.5; 2013 yılında %93.4’tür. İŞKUR için söz konusu oran sırasıyla %12.1 ve %29.8’dir. Özel istihdam ofisleri için ise söz konusu oran her iki yılda da yaklaşık %12’dir. 12-23 ay iş arayanların içinde iş bulmak için eşe, dosta ricada

bulunan işsizlerin oranı 2007 yılında %94.5; 2013 yılında %91.8'dir. 12-23 aydır işsiz olanların içinde İŞKUR aracılığı ile iş arayanların oranı 2007 yılında %12.2 iken; 2013 yılında %27.2'ye çıkmıştır. 12-23 aydır iş arayanların içinde ise özel istihdam ofisi aracılığı ile iş arayanların oranı sırasıyla %8.7 ve %11.6'dır. 24 ay ve daha uzun süre iş arayanların içinde iş bulmak için eşe, dosta ricada bulunan işsizlerin oranı 2007 yılında %93.3; 2013 yılında %91.3'dür. Çok uzun süreli işsizler içinde İŞKUR aracılığı ile iş arayanların oranı 2007 yılında %16.5 iken, 2013 yılında artışla %32.9'a olmuştur. Özel istihdam ofisleri için bu oran %10.1 (2007 yılında), %13.2 (2013 yılında) biçimindedir. Bu noktada, özel istihdam ofislerinin işgücü piyasasının düzenlenmesindeki ve Ulusal İstihdam Stratejisindeki rollerinin tartışmaya açık duruma geldiği görülebilmektedir.

2- Multinomial Lojistik Regresyon Modeli Sonuçları

MLRM'nin yapısı gereği bağımlı ve bağımsız değişkenlerdeki kategorilerden birer tanesi referans grup olarak alınmıştır. Her değişken için kullanılan referans gruplar EK 1'de verilen tablolarda belirtilmiştir. Analizlerin sayısının fazla olması nedeniyle β , Wald istatistikleri ve p değerleri tablolarda verilememiştir. Ancak, tüm modellerde değişkenlerin tüm kategorileri anlamlı çıkmıştır. Yukarıda verilen tüm hipotezler kabul edilmiştir (p değeri < 0.000): İş arama süresi ile incelenen değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. MLRM ile elde edilen tüm modellere ilişkin odds oranları EK 1'de verilmiştir. *(Bu modellerin ayrıntılı sonuçlarına <http://acaglar.pamukkale.edu.tr> adresinden ulaşılabilir.)*

a- İş Arama Süresi ve Cinsiyet Değişkenleri Arasındaki İlişki

Çalışmada kısa süreli iş arama (1-5 ay) ile diğer iş arama süreleri karşılaştırıldığında, kadınlar erkeklere göre tüm iş arama sürelerinde daha dezavantajlı bulunmuştur. 2007 yılında kadınların 6-11 ay süre ile iş arama olasılığı erkeklere göre 1.15 kat iken, 2008 yılında söz konusu her iki grup için risk 1.004 kat ile benzer olmuştur. Diğer yandan, 2009 yılından sonra kadınların 6-11 ay süre ile iş arama olasılığı erkeklere göre giderek artmış; 2013 yılında 1.184 kat olmuştur.

1-5 ay iş arama süresi, 12-23 ay iş arama süresi ile karşılaştırıldığında, 2007 yılında kadınların 12-23 ay süre ile iş arama olasılığı erkeklere göre

1.443 kat iken, 2011 yılında 1.727 kat olmuştur. Erkeklerle göre kadınların uzun süreli iş arama riski 2013 yılında 1.645 kata kadar düşmüştür. 1-5 ay ile karşılaştırıldığında, 2007 yılında kadınların çok uzun süreli iş arama olasılığı erkeklerle göre 1.207 kat, 2011 yılında 1.523 kat, 2013 yılında 1.452 kat olmuştur. Analiz sonuçlarına göre 1-5 ay ile karşılaştırıldığında, 2007-2013 döneminde erkeklerle göre kadınlar için en yüksek risk içeren iş arama süresi, 12-23 aydır.

b- İş Arama Süresi ve Yaş Değişkenleri Arasındaki İlişki

1-5 ay ile karşılaştırıldığında, 2007 yılında 25-29 yaş grubundakilerin 6-11 ay süre ile iş arama olasılığı 15-24 yaş grubundakilerin 1.260 katı iken, 2013 yılında 1,225 katı olmuştur. 2007-2013 döneminde 25-29 yaş grubundakiler için en yüksek risk 1.339 kat ile 2012 yılında, en düşük risk ise 1.225 kat ile 2013 yılında gerçekleşmiştir.

1-5 ay ile karşılaştırıldığında, 2007-2013 döneminde 25-29 yaş grubundakilere göre, (65 yaşından küçük) daha yüksek yaş grubunda olanların, 12-23 ay süre ile iş arama olasılığının arttığı gözlenmiştir (Bu akışı 2010 yılında 55-59 yaşındakiler, 2011 yılında 35-39 yaş ve 60-64 yaşındakiler sağlamamaktadır).

1-5 ay ile karşılaştırıldığında, incelenen yıllarda 25-29 yaş grubundakilere göre (65 yaşından küçük) daha yüksek yaş grubunda olanların 24 ay ve daha uzun süre ile iş arama olasılığının arttığı gözlenmiştir (Bu akışı 2012 yılında 60-64 yaşındakiler sağlamamaktadır). Bu noktada, uzun ve çok uzun süreli işsizlerde yaşa göre iş arama süresine ilişkin risk benzerlik göstermektedir.

c- İş Arama Süresi ve Eğitim Düzeyi Değişkenleri Arasındaki İlişki

1-5 ay ile karşılaştırıldığında, bir okul bitirmeyenler ile ilkökul mezunlarının 6-11 ay süre ile iş arama riski tüm yıllarda hemen hemen aynıdır. Genel lise mezunlarının 6-11 ay süre ile iş arama olasılığı 2007 yılında ilkökul mezunlarına göre 1.459 kat, 2012 yılında 1.371 kat olmuş ve 2013 yılında 1.073 kat ile 2007-2013 dönemindeki en düşük düzeyine ulaşmıştır. Yüksekokul, fakülte ve üzeri mezuniyete sahip işsizlerin ilkökul mezunlarına göre 6-11 ay süre ile iş arama olasılığı 2007 yılında 1.169, 2009 yılında 1.556, 2012 yılında 1.586 ve 2013 yılında 1.407 kat olmuştur. İncelenen dönem içerisinde ilkökul mezunları, yüksekokul,

fakülte ve üzeri mezuniyete sahip olanlara göre sadece 2008 yılında dezavantajlı bulunmuştur. İlkokul mezunlarına göre mesleki ve teknik lise mezunlarının 6-11 ay iş arama olasılığı 2012 yılına kadar yükselmiş, ilk kez 2013 yılında düşüş yaşanmıştır.

1-5 ay ile karşılaştırıldığında, 12-23 ay iş arama süresinde ilkökul mezunlarına göre en dezavantajlı grupların, genel lise, mesleki ve teknik lise mezunları olduğu görülmektedir. 1-5 ay ile karşılaştırıldığında, yüksekokul, fakülte ve üzeri mezuniyete sahip işsizlerin 12-23 ay iş arama olasılığı ilkökul mezunlarına göre 1.092 kat daha düşük iken, 2008 yılı ile birlikte yükselmeye başlamıştır. 2012 yılında odds oranı 1.526 ile en yüksek seviyeye ulaşmış, 2013 yılında ise 1.253 olmuştur.

1-5 ay ile karşılaştırıldığında, 2012 yılına kadar 24 ay ve daha uzun süre iş arama olasılığı en yüksek olan grup genel lise mezunlarıdır (1.774 ile 2.012 kat arasında değişen oranlarda). Söz konusu risk 2013 yılında ise mesleki ve teknik lise mezunlarında 1.968 kat, 2013 yılında ise yüksekokul, fakülte ve üzeri mezunlarında 1.554 kat olarak bulunmuştur. 2007 yılında bir okul bitirmeyenlere göre ilkökul mezunlarının 24 ay ve daha uzun süre iş arama olasılığı 1.848 kat iken, daha sonraki yılların çoğunda bir okul bitirmeyenler, ilkökul mezunlarına oranla daha yüksek olasılıkla 24 ay ve daha uzun süre işsiz olma riski taşımaktadır.

d- İş Arama Süresi ve Medeni Durum Değişkenleri Arasındaki İlişki

Türkiye işgücü piyasasında evli olmak, hiç evlenmemişlere göre tüm iş arama sürelerinde daha az riski ifade etmektedir. Diğer yandan eşi ölen ve hiç evlenmemişler, tüm iş arama sürelerinde artış ve azalış olmakla birlikte riskli grupları oluşturmuşlardır. Bu noktada, evli olmanın sorumluluklar ve bakmakla yükümlü olunan kişiler yüzünden iş arama süresini etkilediği söylenebilir (2013 yılında tüm işsizlerin %47.7'si evli, %47'si ise hiç evlenmemiştir).

İş arama süresinde referans grup olan 1-5 ay ile medeni durumda referans grup olan hiç evlenmemişlere göre, 6-11 ay süre ile iş arayan ve evli olanlarda risk 2007 yılında 0.694 kattır. İki grup arasındaki risk 2013 yılına kadar hemen hemen aynı düzeylerde seyretmiş, 2013 yılında ise 0.903 kat olmuştur.

1-5 ay ile karşılaştırıldığında, 2009 yılında hiç evlenmemişlerin 6-11 ay süre

ile iş arama olasılığı, boşananların 6-11 ay süre iş arama olasılığının 1.266 katı ile en yüksek düzeyde iken, 2013 yılında 1.135 kat olarak bulunmuştur.

1-5 ay ile karşılaştırıldığında, 2011 yılına kadar 6-11 ay süre ile işsiz olma riski eşi ölenlerde, hiç evlenmemişlere göre daha yüksek iken, 2011 yılında sonra tam tersi eğilim görülmüştür. 2013 yılında eşi ölenlere göre, hiç evlenmeyenlerin 6-11 ay süre ile iş arama olasılığı 1.42 kattır.

1-5 ay ile karşılaştırıldığında hiç evlenmeyenlerin, 2010 yılında 12-23 ay süre ile işsiz olma olasılığı evli olanların 1.715 katı, 2013 yılında ise 1.383 katı olmuştur. 2010 yılında hiç evlenmeyenlerin 12-23 ay süre ile iş arama olasılığı, boşanmış olanların 1.351 katı iken, 2013 yılında 1.248 kattır. 2007 yılında eşi ölenler, hiç evlenmeyenlere göre 12-23 ay iş arama süresinde riskli durumda (1.279 kat) iken, 2008 yılı ve sonrasında mevcut durum tersine dönmüş ve riskli grup hiç evlenmeyenler (yaklaşık 2 kat) olmuştur.

1-5 ay ile karşılaştırıldığında, hiç evlenmeyenlerin evlilere göre çok uzun süre ile iş arama olasılığı 2008 yılında 1.821 kat ve 2010 yılında 2.681 kat arasında değişirken; 2013 yılında 2.160 kat olmuştur. 2013 yılında hiç evlenmeyenler, boşananlara göre yaklaşık 1.686 kat çok uzun süre iş arama riskine sahiptir. Hiç evlenmemişlerin, eşi ölenlere göre çok uzun süre iş arama riski, 2011 yılında 2.985 kat iken, 2012 yılında 1.965 ve 2013 yılında 1.789 kat olarak bulunmuştur.

e- İş Arama Süresi ve Aranan İş ya da Meslek Değişkenleri Arasındaki İlişki

TÜİK HİA Mikro Veri Seti'nde işsizlere sorulan sorulardan biri, "Hangi iş ya da meslekte iş arıyorsunuz?" sorusudur. Çalışmada, 1-5 ay ile karşılaştırıldığında, incelenen tüm yıllarda sanatkarlar ve ilgili işlerde iş arayanların, nitelik gerektirmeyen iş ya da meslekte iş arayanlara göre 6-11 ay iş arama olasılığı daha düşük bulunmuştur. 1-5 ay ile karşılaştırıldığında, nitelik gerektirmeyen iş ya da meslek arayanlara göre 6-11 ay iş arama olasılığı en yüksek olanlar 2007 ve 2011 yılında yönetici olarak; 2008, 2009, 2010 ve 2012 yıllarında büro hizmetlerinde, 2013 yılında ise teknisyen, tekniker ve yardımcı profesyonel meslekte iş ya da meslek arayanlardır.

1-5 ay ile karşılaştırıldığında, nitelik gerektirmeyen iş ya da meslek arayanlara göre 12-23 ay iş arama olasılığı en yüksek olanlar 2007, 2009,

2010, 2012 ve 2013 yıllarında büro hizmetlerinde, 2008 yılında nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünlerinde, 2011 yılında ise yönetici olarak iş ya da meslek arayanlar olmuştur. 1-5 ay ile karşılaştırıldığında, 2007 ve 2010 yılları dışındaki tüm yıllarda, sanatkarlar ve ilgili işlerde iş ya da meslek arayanların, nitelik gerektirmeyen iş ya da meslek arayanlara göre 12-23 ay iş arama olasılığı daha düşüktür.

1-5 ay ile karşılaştırıldığında nitelik gerektirmeyen iş ya da meslek arayanlara göre, 24 ay ve daha uzun süre iş arama riski en yüksek olan meslek grubu, tüm yıllarda büro hizmetlerinde iş ya da meslek arayanlardır.

f- İş Arama Süresi ve Daha Önce Çalışma Durumu Değişkenleri Arasındaki İlişki

İşgücü piyasasında çalışma deneyimine sahip olmak iş arama süresini etkileyen bir faktördür. TÜİK HİA Mikro Veri Seti’ne göre 2013 yılında tüm işsizler içinde çalışma deneyimi olanların oranı %88.9’dur ve çalışma deneyimi olan işsizlerin %61.5’i 1-5 ay süre ile iş aramaktadır. Çalışma deneyimi olmayan işsizlerin ise %44.6’sı kısa süreli iş aramaktadır. Deneyimli işsizler içinde uzun süreli ve çok uzun süreli olanların oranı %22.5 iken; deneyimsizlerin oranı ise %40.8’dir.

1-5 ay ile karşılaştırıldığında, 2007 yılında daha önce çalışmayanların orta dönem iş arama olasılığı, daha önce çalışanların orta dönem iş arama olasılığının 1.604 katıdır. 2007-2013 döneminde daha önce çalışmayanların orta dönem iş arama riski, daha önce çalışanlara göre 1.825 kat ile 2008 yılında en yüksek düzeye ulaşmış; 2013 yılında 1.210 kata düşmüştür.

Kısa dönem iş arama süresi ile karşılaştırıldığında, daha önce çalışmayanların uzun süreli iş arama olasılığı, daha önce çalışanlara göre 2007 yılında 3.122 kat ile en yüksek düzeye çıkmıştır. Ancak söz konusu oran 2010 yılına kadar giderek azalmış (1.851) ve 2010 yılından sonra tekrar artarak 2013 yılında 2.388 kata ulaşmıştır. Kısa dönem iş arama süresi ile karşılaştırıldığında, daha önce çalışmayanların, çok uzun süre iş arama olasılığı daha önce çalışanlara göre 5.942 kat ile 2007 yılında en yüksek düzeyde gerçekleşmiştir. Daha önce çalışmayanların riski 2010 yılına kadar azalmış (yaklaşık 3 kat) ve 2010 yılından sonra tekrar artarak 2013 yılında 3.536 kata ulaşmıştır.

3- Çoklu Uyum Analizleri

İş arama süresi ile çalışmada kullanılan cinsiyet, yaş grubu, eğitim düzeyi, medeni durum, iş aranan meslek ya da iş ve daha önce çalışma durumu arasındaki ilişkileri iki boyutlu uzayda görebilmek amacıyla Çoklu Uyum Analizi uygulanmış ve sonuçlar EK 2’de verilmiştir². İncelenen dönemlerde iki boyutlu yapının gerçek durumu açıklama oranı %61.7 ile %63.7 arasında bulunmuştur.

2007-2013 dönemi Çoklu Uyum Analizi sonuçları incelendiğinde, tüm yıllarda erkek, okul bitirmemiş ya da ortaokul mezunu, evli olan, sanatkarlar ve ilgili işlerde iş arayan, daha önce bir işte çalışmış olanların 1-5 ay iş arayanlar grubunda olduğu görülmüştür.

2007-2013 döneminde kadın, boşanmış ya da eşi ölmüş, yüksekokul, fakülte ve üzeri mezunu, yönetici ya da profesyonel meslek üyesi olarak iş ve meslek arayanların çok uzun süreli iş arayanlar grubunda olduğu gözlenmiştir. Daha önce çalışmayan; yardımcı profesyonel meslek üyesi olarak ya da büro ve müşteri hizmeti çalışanı olarak iş arayanlar 12-23 ay iş arayan grubundadır.

Genel lise ve mesleki ve teknik lise mezunlarının genel olarak 6-11 ay süre ile iş arayan grubunda olduğu izlenmiştir. Hiç evlenmemişler 2007 yılında 1-6 ay süre ile iş arayanlar iken, 2013 yılında 1-5 ay iş arayanlara daha yakın olmuştur. 2007 yılında 25-29 yaş grubundakiler çok uzun süreli iş arayan işsizler iken, 2013 yılında 6-11 ay süre ile iş arayan grubundadır. Nitelik gerektirmeyen ya da nitelikli tarım, ormancılık mesleğinde iş arayanların çoğunlukla, 12 aydan daha kısa süreli iş arayanlar olduğu söylenebilir.

SONUÇ

Çalışmada TÜİK HİA Mikro Veri Seti’nden yararlanılarak iş arama süresini etkileyen bireysel özellikler araştırılmıştır. Önce frekans analizleri ile işsizlerin demografik özellikleri ve işgücü piyasasındaki deneyimleri ile iş arama süresine ilişkin dağılımları incelenmiştir. Daha sonra MRLM ile çalışmada yer verilen değişkenlerdeki her bir kategorinin, belirlenen

2 Çoklu Uyum Analizi grafiklerindeki sembollerin hangi grubu ifade ettiği, EK 1’deki Tablo 4’ün son sütununda verilmiştir.

referans gruba göre riskleri tahmin edilmiştir. Son olarak, Çoklu Uyum Analizi ile işsizlik süresi ile bireysel özelliklerin iki boyutlu grafikleri elde edilmiş ve yorumlanmıştır.

Frekans analizleri ile 2007-2013 döneminde işsizlerin en fazla yoğunlaştıkları iş arama süresinin 1-5 ay olduğu gözlenmiştir. Analizlerde 2007-2008 finansal krizinin etkileri görülmüş ve 2009 yılında tüm iş arama sürelerinde işsiz sayısı en yüksek düzeye çıkmıştır. Tüm iş arama sürelerindeki işsiz sayısı 2012 yılına kadar azalma eğilimi gösterirken, 2013 yılında çok uzun süreli iş arama dışındaki tüm sürelerde artmıştır.

Tüm işsizlerin 2009 yılında %88.2’si; 2010 yılında %90.0’ı; 2011 yılında %90.2’si; 2012 yılında %88.4’ü; 2013 yılında %89’u tam zamanlı iş aramaktadır. 2007 ve 2013 yıllarında tüm işsizlik sürelerinde eşe, dosta ricada bulunarak iş arayanların oranı İŞKUR ve özel istihdam ofisi aracılığı ile iş arayanlardan belirgin biçimde fazladır. Bu noktada, Türkiye işgücü piyasasının Ulusal İstihdam Stratejisi eksenine ve hedeflerindeki esnek uygulamalara ne kadar hazır olduğu tartışmaya açıktır.

MLRM sonuçlarına göre tüm yıllar için oluşturulan modellerde, tüm iş arama süreleri ile cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, iş aranan meslek ve daha önce çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş grupları, referans grubu olan 15-24 yaş grubuna göre incelendiğinde, yaş gruplarının iş arama sürelerine etkisinin 2007-2013 döneminde farklılıklar taşıdığı gözlenmiştir. Ancak, 12-23 ay ve 24 ay ve daha uzun süre ile iş arayanların odds oranları benzer özellikler taşımaktadır. Tansel ve Taşçı’nın (2004:7), Begum (2004:139-144), Taşçı ve Özdemir (2006:23) ve Avrupa Komisyonu tarafından (European Commission, 2012:8) AB 27’de yapılan araştırma sonuçlarına paralel biçimde yaş arttıkça uzun süreli işsizlik riskinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

2011 yılından itibaren 1-5 ay ile karşılaştırıldığında, tüm eğitim düzeyindekilerin daha fazla süre ile işsiz olma olasılıkları, ilkökul mezunlarına göre giderek artış göstermiştir. Tüm eğitim düzeyindekiler için en yüksek risk, çok uzun süreli iş aramada yaşanmaktadır. 2012 yılına kadar nitelikli işgücü ve beşeri sermaye yatırımını ifade eden yüksekökol, fakülte ve üzeri mezuniyete sahip olanların, ilkökul mezunlarına göre

uzun ve çok uzun süreli işsiz olma olasılıkları yıldan yıla artmış, 2013 yılında ise söz konusu risk devam etmekle birlikte bir miktar azalmıştır (uzun süreli işsizlikte 2012 yılında 1.526 kat, 2013 yılında 1.253 kat; çok uzun süreli işsizlikte 2012 yılında 1.971, 2013 yılında 1.554 kat).

Yazındaki sonuçlara benzer biçimde çalışmadaki MLRM sonuçlarına göre, tüm yıllarda dezavantajlı grubu kadınlar oluşturmuştur. Ayrıca, 1-5 ay ile karşılaştırıldığında en yüksek risk, 12-23 ay iş arayan kadınlardadır. Medeni durum incelendiğinde evli olanların, hiç evlenmemişlere göre daha az riskli oldukları görülmüştür. Foley (1997), Tansel ve Taşçı (2004:16)'nın araştırma bulguları da evli kadınların, evli erkeklere göre daha uzun süre işsiz kalma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir.

1-5 ay ile karşılaştırıldığında tüm yıllarda sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışmak isteyenlerin, nitelik gerektirmeyen işlerde çalışmak isteyenlere göre 6-11 ay süre ile iş arama olasılıkları daha düşüktür. 1-5 ay ile karşılaştırıldığında, 12 ay ve daha uzun süre ile iş arama riski en yüksek grup, genellikle büro hizmetlerinde çalışmak isteyenlerde bulunmuştur.

2013 yılında işsizlerin içinde daha önce çalışanların (%88.9), % 61.5'i 1-5 ay süre ile iş aramaktadır. Daha önce çalışanlara göre, daha önce çalışmayanlar daha yüksek iş arama süresi riskine sahiptir ve en büyük risk 24 ay ve daha uzun süre iş arayanlardadır.

Çoklu Uyum Analizi sonuçlarına göre, okul bitirmeyen ya da ortaokul mezunu, daha önce çalışmış, sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışmak isteyen evli erkekler 1-5 ay süredir iş aramaktadır. Yüksekokul-fakülte ve üzeri mezuniyete sahip, yönetici ya da profesyonel meslek mensubu olarak iş arayan, eşi ölmüş ya da boşanmış kadınlar 24 ay ve daha uzun süredir iş aramaktadır.

Özellikle kadınlar, hiç evlenmeyenler, genç işsizlere göre daha yaşlı işsizler, daha önce çalışanlara göre daha önce çalışmayanlar uzun ve çok uzun süreli iş arama süresinde daha riskli gruplardır. Tüm veriler ışığında, Türkiye işgücü piyasasının ciddi biçimde heterojen/farklılaşan bir yapı sergilediği görülmektedir. Bu noktada, istihdam politikalarının özel gruplara göre belirlenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Gelecekte örneğin; eğitimli işsizler, daha önce çalışmayanlar, hiç evlenmemişler gibi alt grupların detaylı incelendiği çalışmaların yapılması makro ve mikro düzeyde istihdam politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

EKLER³:**EK 1:****Tablo 1.** 6-11 Ay İş Arama Süresi İçin Multinomial Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Odds Oranları (Ref: 1-5 Ay)

	Kategoriler	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Cinsiyet (Ref: Erkek)	Kadın	1.150	1.004	1.033	1.077	1.141	1.152	1.184	
	Yaş (Ref: 15-24 Yaş)	25-29 Yaş	1.260	1.478	1.286	1.230	1.276	1.339	1.225
		30-34 Yaş	1.555	1.504	1.456	1.314	1.329	1.552	1.508
		35-39 Yaş	1.338	1.123	1.386	1.487	1.449	1.387	1.518
		40-44 Yaş	1.348	1.632	1.459	1.448	1.384	1.416	1.540
		45-49 Yaş	1.631	1.701	1.643	1.730	1.374	1.471	1.630
		50-54 Yaş	1.704	1.707	1.500	1.337	1.848	1.870	1.512
		55-59 Yaş	.878	2.301	1.574	1.607	2.225	1.526	1.893
		60-64 Yaş	1.996	1.714	1.680	2.456	1.675	1.530	2.386
		65+ Yaş	.498	.967	1.823	1.396	1.079	.712	1.500
Eğitim Durumu (Ref: İlkokul-5 Yıl)	Bir Okul Bitirmeyen	.927	.930	.984	.953	1.015	.882	.922	
	Ortaokul. İlköğretim	1.034	1.241	1.149	1.068	1.298	1.263	1.021	
	Genel Lise	1.459	1.303	1.243	1.242	1.203	1.371	1.073	
	Mesleki ve Tek. Lise	1.152	1.175	1.196	1.254	1.213	1.267	.944	
	YO. Fakülte ve Üzeri	1.169	.946	1.556	1.281	1.242	1.586	1.407	
Medeni Durum (Ref: Hiç Evlenmemiş)	Evli	.694	.784	.852	.779	.823	.742	.903	
	Boşandı	.839	.999	.790	.823	.980	.835	.881	
	Eşi Öldü	1.073	1.209	1.123	1.358	1.185	.666	.704	
İş Aranan Meslek (Ref: Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar)	Yöneticiler	1.382	1.395	1.146	1.365	1.657	1.293	1.425	
	Prof. Meslek Mens.	1.134	1.333	.801	1.139	1.329	1.264	1.137	
	Tekn. Ve Yrd. M. M.	1.148	1.437	.994	1.207	1.503	1.198	1.518	
	Büro Hizmet. Çal.	1.363	1.513	1.365	1.507	1.372	1.603	1.499	
	Hizmet ve Satış El.	1.148	1.071	1.095	1.193	1.179	1.298	1.238	
	Nitelikli Trm. Orm.	.744	1.363	1.031	.843	.890	1.069	1.097	
	Sanaatkarlar vb.	.999	.936	.921	.993	.959	.942	.794	
	Tesis ve Mak. Op.	1.216	1.147	1.138	1.214	1.114	1.330	1.083	
Daha Önce Çalışma (Ref: Evet)	Hayır	1.604	1.825	1.236	1.164	1.378	1.331	1.210	

3 EK 1'deki Tablo 1,2 ve 3'deki tüm modellere ilişkin ayrıntılı sonuçlar <http://acaglar.pamukkale.edu.tr> adresinde verilmiştir.

Tablo 2. 12-23 Ay İş Arama Süresi İçin Multinomial Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Odds Oranları (Ref: 1-5 Ay)

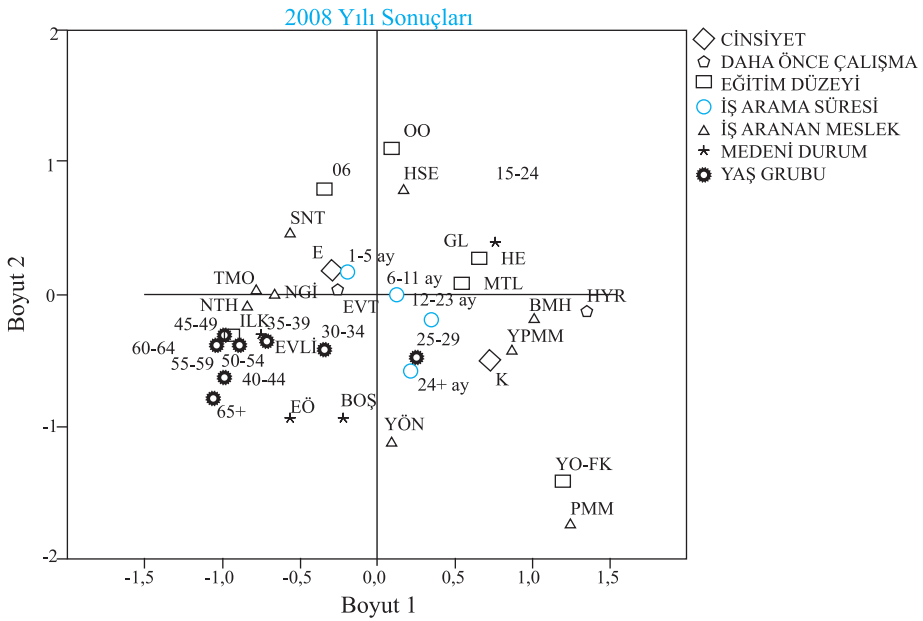
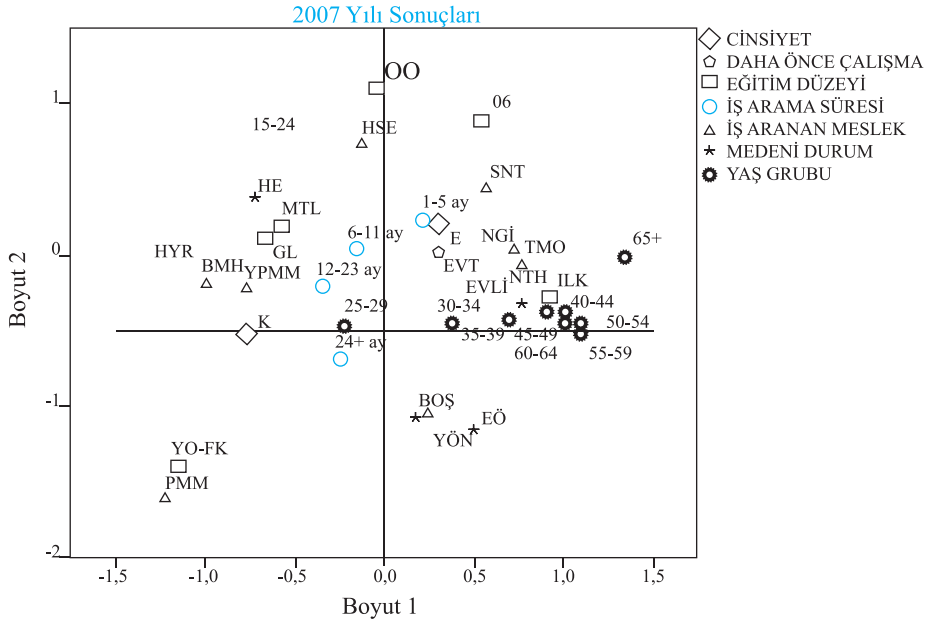
	Kategoriler	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cinsiyet (Ref: Erkek)	Kadın	1.443	1.382	1.393	1.664	1.727	1.539	1.645
Yaş (Ref: 15-24 Yaş)	25-29 Yaş	1.674	1.956	1.652	2.039	1.918	1.749	1.847
	30-34 Yaş	1.844	2.071	1.760	2.212	2.659	2.287	2.084
	35-39 Yaş	1.798	2.178	1.698	2.370	2.366	2.353	2.078
	40-44 Yaş	2.014	3.125	2.307	2.624	3.199	2.539	2.402
	45-49 Yaş	2.108	3.477	2.689	3.294	3.228	2.966	2.858
	50-54 Yaş	2.740	4.765	2.992	4.007	4.463	3.607	3.687
	55-59 Yaş	3.002	5.499	4.176	5.584	5.805	4.455	6.069
	60-64 Yaş	4.586	3.855	6.133	5.065	5.213	5.206	7.685
	65+ Yaş	2.310	14.795	4.993	2.758	7.659	4.857	7.280
Eğitim Durumu (Ref: İlkokul-5 Yıl)	Bir Okul Bitirmeyen	.799	1.072	.761	1.033	1.038	.978	.943
	Ortaokul. İlköğretim	1.027	1.439	1.265	1.323	1.329	1.552	1.250
	Genel Lise	1.210	1.705	1.269	1.383	1.477	1.340	1.217
	Mesleki ve Tek. Lise	1.121	1.612	1.237	1.534	1.461	1.635	1.317
	YO. Fakülte ve Üzeri	.916	1.014	1.182	1.241	1.393	1.526	1.253
Medeni Durum (Ref: Hiç Evlenmemiş)	Evli	.777	.600	.663	.583	.618	.752	.723
	Boşandı	.986	.871	.883	.740	.772	.951	.801
	Eşi Öldü	1.279	.508	.691	.613	.798	.693	.509
İş Aranan Meslek (Ref: Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar)	Yöneticiler	1.857	1.236	1.512	1.823	1.789	2.069	1.665
	Prof. Meslek Mens.	1.414	1.288	1.018	1.721	1.534	2.292	1.509
	Tekn. Ve Yrd. M. M.	1.580	1.421	1.193	2.019	1.370	2.245	1.817
	Büro Hizmet. Çal.	2.074	1.649	1.534	2.169	1.699	2.587	1.994
	Hizmet ve Satış El.	1.610	1.317	1.228	1.732	1.287	1.843	1.476
	Nitelikli Trm. Orm.	1.375	2.006	1.742	1.002	1.152	1.269	1.175
	Sanaatkarlar vb.	1.043	.784	.820	1.260	.945	.955	.803
	Tesis ve Mak. Op.	1.426	1.151	1.030	1.711	1.278	1.546	1.442
Daha Önce Çalışma (Ref: Evet)	Hayır	3.122	2.947	2.387	1.851	1.999	2.142	2.388

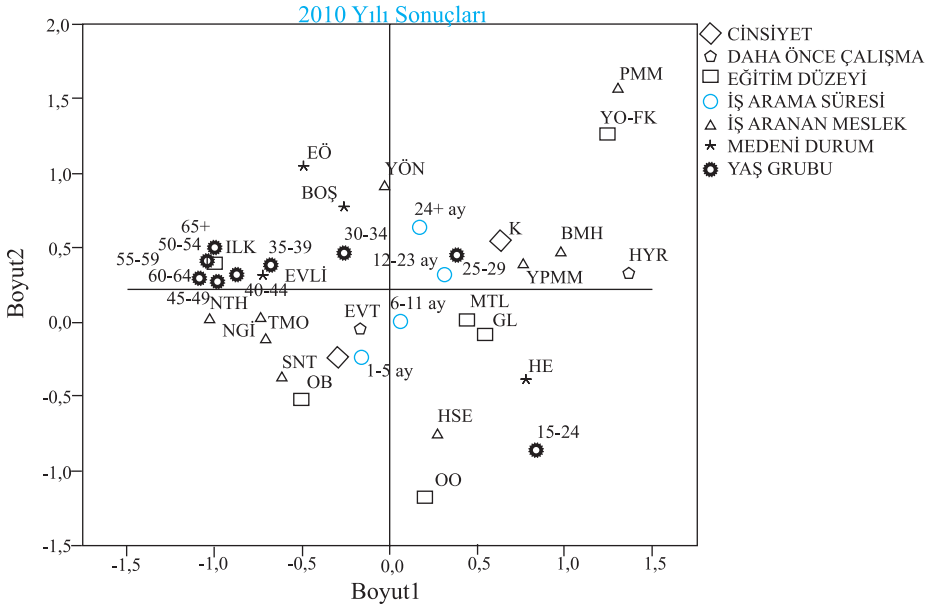
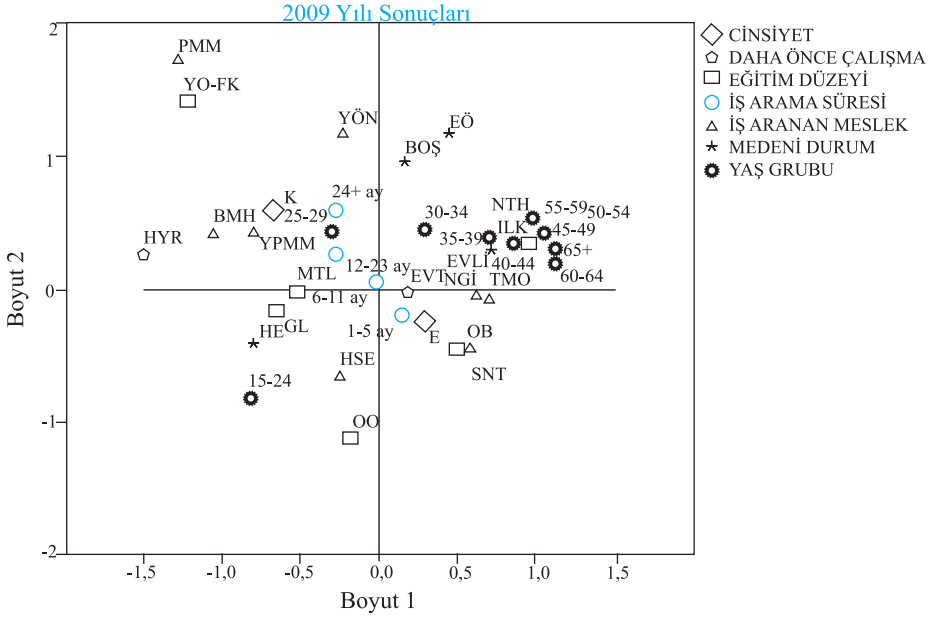
Tablo 3. 24 Ay ve Daha Fazla İş Arama Süresi İçin Multinomial Lojistik Regresyon Modelinden Elde Edilen Odds Oranları (Ref: 1-5 Ay)

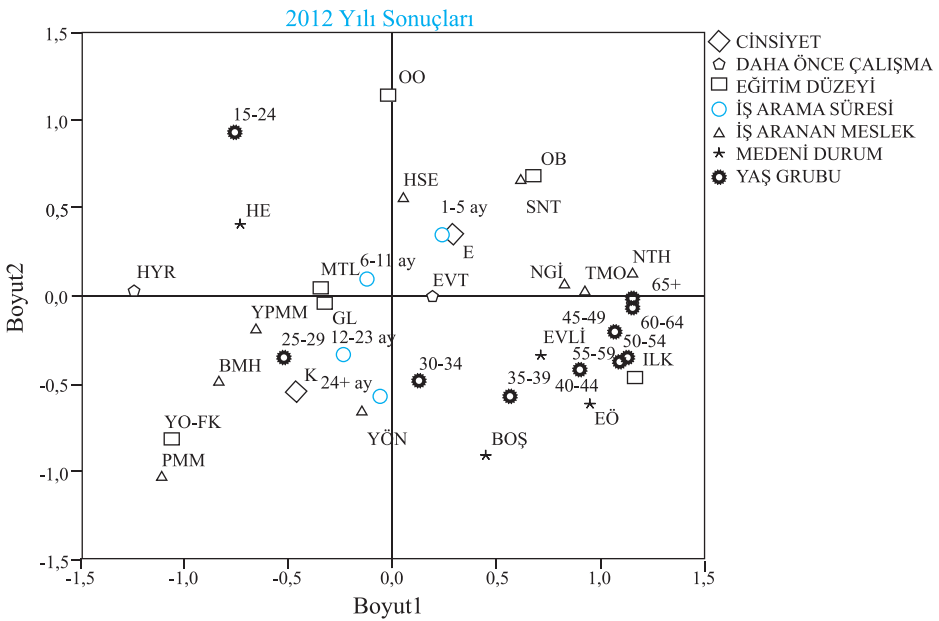
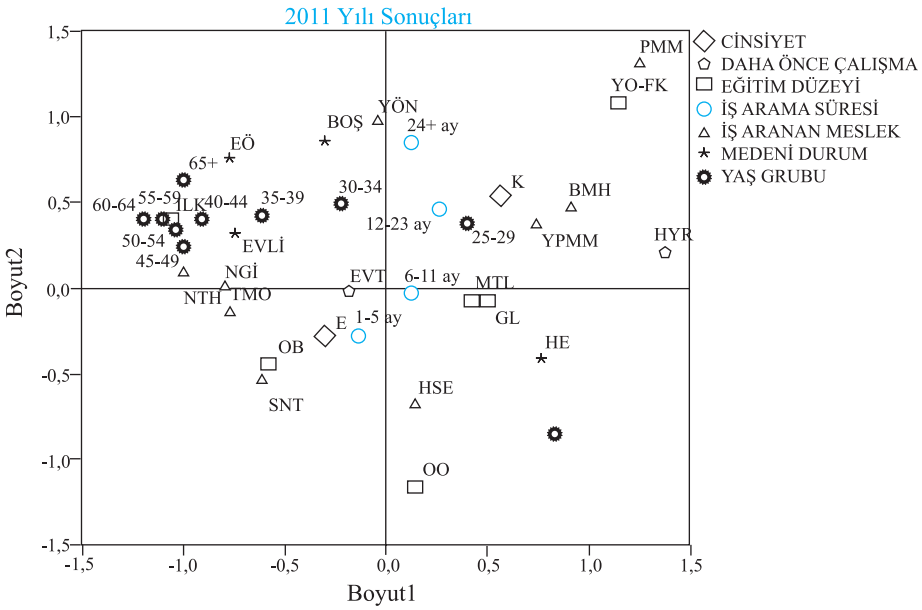
	Kategoriler	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cinsiyet (Ref: Erkek)	Kadın	1.207	1.234	1.276	1.395	1.523	1.356	1.452
Yaş (Ref: 15-24 Yaş)	25-29 Yaş	4.055	3.639	3.069	3.826	4.644	3.486	3.515
	30-34 Yaş	6.272	5.433	4.196	5.799	6.825	6.354	6.202
	35-39 Yaş	7.408	5.681	5.002	6.818	8.946	7.241	6.392
	40-44 Yaş	8.071	7.587	6.918	8.388	10.816	9.806	8.610
	45-49 Yaş	10.883	9.695	10.337	13.505	15.536	13.846	11.082
	50-54 Yaş	17.687	14.883	14.902	16.557	24.993	22.461	17.805
	55-59 Yaş	18.516	25.423	22.059	24.993	36.672	37.833	24.083
	60-64 Yaş	21.188	15.038	37.997	32.965	42.501	21.609	27.473
	65+ Yaş	12.037	44.375	22.281	25.197	96.116	27.376	43.950
Eğitim Durumu (Ref: İlkokul-5 Yıl)	Bir Okul Bitirmeyen	.541	1.265	.886	1.030	.952	1.260	1.249
	Ortaokul. İlköğretim	1.212	1.511	1.224	1.280	1.492	1.832	1.456
	Genel Lise	1.900	2.012	1.781	1.956	1.774	1.968	1.427
	Mesleki ve Tek. Lise	1.334	1.914	1.605	1.709	1.729	2.197	1.533
	YO. Fakülte ve Üzeri	.865	.935	1.203	1.250	1.597	1.971	1.554
Medeni Durum (Ref: Hiç Evlenmemiş)	Evli	.536	.549	.391	.373	.440	.429	.463
	Boşandı	.799	.761	.625	.522	.625	.516	.593
	Eşi Öldü	.655	.579	.636	.543	.335	.509	.559
İş Aranan Meslek (Ref: Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar)	Yöneticiler	1.650	1.567	1.428	2.090	1.767	1.962	1.050
	Prof. Meslek Mens.	1.881	1.735	.976	1.308	1.857	2.413	2.269
	Tekn. Ve Yrd. M. M.	1.620	1.465	1.356	1.697	1.804	2.607	2.705
	Büro Hizmet. Çal.	2.161	2.048	2.065	2.461	2.150	3.232	2.988
	Hizmet ve Satış El.	1.373	1.351	1.338	1.617	1.477	2.019	1.751
	Nitelikli Trm. Orm.	1.181	1.321	.776	.653	1.111	1.695	1.959
	Sanaatkarlar vb.	1.085	.854	.764	.932	1.017	1.143	.924
Tesis ve Mak. Op.	1.271	1.094	1.162	1.439	1.411	1.912	1.980	
Daha Önce Çalışma (Ref: Evet)	Hayır	5.942	5.247	4.128	3.002	3.483	3.198	3.536

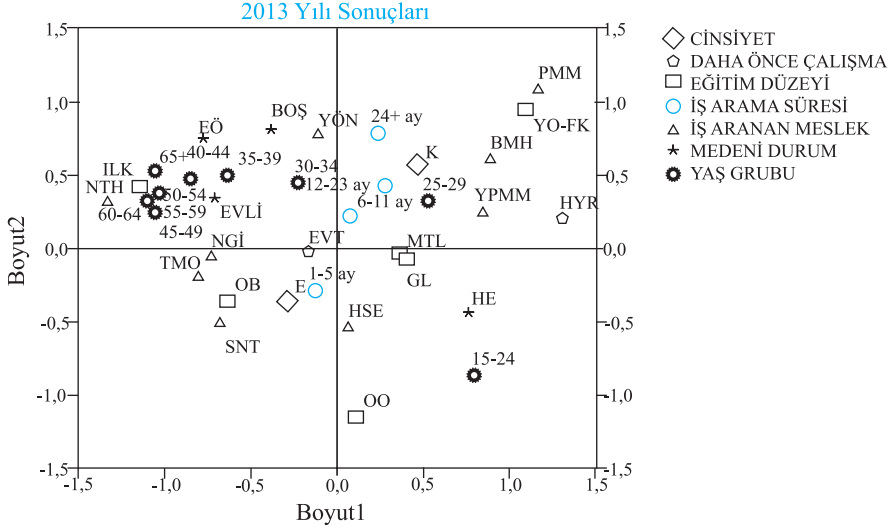
Tablo 4. Analizlerde Kullanılan Değişkenlerin Listesi

BAĞIMLI DEĞİŞKEN	İŞ ARAMA SÜRESİ	1-5 Ay (Kısa)	1-5 ay
		6-11 Ay (Orta)	6-11 ay
		12-23 Ay (Uzun)	12-23 ay
		24 Ay ve Daha Fazla (Çok Uzun)	24+
BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER	CİNSİYET	Kadın	K
		Erkek	E
	YAŞ	15-24 Yaş	15-24
		25-29 Yaş	25-29
		30-34 Yaş	30-34
		35-39 Yaş	35-39
		40-44 Yaş	40-44
		45-49 Yaş	45-49
		50-54 Yaş	50-54
		55-59 Yaş	55-59
		60-64 Yaş	60-64
	65+ Yaş	65+	
	EĞİTİM DURUMU	Bir okul bitirmeyen	BO
		İlkokul (5 yıl)	İLK
		Ortaokul, mesleki ortaokul ve ilköğretim (8 yıl)	OO
		Genel lise	GL
		Mesleki veya teknik lise	MTL
	MEDENİ DURUM	Yüksekokul, fakülte ve üzeri	YO-FK
		Hiç Evlenmedi	HE
		Evli	EVLİ
		Boşandı	BOŞ
	İŞ ARANAN MESLEK	Eşi Öldü	EÖ
		Yöneticiler	YÖN
		Profesyonel meslek mensupları	PMM
		Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	YPMM
		Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	BMH
		Hizmet ve satış elemanları	HSE
		Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları	NTH
		Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	SNT
Tesis ve makine operatörleri ve montajcıları		TMO	
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	NGİ		
DAHA ÖNCE ÇALIŞMA DURUMU	Evet	EVT	
	Hayır	HYR	

EK 2:**Grafik 3. 2007-2012 Dönemi Çoklu Uyum Analizi Grafikleri**





Grafik 4. 2013 Yılı Çoklu Uyum Analizi Sonuçları

Kaynakça

- Abar, Hayri ve Abdülkerim Karaaslan (2013) “Konut Talep Edenlerin Özellikleri ile Talep Edilen Konutun Özellikleri Arasındaki İlişkinin Çoklu Uyum Analizi Yöntemi İle İncelenmesi: Atatürk Üniversitesi Personeli Örneği”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 27(3), 232-339.
- Akın, H. Besim ve Elif Şentürk (2012) “Bireylerin Mutluluk Düzeylerinin Ordinal Lojistik Regresyon ile İncelenmesi”, *Öneri*, 10(37), 183-193.
- Alpar, Reha (2013) “Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler”, (Ankara: Detay Yayıncılık).
- Anderson, Sally L. (2010) “Duration of Unemployment in States, 2007-09”, *Monthly Labor Review*, [http://www.bls.gov/opub/mlr/2010/12/art3full.pdf] (18.10.2014).
- Barak, N. Anıl (2005) “Sıralı (Ordinal) ve Multinomial Logit Modeller Üzerine Bir Uygulama”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, (Ankara: Basılmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Bayram, Nuran (2004) “Multinomial Lojistik Regresyon Analizinin İstihdamdaki İşgücüne Uygulanması”, *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 54 (2), 61-75.
- Begum, Nasima (2004) “Characteristics of the Short-Term and Long-Term Unemployed”, *Labour Market Trends, Analysis in Brief*, [www.statistics.gov.uk/articles/labour_market_trends/unemp_in_brief.pdf] (17.10.2014).
- Bulut, Volkan (2011) “Türkiye’de İşsizlik Süresini Etkileyen Faktörlerin Yaşam Çözümlemesi ile İncelenmesi”, Hacettepe Üniversitesi, Fen Bilimler Enstitüsü, (Ankara: Basılmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Çiftçi, Cemil ve Atalay Çağlar (2014) “Ailelerin Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Öğrenci Başarısı Üzerindeki Etkisi: Fakirlik Kader midir?”, *International Journal of Human Sciences*, 11(2), 155-175.
- Çokluk, Ömay; Şekercioğlu, Güçlü ve Şener Büyüköztürk (2012) “Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları”, (Ankara: Pegem Akademi).
- Dănăcică, Daniela-Emanuela and Raluca Mazilescu (2014) “Long-Term Unemployment Spells and Exit States of Men in Romania and Hungary”, 1st International Conference ‘Economic Scientific Research-Theoretical, Empirical and Practical Approaches, Procedia Economics and Finance’, 8, 236- 245.
- European Commission (2012) “Long-Term Unemployment 2012”, *European Employment Observatory Review*, Luxembourg.
- Gürsel, Seyfettin; Levent, Haluk, İlkaracan, İpek, Ulus, Mustafa ve Enver Taştı (2004) “Türkiye’de İşgücü Piyasasının Kurumsal Yapısı ve İşsizlik”, TÜSİAD: Yayın No. TÜSİAD-T/2004-11/381, İstanbul, [http://www.tusiad.org.tr/_rsc/shared/file/issizlik04.pdf] (09.11.2014).
- Jimeno, Juan and Luis Toharia (1994) “Unemployment and Labour Market Flexibility: Spain”, (First Published), ILO, Geneva.

- Keskin, Sıddık (2001) “Çoklu Uyum Analizi ve Bir Uygulaması”, *Tarım Bilimleri Dergisi*, 7(4), 91-95.
- Kupets, Olga (2006) “Determinants of Unemployment Duration in Ukraine”, *Journal of Comparative Economics*, 34, 228-247.
- Lechner, Ferdinand ve Petra Wetzel (July 2012) “EEO Review: Long-Term Unemployment, 2012 Austria”, European Employment Observatory, [<http://www.eu-employment-observatory.net/resources/reviews/Austria-LTU-July2012.pdf>] (17.10.2014).
- Liva, Griņeviĉa, Kovaļevs Raimonds ve Rivža Baiba (2013) “Long-Term Unemployment of Women as a Possibility to be Self-Employed”, *Regional Review/ Regionalais Zinojums*, 9, 39-49.
- Llaudes, Ricardo (2007) “The Phillips Curve and Long-Term Unemployment”, European Central Bank:27, [<http://nzae.katipo.co.nz/wp-content/uploads/2011/08/nr1215131164.pdf>] (22.10.2014).
- Luca, Loretta de and Michele Bruni (1993) “Unemployment and Labour Market Flexibility Italy”, ILO, Geneva, [<http://books.google.com.tr/books?hl=tr&id=cv5m5jyv6vAC&q=short+term#v=snippet&q=short%20term&f=false>] (01.10.2014).
- Peng, Chao-Ying Joanne; Kuk, Lida Lee and Gary M. Ingersoll (2002), “An Introduction to Logistic Regression Analysis and Reporting”, *The Journal of Educational Research*, 96(1), 3-14.
- Suner, Abdullah ve Can Çelikoğlu (2010) “Toplum Tabanlı Bir Çalışmada Çoklu Uygunluk Analizi ve Kümeleme Analizi ile Sağlık Kurumu Seçimi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(2), 43-55.
- Sümbüloğlu, Kadir ve Beyza Akdağ (2007) “Regresyon Yöntemleri ve Korelasyon Analizi”, (Ankara: Hatipođlu Yayınları).
- Şenel, Selma ve Betül Alatlđ (Yaz 2014) “Lojistik Regresyon Analizinin Kullanıldığı Makaleler Üzerine Bir İnceleme”, *Eđitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 5(1), 35-52.
- Şentürk, Elif (2011) “Mutluluk Düzeyinin Sosyo-Demografik Özelliklerle Lojistik Regresyon Analizi Aracılığıyla İncelenmesi ve Türkiye İçin Bir Uygulama”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (İstanbul: Basılmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Tansel, Aysıt ve H. Mehmet Taşçı (2004) “Determinants of Unemployment Duration for Men and Women in Turkey”, *IZA Discussion Paper Series*, IZA DP no.1258, Germany, [<http://ftp.iza.org/dp1258.pdf>] (02.11.2014).
- Tardanic, Richard (2014) “Ordinal and Multinomial Logit Models”, [<http://www.fiu.edu/~tardanic/lec7.pps>] (12.11.2014).
- Taşçı, Mehmet ve Ali Rıza Özdemir (2006) “Trends in Long-Term Unemployment and Determinants of Incidence of Long-Term Unemployment in Turkey”, *Journal of Economic and Social Research*, 7(2), 1-33, [<http://jesr.journal.fatih.edu.tr/jesr.tasci.ozdemir.pdf>] (15.10.2014).

Tunalı, İhsan (2003) “Background Study on Labour Market and Employment in Turkey”, Final Report/June 27, Prepared for the European Training Foundation, [[http://statik.iskur.gov.tr/tr/dis_iliskiler/BST-final%20report%20_27\[1\].June.2003_.pdf](http://statik.iskur.gov.tr/tr/dis_iliskiler/BST-final%20report%20_27[1].June.2003_.pdf)] (02.11.2014).

Australian Bureau of Statistics (1994) [<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/4102.0Main+Features20Sep+2011#3>] (21.10.2014).

EUROSTAT, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Unemployment_and_beyond], [http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=DSP_GLOSSARY_NOM_DTL_VIEW&StrNom=CODED2&StrLanguageCode=EN&IntKey=16910718&RdoSearch=BEGIN&TxtSearch=long&CboTheme=&IsTer=&IntCurrentPage=1&ter_valid=0] (20.10.2014).

ILO, Key Indicators of the Labour Market 11, Long Term Unemployment, [<http://kilm.ilo.org/2011/download/kilm11EN.pdf>] (20.10.2014).

OECD Employment Database, [<http://www.oecd.org/employment/onlineoecdemploymentdatabase.htm#ltu>] (20.10.2013).

OECD Employment Outlook 2002, [www.oecd.org/employment/emp/17652683.pdf] (21.10.2014).

OECD Employment Outlook 2014, [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/oecd-employment-outlook-2014_empl_outlook-2014-en#page1] (05.11.2014).

ReStore (National Centre for Research Methods) (2014) “Using Statistical Methods in Education Research”, [<http://www.restore.ac.uk/srme/www/fac/soc/wie/research-new/srme/modules/mod5/4>] (10/11/2014).

Statistics Finland, [http://www.stat.fi/meta/kas/pitkaaikaistyot_en.html] (21.10.2014).

Statistics Netherlands, “Labour and Social Security”, [<http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3602-wm.htm>] (01.11.2014).

Swiss Statistics, [<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/themen/03/03/blank/key/erwerbslose0/struktur.html>] (21.10.2013).

The World Bank, [<http://databank.worldbank.org/data/views/reports/metadataview.aspx>] (21.10.2013).

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2013) “TÜİK Hanehalkı İşgücü Araştırması 2013 Mikro Veri Seti” [http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/Hia_2013/turkce/metaveri/amac/index.html] (13/11/2014)

United States Department of Labor, U.S. Bureau of Labor Statistics, [http://www.bls.gov/bls/cps_fact_sheets/ltu_mock.htm] (17.10.2014).

United States Department of Labor, [http://www.doleta.gov/grants/pdf/SGA_DFA_PY_13_07.pdf] (19.10.2014).

United States Department of Labor, U.S. Bureau of Labor Statistics, [http://www.bls.gov/bls/cps_fact_sheets/ltu_mock.htm] (20.10.2014).

Williams, Richard (2014) Models for Ordinal Outcomes II: Generalized Ordered Logit Models, [<http://www3.nd.edu/~rwilliam/xsoc73994/Gologit2Part1.pdf>] (13/11/2014)

OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

Comparing Health Systems, Health Expenditures and Health Indicators in OECD Countries and Turkey

İlker DAŞTAN*

Volkan ÇETİNKAYA**

ÖZ

Ülkelerin tercih ettikleri sağlık sistemleri ve bu sistemlerin özellikleri ülkelerin sağlık harcamalarını ve dolayısıyla sağlıkla alakalı çeşitli çıktıların etkileyen en önemli faktörlerdir. Bu çalışmada, çeşitli sağlık sistem modelleri kategorize edilerek OECD üyesi ülkelerin ve özel olarak ABD ve Türkiye'nin 1980-2012 yılları arasındaki sağlık harcamalarındaki değişimleri, harcamaların GSYİH içindeki payları ve harcamaların ne şekilde finanse edildiği incelenmiştir. Ayrıca, bu farklı sağlık sistemleri ve sağlık harcamalarının ülkelerin sağlık hizmetleri tedariki ve çıktılarına olan etkileri karşılaştırılmıştır. Bu amaçla, sağlık ekonomisi literatüründe sıklıkla kullanılan doğumda beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm hızları sağlık indikatörleri olarak, sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetlere ulaşımındaki hakkaniyet kavramları sağlık çıktıları olarak ele alınmıştır. Farklı sağlık sistemlerine sahip de olsa tüm OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları ve bu sağlık harcamalarının GSYİH'ndeki payları son 30 yıl içinde önemli derecede artmıştır. Sağlık sistemleri farklı olan ülkelerdeki sağlık harcamaları farklılık gösterse de, bu farklı harcamaların sağlık göstergeleri ve sağlık sistemlerinin başarı ve verimlilikleri ile birebir bir ilişki içinde olmadığı bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Sağlık sistemleri, sağlık harcamaları, sağlık göstergeleri, sağlık finansmanı, OECD ülkeleri

ABSTRACT

The health system choices of countries and their features are regarded as key determining factors of health expenditures and health indicators of countries. By categorizing a variety of health systems, this study examines changes in health spending, health spending as percentage of GDP, and health system financing in OECD countries and particularly in the US and Turkey between 1980 and 2012. This study also compares impacts of these different systems and health spending on supply of health and health outcomes. For this purpose, widely used indicators of health such as life expectancy at birth, infant mortality, and equity and accessibility to healthcare are employed. Health expenditures per capita and health expenditures as a share of GDP have dramatically increased in all OECD countries in past 30 years even though their health systems differ from each other. However, it has also been found that health systems and different health expenditure levels in OECD countries are not in line with positive health outcomes or success and efficiency of health systems.

Keywords: Health systems, health expenditures, health outcomes, health system financing, OECD countries

* Yrd. Doç. Dr., İzmir Ekonomi Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
ilker.dastan@ieu.edu.tr

** Yrd. Doç. Dr., Sağlık Bakanlığı
vcetinkaya@gmail.com

GİRİŞ

Ülkelerin sağlık sistemleri ve sistemlerinin özellikleri sağlık harcamalarını ve dolayısıyla sağlıkla alakalı çeşitli çıktılarını etkileyen en önemli faktörler olarak ön plana çıkmaktadır. Günümüzde ülkeler farklı sağlık sistem modelleri benimsemektedirler. Sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık harcamalarının finansmanındaki yöntemler ve kamuya ya da özel sektöre dayalı değerlendirilmeler sistemler içinde çözümlenilmeye çalışılmaktadır. Bu yüzden, ülkelerin kişi başı ve toplam sağlık harcamalarında, sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasılası'ndaki (GSYİH) paylarında, bu payların kamu ve özel sektör harcamalarındaki oranlarında, cepten ödenen sağlık harcama oranlarında ve dolayısıyla ülkelerin sağlık göstergelerinde önemli farklılıklar ortaya çıkmaktadır.

Her ülkenin finansman sağlama yöntemi o ülkenin sosyo-ekonomik durumuna ve politik tercihlerine göre şekillenmektedir ve finansman yükü toplum tarafından çeşitli yöntemlerle paylaşılmaktadır. Sağlık harcamaları artan gelişmiş ülkelere bakıldığında sağlık harcamalarındaki artışa genelde yaşlı nüfusun neden olduğu ve nüfus yoğunluğundan ziyade o toplumdaki nüfusun niteliğinden kaynaklandığı görülmektedir (Mendelson ve Schwartz, 1993:123). Ayrıca, ülkelerin ekonomik anlamda gelişmeye devam etmeleri, tıp alanındaki teknolojik gelişmelere bağlı olarak sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve sağlık politikalarındaki değişimler de (örneğin, ABD ve Türkiye'deki yeni sağlık sistemleri) sağlık harcamalarında ve harcama dinamiklerinde artışa sebebiyet verebilmektedir (Thorpe, 2005:1437-1439). Ülkelerin temel hedeflerinden olan kişilerin sağlık hizmetlerine hakkaniyetli olarak ulaşımını sağlamak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve çeşitli sağlık göstergelerinde gelişmeler yaratabilmek için sağlık harcamalarının etkin şekilde kontrolü eskisinden daha önemli bir hale gelmiştir.

Bu çalışmada, çeşitli sağlık sistem modelleri kategorize edilerek OECD üyesi ülkelerin ve özel olarak ABD ve Türkiye'nin 1980-2012 yılları arasındaki sağlık harcamalarındaki değişimleri, bu değişimlerin GSYİH içindeki payları ve sağlık harcamalarının ne şekilde finanse edildiği incelenmiştir. Ayrıca, bu farklı sağlık modelleri ve sağlık harcamalarının çeşitli sağlık göstergelerine ve kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşımına olan etkileri karşılaştırılmıştır.

I- SAĞLIK SİSTEMLERİ MODELLERİ

Günümüz dünyasında ülkeler insanları sağlıklı tutmak, hasta tedavisini sağlamak ve sağlık harcamalarını kontrol etmek gibi mali amaçlarla çeşitli sağlık sistemleri geliştirmişlerdir. Bu sistemlerin temel dinamiklerini ise sağlık hizmetlerinin kaynakları, bu kaynakların yönetimi, organizasyonu, sunumu ve finansmanı oluşturmaktadır (Culyer ve Newhouse, 2000:13-19).

Ülkeler, giderek daha da kompleks hale gelen hukuksal, finansal ve politik yönetim sistemleri içinde en doğru şekilde sağlık hizmeti sunabilme amacıyla bu modelleri geliştirmişlerdir. Genel bir sınıflandırma zor olsa da global olarak kabul görmüş olan dört ana sistem modeli benimsenmiştir: Beveridge modeli, Bismark modeli, ulusal sağlık sigortası modeli ve cepten ödeme modeli. Bu sistemleri birbirinden ayıran temel farklar sağlık bakımı sağlayıcıları, sağlık hizmetlerinin ödenme şekli ve sağlık sigortasını sağlayan ve alan arasında finansal risklerin nasıl bir ayırım gösterdiği (Tatar, 2011:110-111; McCanne, 2010:2).

Ülkeler çoğu zaman tek bir finansman modeli takip etmedikleri ve zaman içerisinde politika değişikliklerine gidebildikleri için ülkeleri bu modellere atamak ve net bir sistem sınıflandırmasından bahsetmek her zaman mümkün olmayabilir (Berie ve Fink, 2000:27). Sağlık hizmetleri finansmanları incelendiğinde birçok ülkede finansmanın giderek daha karma bir hale geldiği, hem vergiler, hem sosyal sigorta primleri, hem hane halkının cepten yaptığı ödemeler, hem de özel sağlık sigortasından yararlanıldığı görülmektedir. Bu yüzden ülkeler sağlık finansman modelleri açısından sınıflandırılırken sistemde ağırlıklı olan finansman şekline göre sınıflandırılmıştır.

A- Beveridge Modeli (Ulusal Sağlık Hizmeti)

II. Dünya Savaşı sonrasında İngiltere'nin ulusal sağlık sistemini tasarlayan William Beveridge tarafından tasarlanıp, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından vergiye dayalı bir şekilde finanse edildiği ve halka sunulduğu bir sağlık sistemidir. Bu anlamda sağlık hizmetleri ulusal güvenlik, yol, köprü, ışıklandırma gibi sıradan bir kamu malı olarak görülmüştür. Sağlık reformu ile ilgili girişimleri nedeniyle en çok başvurulan sağlık finansman yöntemidir. Bu sistemin kurucusu olan İngiltere'de birçok hastane ve klinik devlete aittir, devlete bağlı doktorlar kadar özel doktorlar da

ücretlerini devletten almaktadırlar. Devlet doktorların ne yapacağını ve ne kadar ücret alacağını belirleyebildiği için bu sistemi kullanan ülkelerin çoğunda kişi başı sağlık harcamaları düşük olabilmektedir. Bu sistemi kullanan ülkeler Birleşik Krallık, İspanya, çoğu İskandinav ülkeleri ve Yeni Zelanda'dır (Immergut, 1992:5).

B- Bismarck Modeli

19. yüzyılda Almanya'nın birleşmesinin bir parçası olarak refah devleti tanımını geliştiren Otto Von Bismarck tarafından tasarlanmıştır. Bu modelde bir sigorta sistemi bulunur ve bu sigortanın finansmanı işveren ve işçilerin bordro kesintileri ile sağlanmaktadır. Alman sigorta sistemi olarak da adlandırılan bu sistem ABD'deki işçi-işveren finansmanı sisteminin aksine vatandaşın tümünü kapsamayı hedefler ve kar amacı gütmaz (Barnighausen ve Sauerborn, 2002:1560). Bu sistemi kabullenmiş ülkelerdeki hastane ve doktorlar özel olma eğilimindedirler. Bu sistem hastalık risklerine karşı sigortalama yapar ve dolayısıyla tedavi edici ve ayakta bakım hizmetlerini kapsar. Bismarck modeli gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede sıklıkla uygulanmaktadır. Bu ülkelerin başında Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Japonya, İsviçre ve bazı Güney Amerika ülkeleri gelmektedir (Tatar, 2011:110).

C- Ulusal Sağlık Sigortası Modeli

Bazı kaynaklarda karma model olarak da geçen ulusal sağlık sigortası modelinde Bismarck ve Beveridge modelinden bazı unsurlar bulunmaktadır. Bu modelde özel sağlık hizmeti sunucuları kullanılmaktadır fakat devlet tarafından işletilen ve vatandaşlar tarafından vergi ve prim ödemesi yoluyla finanse edilen bir sistemdir. Tek ödeyici olduğu, pazarlama ihtiyacı ya da kar amacı olmadığı için diğer sistemlere kıyasla daha kolay yönetilip organize edilen ve daha ucuz bir sistem olabilmektedir. Ayrıca, bu sistem maliyetleri kontrol edebilme amacıyla karşılanacak olan sağlık hizmetlerini sınırlandırabilmekte ya da hastaların hizmet alması için bekleme listesi oluşturabilmektedir. Bu sistemi kabul eden en klasik örnek Kanada'dır. Fakat yeni sanayileşmiş Güney Kore ve gelişmekte olan Tayvan gibi ülkelerde de bu sistem görülmektedir (Woolhandler, Campbell vd., 2003:773).

D- Cepten Ödeme Modeli

Cepten ödeme modeli, dünyanın birçok ülkesinde görülen bir modeldir. Sağlık hizmeti veremeyecek kadar gelir seviyesi düşük ve sağlık hizmetleri yönetimi organizesiz ülkelerde en sıklıkla görülmektedir. Bu tür ülkelerde sağlık hizmeti satın alabilmek için para ödeyebilenler bu hizmetten yararlanabilmekte, aksi takdirde hasta kalmakta ya da ölebilmektedirler. Afrika ülkeleri, Çin, Hindistan, bazı Güney Amerika ülkeleri en temel örnekleridir (Lameire, Joffe vd., 1999:6).

E- ABD Modeli

Amerika Birleşik Devletleri'nin genel sağlık sistemi, dört ana sağlık sistem modelinin her birinden bir parça barındırmaktadır. Gaziler ve çocukların sağlık hizmeti alması açısından model Beveridge modeline, yaşlılara hizmet sunumu açısından ulusal sağlık sigortası modeline, çalışanlara sunulan sağlık hizmetleri açısından ise Bismark modeline benzemektedir. Son yıllarda yapılan değişiklikten önce nüfusun %15'inden fazlasının sağlık sigortası olmamasından dolayı ise model cepten ödeme modeliyle benzerlikler taşımaktadır.

Bu sistemin temelini özel sigortalar oluşturmaktadır ve temel ilke herkesin doktorunu ve hastasını seçebilme hakkına sahip olabilmesidir. Hekimlerin çoğu özel muayenelerinde çalışmayı tercih etmekte ve ödemeler ya sigorta tarafında ya da doğrudan hekime yapılmaktadır. Ülkenin sağlık uygulamalarında tam bir birlikten söz etmek mümkün değildir ve eyaletlerde farklı uygulamalar görülebilmektedir. Özel sağlık sigortasına odaklı gelişen sistemde, 1960'lı yıllarda düşük gelir seviyeli kişilerin problemleri için kamunun devreye girmesiyle özel sağlık sigortası yaptıramayanlar için Medicaid ve yaşlılar için Medicare isimli kamu kuruluşları oluşturulmuştur. Benzer uygulamalar gaziler ve çocuklar için de geliştirilmiştir (Oral, 2002:90).

Amerika Birleşik Devletleri, kişi başı sağlık harcamaları en yüksek ülke olmasına ve teknolojik açıdan gelişmiş olmasına rağmen dünyanın en sağlıklı toplumu değildir. DSÖ 2007 verilerine göre ABD bebek ölüm hızına göre 39., doğuştan beklenen yaşam süresine göre 42., global bazda 37. sırada bir sağlık performans düzeyine sahip olabilmiş, Commonwealth Fund 2013 verilerine göre OECD tarafından hazırlanmış gelişmiş ülkeler

sağlık performans sıralamasında ise son sırayı almıştır (WHO, 2012; OECD, 2013b:1). Sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve çok maliyetli olması sebebiyle 2010 yılında Başkan Obama tarafından tasarlanan ve ülke çapında bir reform olarak nitelendirilen 'Hasta Koruma ve Ekonomik Bakım Yasası (The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)' isimli yeni sağlık sisteminde sigorta kapsamında bütün insanların yararlanacağı şekilde bir genişletme politikası yer almaktadır. Bu sigortada Medicaid erişilebilirliği genişletilip eyalet bazında sigorta değişim programıyla bireylerin sağlık sigortasını satın almaları sağlanmaya çalışılmıştır. Ancak, 30 milyon insanı sağlık sigortası kapsamına alma amacıyla yürürlüğe giren yeni sistem yasasında beklenenin aksine sadece 2-3 milyon kişi bu sigorta kapsamına dahil olmuş, medikal ilaçlar ve sağlık harcamalarında ise artışlar görülmüştür (Steinbrook, 2012:1).

F- Türkiye Modeli (Genel Sağlık Sigortası)

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre sağlık hizmeti kamu malî niteliğindedir, devletin görevlerindedir ve sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık hizmetleri kamu, yarı kamu, özel ve kar amacı gütmeyen vakıf kuruluşlarınca sağlanır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise vergiler, sosyal güvenlik primleri (SGK), özel sigorta primleri ve cepten ödeme ile gerçekleştirilmektedir (Pekten, 2006:2).

Son 20 yıl içindeki hızlandırılmış reformlarla ve 2003 yılında başlayan 'Sağlıkta Dönüşüm' programıyla Türk sağlık sistemi yeniden organize olmuş, Sosyal Güvenlik Reformu ile Genel Sağlık Sigortası sistemi yürürlüğe sokulmuştur. Bu değişiklikler sonucunda vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminde kolaylıklar sağlanmış ve yüksek sağlık harcamalarına karşı düşük gelir seviyeli kesim için mali koruma durumunda iyileşmeler görülmüştür (OECD, 2008:75-87). 2012 yılı itibarı ile tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası sistemine dahil olması zorunluluğu getirilmiştir.

Türkiye gelişmekte olan ülkelere ve kendi gelir grubundaki ülkelere kıyasla sağlık indikatörleri ve sağlık harcamalarına göre ortalamanın üzerine çıkmayı başarmasına rağmen OECD üyesi ülkelerle karşılaştırıldığında hala sağlık göstergeleri açısından en olumsuz durumda olan ülkelerden biridir. Ayrıca son yıllardaki kamunun sağlık harcamalarındaki payının hızla yükselmesi finansman konusunda riskleri artırmaktadır.

II- SAĞLIK HARCAMALARI KARŞILAŞTIRMASI

Dünyada sağlık harcamalarında OECD ülkeleri önemli bir yer tutmaktadır. OECD ülkeleri dünya nüfusunun %20'sini oluştururken, 2010 yılında 6,5 trilyon dolara yakın sağlık harcamalarıyla tüm dünya sağlık harcamalarının %84'e sahiptir (OECD, 2013:1). Bu yüksek değerlerin çeşitli açıklamaları olsa da en öne çıkanlar gelişmiş ülkelerde nüfusun giderek yaşlanması, tıp ve ilaç teknolojilerindeki gelişmeler sonucu sağlık hizmetlerinde arzın ve talebin artması ve bazı kronik hastalıklarda görülen artış olarak belirtilmektedir.

A- Kişi Başı Sağlık Harcamaları

OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları Tablo 1'de açıklanmıştır. Tablodaki veriler doğrultusunda 1980 yılında Türkiye'nin 70 dolarlık en düşük kişi başı sağlık harcamasını 86 dolar ile Kore ve 276 dolar ile Portekiz takip etmektedir. Kişi başı sağlık harcamalarında ilk üç sırayı ise 1102 dolar ile ABD, 1029 dolar ile İsviçre ve 973 dolar ile Almanya almıştır. Verilerin son yılları incelendiğinde ABD'nin halen en yüksek sağlık harcamasına sahip olduğu (\$8745), İsviçre, Norveç ve Hollanda gibi ülkelerin kişi başı sağlık harcamalarına ayırdığı kaynağın 5000 dolar üzeri seviyelere kadar yükseldiği görülmektedir.

Veriler doğrultusunda ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde kişi başı sağlık harcamalarının yüksek seviyelerde seyrettiği sonucuna varılabilmektedir. Ayrıca, genel anlamda Bismarck ve Ulusal Sağlık Sigortası sağlık sistem modellerini tercih etmiş ülkelerin kişi başı sağlık harcamalarının Beveridge modelini tercih etmiş ülkelerin harcamalarından daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Bismarck modelinin önemli temsilcilerinden Almanya, Hollanda ve İsviçre'nin kişi başı sağlık harcamaları 1980 ve 2012 yılları arasında OECD ülkeleri içinde ilk 10 sırada yer almış, Kanada ve Avustralya gibi Ulusal Sağlık Sigortası modeli ülkeleri de kendilerine üst sıralarda yer bulmuşlardır.

Türkiye'de ise son yıllarda kişi başı sağlık harcaması 984 dolar civarına yükselmesine rağmen ortalamanın (\$3500) bir hayli gerisinde kalmaya devam etmiştir. Buna rağmen, 1980'li yıllarda Türkiye'nin kişi başı sağlık harcaması miktarı mukayese edilen ülkelerin ortalamasının yaklaşık onda biri iken, 2005 yılında bu rakam dörtte bire, 2012 yılında

ise üçte bire kadar yaklaşmıştır. Bütün bu veriler Türkiye'nin kişi başı sağlık harcamaları miktarında önemli aşamalar kaydettiği ancak henüz OECD ülkelerinin gerisinde olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Satın alma gücü paritesine göre ABD \$)

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	973	1413	1793	2270	2677	3363	4349	4811
Avustralya	639	921	1207	1617	2259	2980	3800	4500
Avusturya	774	925	1627	2250	2898	3503	4457	4896
Belçika	639	963	1351	1708	2245	3204	3965	4419
Çek Cumhuriyeti	-	-	547	895	981	1474	1884	2077
Danimarka	890	1247	1537	1864	2507	3243	4495	4698
Estonya	-	-	-	395	522	831	1274	1447
Finlandiya	563	915	1359	1473	1853	2589	3239	3559
Fransa	665	1028	1440	2093	2544	3254	4016	4288
Hollanda	731	958	1410	1791	2340	3820	5028	5099
İngiltere	467	688	958	1344	1827	2762	3422	3289
İrlanda	508	653	785	1185	1761	2938	3780	3890
İspanya	362	493	868	1188	1538	2270	3016	2998
İsrail	610	784	1028	1435	1765	1829	2081	2304
İsveç	940	1265	1589	1738	2286	2963	3717	4106
İsviçre	1029	1465	2023	2558	3221	4015	5299	6080
İtalya	-	-	1352	1495	2028	2473	3019	3209
İzlanda	750	1176	1659	1902	2740	3304	3299	3536
Japonya	540	856	1114	1557	1969	2491	3213	3649
Kanada	777	1259	1735	2054	2519	3451	4445	4602
Kore	86	155	315	479	743	1282	2086	2291
Lüksemburg	-	-	-	1903	3269	4152	4403	4578
Macaristan	-	-	-	657	852	1434	1656	1803
Meksika	-	-	295	385	508	730	976	1048
Norveç	664	937	1364	1855	3043	4301	5413	6140
Polonya	-	-	288	409	583	856	1395	1540
Portekiz	276	394	626	1012	1654	2212	2767	2457
Slovakya	-	-	-	503	605	1139	2094	2105
Slovenya	-	-	-	970	1450	1961	2364	2667
Şili	-	-	-	396	613	842	1368	1577
Yeni Zelanda	488	611	980	1246	1610	2124	3042	3182
Yunanistan	488	-	843	1258	1451	2352	2624	2409
ABD	1102	1834	2851	3788	4791	6735	8247	8745
Türkiye	69	67	157	178	453	620	1039	984
Ortalama	626	913	1182	1467	1885	2573	3340	3500

Demografik yapı ve nüfus piramidi olarak OECD ülkelerinden daha avantajlı konumda bulunmasına rağmen Türkiye’de sağlık harcamaları yıllar içinde artışlar göstermiştir (WHO, 2012a:155-165). 1980’li yıllardan itibaren ülkede oluşan toplumsal beklentiler, talep artışı ve teknolojik gelişmeler sağlık harcamalarını artıran bazı faktörlerdir (Filiz, 2010:25-27). 1982 yılındaki Anayasa değişiklikleri, sağlık kurumlarının daha verimli çalışıp yönetilmesinin sağlanması ve idari ve mali yönden özerklik kazanması amaçlı hazırlanan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2000-2005) ve 2003 yılından itibaren hız kazanan Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin etkisiyle kişi başı sağlık harcamalarında artışlar görülmüştür (Filiz, 2010:42-48). Fakat, bu değişikliklere paralel olarak Türk Sağlık Sistemi daha liberal bir hal almış, fiyatlardaki yükselmeler ve kar amaçlı yatırımlar sağlık harcamalarını artıran diğer önemli etkenler olmuştur (Erol ve Özdemir, 2014:13-14).

B- Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ndeki Payı (%)

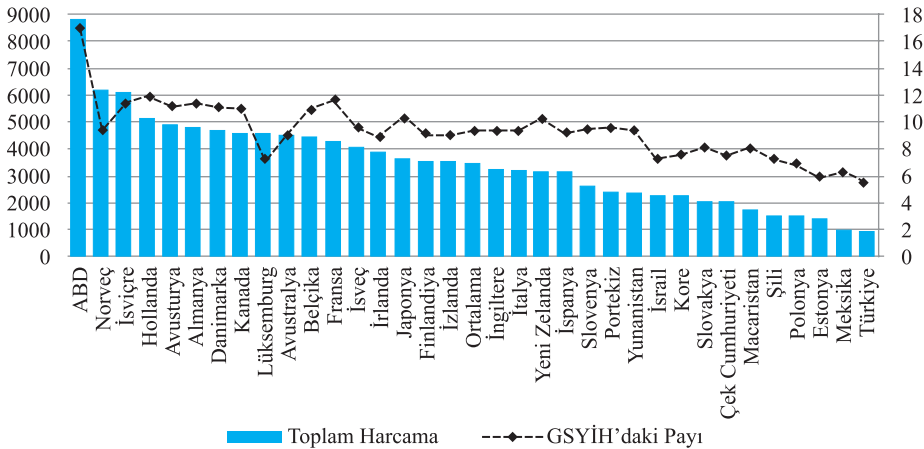
Sağlık harcamalarının ülkelerin GSYİH’ındaki yüzdelik payı Tablo 2’de belirtilmiştir. 1980 yılı verilerine göre en yüksek sağlık harcaması yüzdesine %9 ile ABD sahipken, Danimarka ve İsveç %8,9 ile ABD’yi takip etmektedir. En az payı olan ülkelere Portekiz %5,1’lik, Kore %3,6’lık paya sahipken, Türkiye ise %2,4’lük oranla paydaşlarından çok gerilerdedir. 2012 yılında Türkiye payını %5,4 civarına yükseltmeyi başarmasına rağmen pay grup ülkelerinden halen çok düşüktür. 2012 verilerine bakıldığında en yüksek sağlık harcaması yüzdesini %16,9 ile yine ABD alırken, ABD’yi %12’ye yakın paylarla Hollanda, Fransa ve Almanya takip etmektedir. Türkiye’den sonra en az payı %6,2 ile Meksika ve %5,9 ile Estonya almıştır.

1980’li yıllarda Beveridge modeline sahip Danimarka, İsveç, İrlanda gibi ülkelerin GSYİH içindeki toplam sağlık harcaması payları ABD’den sonra en yüksek ülkeler iken, yıllar içinde özellikle Almanya, Fransa, Hollanda ve İsviçre gibi Bismarck modeli ülkelerinin oranlarında önemli artışlar olmuş ve birçok Beveridge modeline sahip ülkeden daha fazla GSYİH içinde sağlık harcamalarına pay ayırır hale gelmişlerdir. Benzer değişim Ulusal Sağlık Sigortası modeline sahip Kanada gibi ülkelerde de görülmüş ve bu ülkelerin oranlarında özellikle 1990’ların başı ve 2000’li yıllarda önemli artışlar yaşanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü bir ülkenin sağlık harcaması payının o ülkenin GSYİH'nin en az %5'i olması gerektiğini ifade ederek gelişmekte veya az gelişmiş olan ülkelerin bunu hedef haline getirmesine işaret etmektedir. OECD ülkelerinin ortalaması 1980-2012 yılları arasında yaklaşık olarak %6,7'den %9,3'e yükselme göstermiştir. Türkiye'nin GSYİH'ndeki toplam sağlık harcaması payı 1980 yılında OECD üyesi ülkelerin GSYİH'ndeki sağlık harcamaları ortalamasının yaklaşık üçte biri iken 2012 yılında bu rakam %60'lı seviyelere ulaşmıştır.

Kişi başına düşen ortalama gelir seviyesi şeklinde de ifade edilebilen ülkelerin zenginlik seviyelerinin sağlık harcamalarıyla orantılı olduğu belirtilmiştir (Anderson ve Hussey, 2001:227). 2001 krizinden önceki yıllarda ve hatta sonraki birkaç yılda bile OECD ülkelerinin sağlık harcamalarında önemli yükselmeler görülmüştür (Huber ve Orosz, 2003:2). Ekonomik büyümelerin bile üzerinde seyreden GSYİH'daki sağlık harcamaları paylarının tüm dünyada yaşanan 2008 krizinin önemli sebeplerinden birisi olduğu belirtilmiştir (OECD, 2011).

Şekil 1. 2012 Yılı Kişi Başı Sağlık Harcamaları (ABD \$) ve GSYİH'daki Payı



Kaynak: OECD Health Data 2014

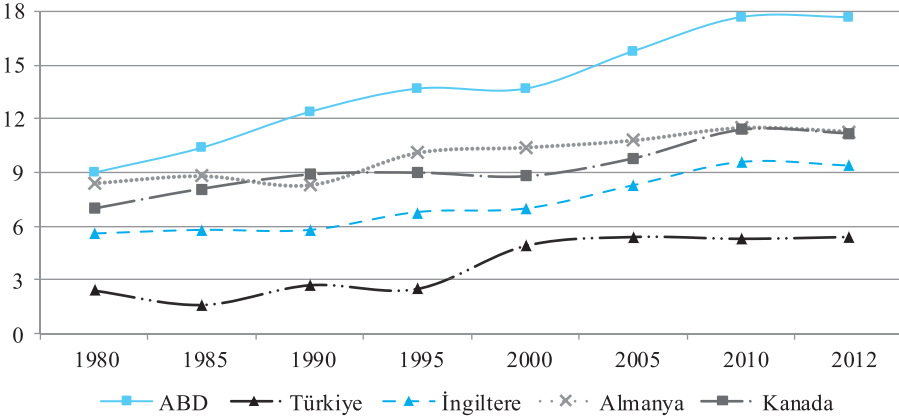
Şekil 1, ülkelerin 2012 yılı kişi başı sağlık harcamaları ve GSYİH içindeki payını göstermektedir. Kişi başına düşen sağlık harcamaları benzer olan ülkelerde sağlık harcamaları paylarında farklılıklar görülebilmektedir. Bu

durum, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payını etkileyen sebeplerin yalnızca sosyo-ekonomik ve piyasa faktörleriyle açıklanamayacağını, sağlık sistemleri model tercihlerinin, kurumsal özelliklerin, organizasyon ve finansmanındaki farklılıkların da sağlık harcamalarının payını ve büyüme hızını etkileyebileceğini göstermektedir.

Tablo 2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'daki Payı (%)

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	8,4	8,8	8,3	10,1	10,4	10,8	11,5	11,3
Avustralya	6,1	6,5	6,8	7,3	8,1	8,5	8,9	9,0
Avusturya	7,5	6,4	8,3	9,6	10,0	10,4	11	11,1
Belçika	6,3	7,0	7,2	7,6	8,1	10,0	10,5	10,9
Çek Cumhuriyeti	-	-	4,4	6,7	6,3	6,9	7,4	7,5
Danimarka	8,9	8,5	8,3	8,1	8,7	9,8	11,1	11,0
Estonya	-	-	-	6,3	5,3	5,0	6,3	5,9
Finlandiya	6,3	7,1	7,7	7,8	7,2	8,4	9,0	9,1
Fransa	7,0	8,0	8,4	10,4	10,1	11,0	11,7	11,6
Hollanda	7,4	7,3	8,0	8,3	8,0	10,9	12,1	11,8
İngiltere	5,6	5,8	5,8	6,8	7,0	8,3	9,6	9,3
İrlanda	8,1	7,4	6,0	6,6	6,1	7,6	9,3	8,9
İspanya	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,3	9,6	9,3
İsrail	7,7	7,2	7,1	7,6	7,5	7,9	7,7	7,3
İsveç	8,9	8,5	8,2	8,0	8,2	9,1	9,5	9,6
İsviçre	7,2	7,6	8,0	9,3	9,9	10,9	10,9	11,4
İtalya	-	-	7,7	7,1	7,9	8,7	9,4	9,2
İzlanda	6,3	7,2	7,8	8,2	9,5	9,4	9,3	9,0
Japonya	6,4	6,5	5,8	6,8	7,6	8,2	9,6	10,3
Kanada	7,0	8,1	8,9	9,0	8,8	9,8	11,4	10,9
Kore	3,6	3,5	3,9	3,7	4,3	5,6	7,3	7,6
Lüksemburg	5,2	5,2	5,4	5,6	7,5	7,9	7,2	7,1
Macaristan	-	-	7,0	7,3	7,2	8,4	8,0	8,0
Meksika	-	-	4,4	5,1	5,1	5,9	6,2	6,2
Norveç	7,0	6,6	7,6	7,9	8,4	9,0	9,4	9,3
Polonya	-	-	4,8	5,5	5,5	6,2	7,0	6,8
Portekiz	5,1	5,6	5,7	7,5	9,3	10,4	10,8	9,5
Slovakya	-	-	-	6,0	5,5	7,0	9,0	8,1
Slovenya	-	-	-	7,5	8,3	8,4	8,9	9,4
Şili	-	-	-	5,2	6,4	6,6	7,4	7,3
Yeni Zelanda	5,8	5,0	6,8	7,1	7,6	8,4	10,2	10,3
Yunanistan	5,9	-	6,7	8,7	8,0	9,7	9,5	9,3
ABD	9,0	10,4	12,4	13,7	13,7	15,8	17,7	16,9
Türkiye	2,4	1,6	2,7	2,5	4,9	5,4	6,7	5,4
Ortalama	6,6	6,7	6,9	7,5	7,8	8,7	9,5	9,3

Şekil 2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'daki Payının 1980-2012 Arasındaki Değişimi



Kaynak: OECD Health Data 2014

Şekil 2, farklı sağlık sistem modeli tercihinine sahip beş ülkenin sağlık harcamalarının GSYİH'ndeki paylarının yıllar içindeki değişimini göstermektedir. Şekil 2'de görüldüğü gibi paylar 1980'den günümüze kadar en yüksek ABD'de, en düşük ise Türkiye'dedir. Ayrıca, Bismarck modelini tercih eden Almanya'nın sağlık harcaması payları Beveridge modeline sahip İngiltere'nin her zaman üzerinde yer almış, fakat paylardaki artışlar iki ülkede de aynı hızda seyretmiştir. Ulusal Sağlık Sigortası modeline sahip Kanada ise 1980 yılında Almanya ve İngiltere'nin ortalaması kadar sağlık harcaması payına sahipken, özellikle 2000'li yılların başında bu pay önemli ölçüde artmış ve günümüzde Almanya sağlık harcaması payı seviyelerine ulaşmıştır.

Tablo 3, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ndeki paylarının son 30 yıl içindeki beşer yıllık değişimlerini özetlemektedir. Tabloda görüldüğü gibi yıllar içinde ülkelerin birçoğunda önemli artışlar olmuş, ABD, İngiltere, İsviçre, Portekiz, Belçika ve Avustralya gibi ülkelerde ise tüm periyodlar içinde her zaman pozitif büyüme görülmüştür. Son yedi yıl içinde ekonomik krizin de etkisiyle Yunanistan, Macaristan ve İzlanda gibi birçok ülkenin sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payında düşüşler gözlenmiştir.

Tablo 3. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'daki Payının Beşer Yıllık Değişimi (%)

Ülke	1980- 1985	1985- 1990	1990- 1995	1995- 2000	2000- 2005	2005- 2010	2010- 2012
Almanya	4,8	-5,7	21,7	3,0	3,8	6,5	-2,5
Avustralya	6,6	4,6	7,4	11,0	4,9	4,7	1,1
Avusturya	-14,7	29,7	15,7	4,2	4,0	5,8	-0,3
Belçika	11,1	2,9	5,6	6,6	23,5	5,0	3,2
Çek Cumhuriyeti	-	-	52,3	-6,0	9,5	7,2	1,6
Danimarka	-4,5	-2,4	-2,4	7,4	12,6	13,3	-0,9
Estonya	-	-	-	-15,9	-5,7	26,0	-6,8
Finlandiya	12,7	8,5	1,3	-7,7	16,7	7,1	1,1
Fransa	14,3	5,0	23,8	-2,9	8,9	6,4	0,5
Hollanda	-1,4	9,6	3,8	-3,6	36,3	11,0	5,1
İngiltere	3,6	0	17,2	2,9	18,6	15,7	-1,1
İrlanda	-8,6	-18,9	10,0	-7,6	24,6	22,4	-3,6
İspanya	1,9	20,4	13,8	-2,7	15,3	15,7	-3,1
İsrail	-6,5	-1,4	7,0	-1,3	5,3	-2,5	1,1
İsveç	-4,5	-3,5	-2,4	2,5	11,0	4,4	1,2
İsviçre	5,6	5,3	16,3	6,5	10,1	0	4,7
İtalya	-	-	-7,8	11,3	10,1	8,0	-2,3
İzlanda	14,3	8,3	5,1	15,9	-1,1	-1,1	-2,7
Japonya	1,6	-10,8	17,2	11,8	7,9	17,1	7,2
Kanada	15,7	9,9	1,1	-2,2	11,4	16,3	-1,7
Kore	-2,8	11,4	-5,1	16,2	30,2	30,4	4,1
Lüksemburg	0	3,8	3,7	33,9	5,3	-8,9	-6,7
Macaristan	-	-	4,3	-1,4	16,7	-4,8	-1,2
Meksika	-	-	15,9	0	15,7	5,1	-1,6
Norveç	-5,7	15,2	3,9	6,3	7,1	4,4	-1,5
Polonya	-	-	14,6	0	12,7	12,9	-3,7
Portekiz	9,8	1,8	31,6	24,0	11,8	3,8	-6,8
Slovakya	-	-	-	-8,3	27,3	28,6	-4,3
Slovenya	-	-	-	10,7	1,2	6,0	3,3
Şili	-	-	-	23,1	3,1	12,1	2,5
Yeni Zelanda	-13,8	36,0	4,4	7,0	10,5	21,4	1,0
Yunanistan	-	-	29,9	-8,0	21,3	-2,1	-2,3
ABD	15,6	19,2	10,5	0	15,3	12,0	-0,9
Türkiye	-33,3	68,8	-7,4	96,0	10,2	3,0	-4,0
Ortalama	1,5	3,0	8,7	4,0	11,5	9,2	-0,9

Tablo 3, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ndaki paylarının son 30 yıl içindeki beşer yıllık değişimlerini özetlemektedir. Tabloda görüldüğü gibi yıllar içinde ülkelerin birçoğunda önemli artışlar olmuş, ABD, İngiltere, İsviçre, Portekiz, Belçika ve Avustralya gibi ülkelerde ise tüm periyodlar içinde her zaman pozitif büyüme görülmüştür. Son yedi yıl içinde ekonomik krizin de etkisiyle Yunanistan, Macaristan ve İzlanda gibi birçok ülkenin sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payında düşüşler gözlenmiştir.

Tablo ayrıca 1995'li yıllara kadar birçok OECD ülkesindeki sağlık harcama paylarındaki artışın kişi başına düşen GSYİH artışına paralel şekilde olduğu ve stabil bir hale geldiğini göstermektedir. 1980'li yılların başında bazı ülkelerin sağlık sistemlerinde önemli değişimler yaşandığı için ülkelerin sağlık harcama paylarında önemli azalmalar olmuştur. Sonraki yıllarda ise değişim ülkelerin çoğunda %10 seviyesinin altında kalmıştır. Fakat 1995'li yıllardan sonra ekonomik gelişmeler, 2000'li yılların başındaki ekonomik kriz ve ülkelerin demografik ve sosyal karakterlerindeki değişimlere paralel olarak sağlık harcamalarının GSYİH'ndaki paylarında ülkeler arasında önemli farklılıklar görülmeye başlanmıştır.

Ülkeler arası önemli farklılıklar görülse de OECD ülkelerinin genelinde sağlık harcamaları ve harcamaların GSYİH'na paylarında önemli artışlar gerçekleşmiştir. 2012 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ndaki payı OECD ülkelerinde ortalama %9,5 civarında, ABD'de %17 seviyesinde, Türkiye'de ise %6 sınırındadır. Bu paylar 1980 yılında OECD ülkelerinde ortalama %6,5, ABD'de %9, Türkiye'de ise %2,5 seviyelerinde idi. Bu önemli artışlar göz önünde bulundurulduğunda, ülkelerin gelişmişlik seviyelerindeki artış ve demografik karakterlerindeki farklılaşmalar kadar bu ülkelerdeki risk faktörleri, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve hayat tarzına bağlı durumların oluşturduğu sağlık problemleri de önem taşımaktadır (WHO, 2007). Bu ülkelerdeki optimal sağlık harcaması tespiti ve sağlık sistemlerinin verimliliğini artırabilme amacıyla bazı araştırmalar yapılmıştır (OECD, 2008: 75-87). Bu çalışmalara göre ülkeler en etkin performansa ve GSYİH içindeki sağlık harcaması payına ulaştığında ortalama yaşam sürelerinin 2 yıla kadar artırılacağı ve GSYİH'nda %2 civarında önemli tasarruflar elde edilebileceği ön görülmüştür (OECD, 2011).

C-Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı

Tablo 4. Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu Harcamalarının Payı (%)

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	78,7	77,4	76,2	81,4	79,5	76,6	76,7	76,7
Avustralya	62,6	70,6	66,2	65,8	66,8	66,9	67,8	67,8
Avusturya	68,8	76,1	72,9	73,5	75,6	75,3	75,8	75,9
Belçika	-	-	-	76,8	74,6	76,1	75,1	75,2
Çek Cumhuriyeti	96,8	92,2	97,4	90,9	90,3	83,7	83,8	84,0
Danimarka	87,8	85,6	82,7	82,5	83,9	84,5	85,1	85,8
Estonya	-	-	-	89,8	77,2	76,7	78,9	78,7
Finlandiya	79,0	78,6	80,9	71,7	71,3	73,8	75,4	75,0
Fransa	80,1	78,5	76,6	79,7	79,4	77,7	76,9	77,4
Hollanda	73,2	73,3	71,2	75,4	66,4	69,7	86,1	85,8
İngiltere	89,4	85,8	83,6	83,9	79,1	80,9	83,5	84,0
İrlanda	82,0	75,8	71,7	72,5	75,1	76,0	69,6	67,6
İspanya	79,9	81,1	78,7	72,2	71,6	70,9	74,2	73,0
İsrail	-	-	-	67,4	62,6	59,3	60,9	59,8
İsveç	92,5	90,4	89,9	86,6	84,9	81,2	81,5	81,3
İsviçre	-	50,3	52,4	53,6	55,4	59,5	65,2	65,8
İtalya	-	-	79,5	72,8	74,2	77,9	78,5	77,3
İzlanda	88,2	87,0	86,6	83,9	81,1	81,4	80,4	80,5
Japonya	71,3	70,7	77,6	82,3	80,8	81,6	82,1	82,1
Kanada	75,6	75,5	74,5	71,2	70,4	70,2	70,8	70,1
Kore	22,1	32,1	39,5	38,6	50,4	53,3	56,5	54,5
Lüksemburg	92,8	89,2	93,1	92,4	85,1	84,9	84,3	83,5
Macaristan	-	-	-	84,0	70,7	70,0	64,8	62,6
Meksika	-	-	40,4	42,1	46,6	45,0	47,3	50,6
Norveç	85,1	85,8	82,8	84,2	82,5	83,5	84,7	85,0
Polonya	-	-	91,7	72,9	70,0	69,3	71,2	69,2
Portekiz	64,3	54,6	65,5	62,6	66,6	68,0	65,9	65,0
Slovakya	-	-	-	88,5	89,4	74,4	64,5	69,7
Slovenya	-	-	-	77,7	74,0	72,7	74,0	71,5
Şili	-	-	-	48,2	52,1	40,0	47,2	46,9
Yeni Zelanda	88,0	87,0	82,4	77,2	78,0	79,7	83,2	82,7
Yunanistan	55,6	-	53,7	52,0	60,0	60,1	66,8	67,1
ABD	41,0	39,6	39,4	45,1	43,0	44,2	47,6	47,6
Türkiye	29,4	50,6	61,0	70,3	62,9	67,8	74,7	76,8
Ortalama	73,2	73,4	72,9	71,6	71,5	71,1	71,9	72,3

Ülkelerin tercih ettiği sağlık sistemlerini birbirinden ayıran temel farklar sağlık hizmetleri sağlayıcıları, sağlık hizmetlerinin ödenme şekli ve sağlık sigortasını sağlayan ve alan arasında finansal risklerin nasıl bir ayırım gösterdiğidir. Sağlık hizmetleri ve finansmanları incelendiğinde birçok ülke giderek daha karma bir hale geldiği için sağlık modelleri sistemde ağırlıklı olan hizmet sağlayıcıları ve finansman şekline göre sınıflandırılmıştır. Bu açıdan, ülkelerin toplam sağlık harcamalarında kamu ve özel sağlık harcamalarının payı ve kişilerin cebinden ödediği paylar önem arz etmektedir.

Toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının paylarına Tablo 4'te yer verilmiştir. 1980 yılında toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının en yüksek payı aldığı ülkeler %96,8 ile Çek Cumhuriyeti, %92,5 ile Lüksemburg ve İsveç olarak göze çarpmaktadır. Kamu harcamalarının en az olduğu ülkeler ise %22 ile Kore, %30 ile Türkiye ve %41 ile ABD'dir. Türkiye, OECD ülkeleri ortalaması olan %73'lük kamu harcama oranının bir hayli gerisinde yer almaktadır. 2000'li yılların başında kamu sağlık harcamalarında ilk sıraları yine doğu bloğu ülkelerinden Çek Cumhuriyeti ve Slovakya almaktadır. 2012 yılına bakıldığında kamu harcamalarının en fazla payı aldığı ülkeler %85 ile Hollanda, Danimarka, Norveç ve Çek Cumhuriyeti'dir. Kamu harcamalarının payının en düşük olduğu OECD ülkeleri ise %47 ile Şili, Meksika ve ABD olmuşlardır.

Türkiye 1980'de Kore ile birlikte en düşük kamu harcamasına sahip ülke durumunda iken, 1995 yılına kadar kamu payını %70,2'ye yükseltip OECD ortalamasını yakalamış, fakat sonrasında 2000 yılına kadar %62,9'a düşürerek ortalamasının altında kalmıştır. 2000'li yıllarla birlikte sağlıkta yapılan yatırımların etkisiyle kamunun sağlık harcamalarındaki payı %10'dan fazla artmış ve 2012 itibarıyla %76,8 ile OECD üye ülkeler ortalamasının üzerine çıkmıştır. Ayrıca, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlatıldığı 2003'ten itibaren Türkiye'de yapılan kamu sağlık harcamalarındaki artış oranı sağlığa yapılan toplam harcamaların artış oranına benzer şekilde artmakta, fakat iki oran da GSYİH'nin büyüme hızından daha yavaş ilerlemektedir (OECD, 2008:75-87). Bununla beraber, özellikle 2008'den sonraki sağlık alanındaki yeniliklere paralel olarak özel sağlık hizmetlerinin aldığı paylar da artmış, özel sağlık

harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı her yıl %1-2 artmaya başlamıştır.

Son 30 yılda ülkelerin kamu ve özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına olan payları incelendiğinde ülkelerin tercih ettiği sağlık sistemleri ile birebir bir ilişki içinde olmadığı göze çarpmaktadır. Fakat yıllar içinde bazı değişiklikler gösterse de Beveridge modelini kabul etmiş ülkelerin toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı Bismarck modeli ülkelere göre genelde daha fazla olmuştur. 2000’li yıllarda Beveridge modeli ülkelerinin kamu harcamaları oranlarındaki azalmalar ve özele daha çok yönelmeler sebebiyle Bismarck modeli ülkelerinin kamu harcama oranlarından farkları giderek azalmış, Beveridge model ülkesinin kamu harcama oranı %80-85 aralığında, Bismarck model ülkesi kamu harcama oranı ise %75-80 aralığında seyretmeye başlamıştır. Kanada, Kore gibi Ulusal Sağlık Sigortası modeli ülkelerinin payları diğer ülkelere kıyasla daha düşük olmuş, fakat en az paya sahip ülke ise kendine özgü bir sağlık sistemine sahip olan ABD olmuştur.

OECD ülkelerindeki kişilerin cepten yaptıkları sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı Tablo 5’te verilmiştir. OECD üyesi ülkelerdeki cepten ödeme paylarının ortalaması 1980’den günümüze kadar %20’li seviyelerde olmuştur. 1980’li yıllarla ilgili çoğu ülkenin bilgileri mevcut değildir. 1990’lı yıllardan günümüze kadar birçok ülkenin cepten harcama paylarında önemli değişiklikler olmamıştır. Cepten ödeme paylarının en yüksek olduğu ülkeler Meksika, Şili ve Kore olmuştur. Bu ülkelerde cepten ödeme payları %40 ve üzeridir. Bu ülkeleri, son yıllarda ekonomik krizlerle boğuşan Yunanistan, Portekiz ve Macaristan (%30) takip etmektedir. Ülkelerin tercih ettiği modellerle cepten ödeme payları arasında net bir ilişki bulunmasa da genel olarak birçok Bismarck modeli ülkenin cepten ödeme payı Beveridge modelini tercih eden ülkelerin paylarından daha düşüktür. 2012 yılında cepten ödeme payının en az olduğu ülkeler %6 civarı paylarla Bismarck modele sahip Hollanda ve Fransa’dır. Bu ülkeleri %10 seviyelerinde yer alan Beveridge model ülkeler İngiltere ve Yeni Zelanda takip etmektedir. Türkiye ise 1995 ve sonrasında cepten ödemelerin toplam harcamaların %30’una denk geldiği bir ülke iken 2000’li yıllardan sonra sağlık reformlarıyla birlikte bu payı %15’li seviyelere kadar düşürmeyi başarmıştır.

Tablo 5. *Çepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı*

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	10,3	11,2	11,1	10,0	11,4	13,5	13,1	13,0
Avustralya	15,3	13,8	16,1	16,2	19,8	18,6	19,3	19,8
Avusturya	-	-	-	15,1	15,2	17,8	17,0	16,7
Belçika	-	-	-	19,5	21,2	18,8	20,7	20,4
Çek Cumhuriyeti	-	-	2,6	9,1	9,7	10,7	14,9	15,0
Danimarka	11,4	13,6	16,0	16,3	14,7	14,0	13,2	12,4
Estonya	-	-	-	10,2	19,9	20,4	18,6	18,2
Finlandiya	18,4	18,3	15,5	22,7	22,3	20,1	18,6	18,7
Fransa	12,8	14,4	11,4	7,6	7,1	7,0	7,4	7,5
Hollanda	-	-	-	9,6	8,9	8,1	5,7	6,0
İngiltere	8,6	-	10,6	10,9	11,1	9,8	9,2	9,0
İrlanda	-	14,5	16,5	15,3	16,0	16,1	18,2	16,9
İspanya	-	-	-	23,5	23,6	22,1	19,8	20,7
İsrail	-	-	-	25,7	28,3	29,2	26,0	25,9
İsveç	-	-	-	13,3	13,7	16,7	16,3	16,5
İsviçre	-	37,6	35,7	33,1	33,0	30,6	25,1	26,0
İtalya	-	-	17,1	24,7	23,1	19,0	17,5	18,8
İzlanda	-	13,0	13,4	16,1	18,9	17,2	18,2	18,1
Japonya	-	-	-	14,0	15,4	15,4	14,4	16,3
Kanada	-	-	14,4	16,0	15,9	14,6	14,4	15,0
Kore	73,4	61,7	55,7	51,8	39,4	37,5	34,2	35,9
Lüksemburg	7,2	9,2	5,5	6,2	11,8	11,6	11,4	11,0
Macaristan	-	-	-	16,0	26,3	25,0	26,3	28,3
Meksika	-	-	58,3	56,2	50,9	51,7	49,0	45,2
Norveç	-	-	14,6	15,2	16,7	15,6	13,6	13,5
Polonya	-	-	8,3	27,1	30,0	26,1	22,1	22,7
Portekiz	-	-	-	23,9	24,3	23,9	25,8	27,3
Slovakya	-	-	-	11,4	10,6	22,6	25,9	22,6
Slovenya	-	-	-	11,2	11,4	12,6	12,2	11,9
Şili	-	-	-	38,7	36,5	39,0	36,5	31,9
Yeni Zelanda	10,4	10,8	14,5	16,2	15,4	14,1	10,5	10,9
Yunanistan	-	-	-	45,9	37,7	37,9	28,8	28,4
ABD	23,3	22,0	19,5	14,5	14,9	13,2	11,7	12,0
Türkiye	-	-	-	29,7	27,6	22,7	16,2	15,4
Ortalama	19,1	20,0	18,8	20,6	20,7	19,9	19,7	19,0

Sağlık harcamalarının finansmanı ve bu finansmanın verimliliği ve başarısı incelendiğinde harcamalarının içeriğinin tespiti önemlidir. Toplam sağlık harcamalarındaki ilaç harcamalarının payı Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo. 6 *Toplam Sağlık Harcamalarında İlaç Harcamalarının Payı (%)*

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	13,4	13,8	14,3	12,8	13,5	15,0	14,7	14,1
Avustralya	8,8	9,0	9,9	12,2	14,8	14,3	15,4	-
Avusturya	-	-	9,6	9,2	12,1	12,8	11,8	11,7
Belçika	17,4	15,7	15,5	18,1	-	16,8	16,2	15,5
Çek Cumhuriyeti	-	-	21,0	25,1	23,4	24,8	19,9	20,0
Danimarka	6,0	6,6	7,5	9,1	8,7	8,2	7,4	6,8
Estonya	-	-	-	-	22,3	23,9	21,8	21,5
Finlandiya	10,7	9,7	9,4	13,8	15,2	16,0	13,2	13,2
Fransa	16,0	16,2	16,9	15,0	16,5	16,7	15,9	15,6
Hollanda	8,0	9,3	9,6	11,0	11,7	10,5	9,5	9,4
İngiltere	12,8	14,1	13,5	15,3	14,2	12,7	-	-
İrlanda	11,0	9,9	12,2	11,4	14,1	16,3	17,9	17,5
İspanya	21,0	20,3	17,8	19,2	21,3	20,1	18,3	17,4
İsrail	-	-	-	-	-	-	-	-
İsveç	6,5	7,0	8,0	12,3	13,8	13,4	12,5	12,1
İsviçre	-	11,3	10,2	10,1	10,8	10,6	9,7	9,4
İtalya	-	-	20,3	20,4	21,7	19,9	16,9	15,7
İzlanda	15,9	16,6	13,5	13,4	14,5	14,4	15,8	15,4
Japonya	21,2	18,0	21,4	22,2	18,4	19,7	20,3	-
Kanada	8,5	9,6	11,5	13,9	15,9	17,2	16,7	16,6
Kore	15,9	17,2	17,7	17,9	19,8	22,4	20,5	20,2
Lüksemburg	14,5	14,7	14,9	12,0	9,1	9,2	-	-
Macaristan	-	-	-	25,0	-	30,3	32,9	33,4
Meksika	-	-	-	-	19,4	25,4	-	-
Norveç	8,7	9,1	7,2	9,0	9,5	9,1	7,4	6,6
Polonya	-	-	-	-	-	28,0	22,7	22,5
Portekiz	19,9	25,4	24,9	23,6	19,9	20,7	18,5	17,9
Slovakya	-	-	-	-	34,0	31,9	26,4	27,4
Slovenya	-	-	-	-	-	20,8	19,6	19,5
Şili	-	-	-	-	-	13,9	12,9	12,6
Yeni Zelanda	11,9	13,3	13,8	14,8	-	10,7	9,5	9,4
Yunanistan	18,8	-	14,3	15,7	18,9	21,5	28,2	28,5
ABD	8,7	8,7	8,8	8,4	11,3	12,2	11,8	11,7
Türkiye	-	13,0	20,4	-	26,6	-	-	-
Ortalama	13,1	13,2	14,0	15,0	16,7	17,5	16,7	16,4

OECD ülke ortalamalarına bakıldığında yıllar içinde küçük değişimlere rağmen toplam sağlık harcamalarının ortalama altıda biri ilaç harcamalarına gitmektedir. Tıp ve eczacılık alanındaki gelişmelerle birlikte yeni bulunan ilaçlar ve nüfusun yaşlanması farmasötik ürünlerin kullanımındaki artışların temel sebebidir (Grabowski, 2011:163). Bu artış, genel olarak toplam sağlık harcamalarındaki artışlara da yansımaktadır. Fakat tabloda görüldüğü gibi farmasötik harcamaların toplam sağlık harcamalarındaki oranlarıyla ülkelerin sağlık sistemleri ve finansman teknikleri arasında net bir ilişki bulunmamaktadır. İlaç harcamaları paylarının en fazla olduğu ülkeler doğu Avrupa ülkeleridir (Yunanistan, Macaristan, Slovakya, Polonya ve Estonya). Beveridge modeli kullanan Norveç, Danimarka ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde ise farmasötik harcama payları en az seviyededir. Türkiye'nin bu alanda önemli veri eksikliği bulunmaktadır.

III- SAĞLIK İNDİKATÖRLERİ KARŞILAŞTIRMASI

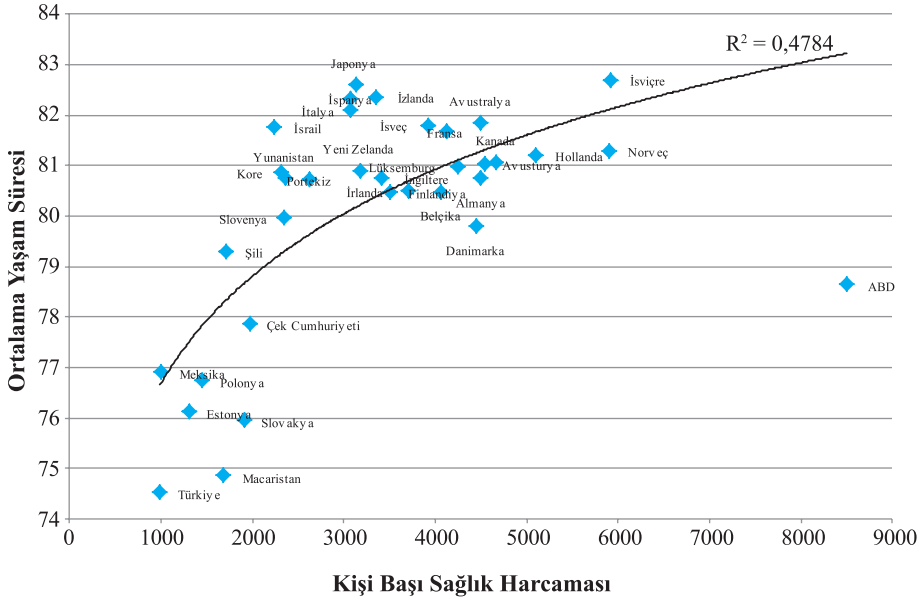
Ülkelerin ve sağlık sistemlerinin uluslararası düzeyde kıyaslanmasında çeşitli sosyo-demografik, sosyo-ekonomik göstergeler ve sağlık hizmetleri insan gücü gibi göstergeler kullanılabilir. Çelik'e (2011:69) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası kuruluşlara göre sağlık indikatörleri ölüm, hastalık ve doğurganlık ölçütleri olarak üç ana grupta toplanabilir. Genel anlamda kişi başı sağlık harcamaları arttıkça bebek ölüm oranlarında azalma ve ortalama yaşam süresinde artış gibi sağlık indikatörlerinde olumlu değişiklikler beklenmektedir. Fakat çok yüksek sağlık harcamaları bu sağlık göstergelerinin daha da gelişeceği anlamına gelmemektedir.

A- Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi

Doğuşta beklenen yaşam süresi en sık kullanılan sağlık indikatörlerinden birisidir. Bir nüfusun (çocuk, ergen, yetişkin ve yaşlı tüm nüfusun) doğum anındaki ortalama ölüm seviyesini gösterir. DSÖ verilerine göre dünya üzerindeki tüm ülkelerde doğuşta beklenen yaşam süresi 70 yaş civarındadır. Bu ortalama, düşük gelirli ülkelerde 60 yaşlara kadar düşerken, OECD ülkeleri gibi birçok gelişmiş ülkede ise 80 ve üzeri yaşlara ulaşmıştır. 1990'lı yıllardan günümüze kadar 20 yıllık kısa süre içinde doğuşta beklenen yaşam süresi, sağlık harcamalarındaki artışlar, tıp teknolojisindeki gelişmeler ve sağlık hizmetlerine ulaşımın artması gibi sebeplerle ortalama 6 yıl artmıştır (OECD, 2011).

Şekil 3, OECD üyesi 34 ülkenin kişi başı sağlık harcamaları ile doğuştan beklenen yaşam süresi ilişkilerini göstermektedir. Bismarck sağlık sistem modeline sahip Japonya ve İsviçre, OECD ülkeleri içinde en yüksek yaşam beklentisine sahip ülkelerdir. Bu ülkeleri Beveridge modeline sahip olan İspanya, İzlanda, İtalya, İsveç gibi Avrupa ülkeleri takip etmektedir. Doğuştan beklenen yaşam süresi en düşük ülkeler ise Türkiye, Macaristan ve Slovakya'dır. 1970'li yıllardan günümüze kadar Macaristan'ın yaşam beklentisinde belirli artışlar gözlenirken, Türkiye'deki artış çok daha hızlı gerçekleşmiş ve OECD üyesi ortalamasına yaklaşmıştır.

Şekil. 3 Toplam Sağlık Harcamaları ve Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi İlişkileri



Kaynak: OECD Health Data 2014

Literatürde sıklıkla değinildiği gibi yüksek milli gelir ve dolayısıyla yüksek sağlık harcamaları daha iyi beslenme imkanları ve sağlık koşulları, tıp teknolojisindeki gelişmeler ve sağlık arzındaki olumlu gelişmelere paralel olarak doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasını sağlamaktadır (Taban, 2006:33; Çevik, 2013:114). Benzer ilişki Şekil 3'te görülmektedir. Fakat kişi başı sağlık harcaması 5000 doları geçen üç ülkede (ABD, Norveç, Hollanda) doğuştan beklenen yaşam süresinin

diğer birçok ülkeye (Japonya, İspanya, İtalya, İzlanda gibi) göre göreceli olarak daha düşük olduğu görülmektedir. Bu da, kişi başı sağlık harcamalarındaki artışın doğuştan beklenen yaşam süresini azalan bir şekilde artırdığını göstermektedir. Diğer bir söylemle, yaşam beklentisini yükseltmek için çok fazla sağlık harcaması gerçekleştirmek bir önkoşul olmayabilmektedir.

B- Bebek Ölüm Hızları

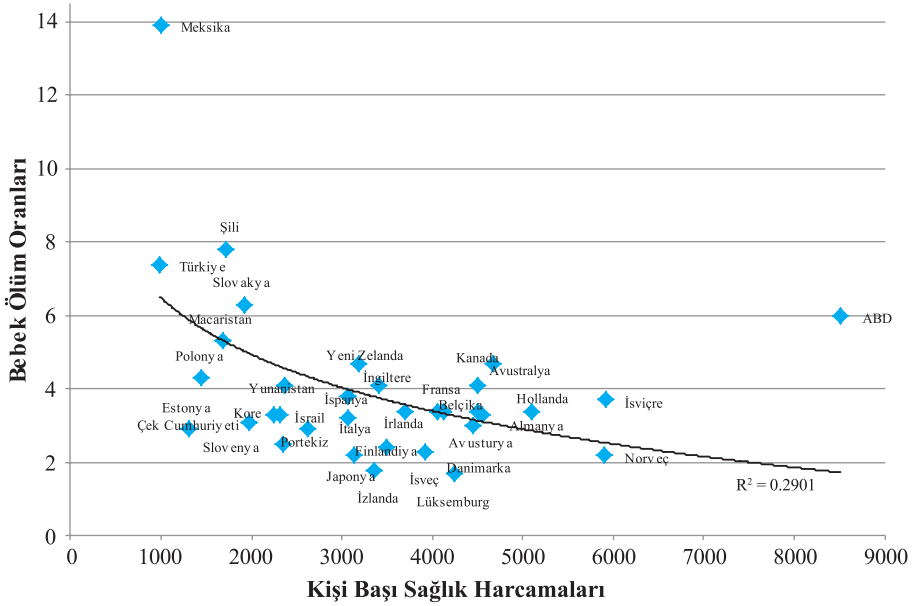
Bebeklik çağının ilk yılını tamamlayamadan ölen bebeklerin hızının ölçümü, en sıklıkla kullanılan uluslararası sağlık göstergeleri kıyaslamalarındandır. Dünya genelinde bebek ölüm hızları 1990'daki her 1000 bebekte 63 ölümden 2012 yılında her 1000 bebekte 35 ölüme kadar gerilemiştir. Fakat DSÖ verilerine göre bu sayı Afrika ülkelerinde gelişmiş Avrupa ülkelerine göre hala altı kat daha fazladır (OECD, 2013).

Bebek ölüm hızı, anne ve yeni doğanların ekonomik ve sosyal durumlarının, sosyal çevrenin, kişisel hayat tarzlarının ve dolayısıyla sağlık sistemlerinin karakteristik özelliklerini yansıtmaktadır. Çoğu ülkede sağlık harcamalarının yüksekliği ile düşük bebek ölüm hızları arasında bir ilişki bulunmasına rağmen bazı ülkelerde sağlık harcamaları az olmasına rağmen bebek ölüm hızları düşük olabilmektedir. Bu durum, bebek ölüm hızlarını en aza indirgeyebilmek için yüksek sağlık harcaması yapmanın bir önkoşul olmadığını göstermektedir.

Şekil 4, OECD ülkelerinin kişi başı sağlık harcamaları ile ortalama bebek ölüm hızlarını göstermektedir. OECD üyesi ülkelerin tamamına yakınında bebek ölüm hızları çok düşüktür ve hızlar arasında küçük değişimler vardır. Fakat Türkiye, Meksika ve Şili gibi gelişmekte olan OECD ülkelerinin hızları halen ortalamanın çok üzerindedir. İsveç, Norveç, Finlandiya, Portekiz, İzlanda, Danimarka gibi Beveridge model sağlık sistemine sahip ülkelerin çoğunda bebek ölüm hızları en düşük seviyelerdedir.

Kişi başı sağlık harcamaları arttıkça bebek ölüm hızlarında önemli miktarda azalmalar görülmektedir. Fakat kişi başı harcamalar arttıkça bebek ölüm hızlarındaki azalma hızı yavaşlamaktadır. Hatta, ABD ve İsviçre gibi ülkelerde kişi başı sağlık harcamaları çok yüksek olmasına

Şekil. 4 Toplam Sağlık Harcamaları ve Bebek Ölüm Hızı İlişkileri



Kaynak: OECD Health Data 2014

rağmen bebek ölüm hızları aynı seviyede düşmemiş, birçok düşük sağlık harcamalı ülke hızlarının üzerinde yer almıştır. Literatürde gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık harcamalarındaki artışların bebek ölüm hızlarında önemli azalmalar sağlayabileceği fakat özellikle gelişmiş ülkelerde bu etkinin çok kısıtlı olacağı belirtilmiştir (Filmer ve Pritchett, 1999:1310; Bhalotra, 2007:19). Sosyal çevre, hayat tarzları ve sağlık sistemlerinin karakteristik özelliklerini yansıtan bebek ölüm hızlarını en aza indirebilmek için yüksek sağlık harcaması yapmanın bir önkoşul olmadığı anlaşılmaktadır.

IV- SAĞLIK SİSTEMLERİNE GÖRE ÜLKE KIYASLAMALARI

Farklı sağlık sistemleri kullanan ülkelerin sağlık harcamaları ile sağlık performans indikatörleri arasındaki ilişki kıyaslanıp güçlü ve zayıf yönleri ortaya çıkarılabilir. Tablo 7, Beveridge, Bismarck ve Ulusal Sağlık Sigortası sistemlerini tercih eden OECD ülkelerinin, ABD'nin ve özel olarak Türkiye'nin sağlık harcamaları, sağlık indikatörleri ve sağlık

sistemlerinin verimlilik ve başarılarını ölçen değerleri göstermektedir. Ülkelerin sağlık sistemlerinin verimlilikleri, bekleme süreleri (aynı gün randevu alamama oranları) ve fazla maliyetlerden dolayı sağlık hizmeti satın alamama oranları ile ölçülebilmektedir (Matthews, Jenkins vd., 2012:106). Tablo bu verilere ek olarak, ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının GSYİH'ndeki payını, bu harcama değerlerinin yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızları üzerindeki etkilerini karşılaştırmaktadır.

Tablo. 7 Sağlık Sistemlerinin Sağlık Harcamaları ve Sağlık İndikatörleriyle Kıyaslaması

Ülke	Kişi Başı Sağlık Harcaması (\$)	Sağlık Harcaması (GSYİH %)	Ortalama Ömür Süresi	Bebek Ölüm Oranı	Aynı Gün Randevu Alamama (%)	Maliyetten Dolayı Hizmet Alamama (%)
Beveridge Ülkeleri	3401	9,5	79,9	3,2	48,5	9,5
Bismarck Ülkeleri	3345	9,1	80,7	3,4	44,0	15,5
Ulusal Sağlık Sigortası Ülkeleri	3827	10,1	80,1	4,7	77,0	25,0
ABD	8505	17,7	78,6	6,0	70,0	33,0
Türkiye	984	5,4	74,6	7,4	-	-

Kaynak: OECD Health Data 2014

Bismarck modelini kabul eden OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcaması ve bu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki pay payları Beveridge ülkeleri ve Ulusal Sağlık Sigortası modeline sahip ülkelerinkinden daha düşüktür. ABD'nin kişi başı sağlık harcaması tüm OECD üyesi ülkelerin çok üzerindedir. Türkiye ise gerek kişi başı sağlık harcamalarında, gerekse de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı açısından diğer OECD ülkelerinin çok gerisinde kalmıştır.

Farklı sağlık harcamalarına sahip ülke gruplarının sağlık göstergeleri üzerindeki etkisi doğuştan beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm hızları ile kıyaslanabilir. Tabloda görüldüğü gibi ülkelerin sağlık harcamaları

arttıkça genel olarak bebek ölüm hızları düşmekte, beklenen yaşam süreleri ise artmaktadır. GSYİH’da toplam sağlık harcamaları payı Bismarck ülkelerinden daha fazla olan Beveridge ülkelerinde görülen bebek ölüm hızları, diğer ülkelerden çok daha düşüktür. Fakat, göreceli olarak daha az sağlık harcaması yapan Bismarck ülkelerindeki beklenen yaşam süresi ise diğer model ülkelerinden daha yüksektir. Bu durum, yüksek sağlık harcaması ve farklı sağlık sistem modelleri ile sağlık göstergeleri arasında her zaman pozitif bir ilişki olmayabileceğini ve optimal sağlık harcaması yüzdesi belirlemenin önemini göstermektedir.

Farklı sağlık sistem modellerine sahip olan OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin verimlilikleri ve başarılarını ölçmek için çeşitli değişkenler kullanılmaktadır. En çok tercih edilen ve verisi kolay bulunan değişkenler bekleme süresini ölçen aynı gün içinde randevu alamama oranları ve fazla maliyetten dolayı sağlık hizmetlerine ulaşamama oranlarıdır (Matthews, Jenkins vd., 2012:106). Veri eksikliğinden dolayı Türkiye’nin performansı diğer ülkelerle kıyaslanamamaktadır. OECD üyesi ülkeleri sahip olduğu sağlık sistemine göre gruplanıp kıyaslandığında GSYİH içindeki toplam sağlık harcamaları payı fazla olan Ulusal Sağlık Sigortası modeli ülkelerinin ve ABD’nin verimlilik göstergelerinin çok düşük olduğu görülmektedir. Kişi başı sağlık harcamaları ve GSYİH içindeki sağlık harcama payları diğer ülkelere göre düşük olan Bismarck modeli ülkelerinde sağlık hizmetlerine ulaşabilme oranları daha yüksek, fakat harcamaların göreceli olarak daha yüksek olduğu Beveridge modeli ülkelerinde ise aynı gün randevu alabilme oranlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan ele alındığında, sağlık indikatörlerinde olduğu gibi, sağlık harcamaları ve sağlık sistemlerinin, ülkelerin sağlık verimliliklerini ve başarılarını tek başlarına belirleyen faktörler olmadıklarını anlaşılmaktadır (Matthews, Jenkins vd., 2012:110). Literatürde sıklıkla değinildiği gibi ülkelerin sağlık performanslarının değerlendirilebilmesi için ülkelerin sağlık sistemlerinin özelliklerinin yanında toplum tarafından kabul görmüş ve öne çıkmış hakkaniyet, verimlilik ya da kalite gibi tercihler de önemlidir. Ancak bu şekilde genel bir değerlendirmeye ülkeler arası kıyaslamalar mümkün olabilir (Lameire, Joffe vd., 1999:6-9).

SONUÇ

Bu çalışma, OECD üyesi ülkelerin çeşitli sağlık sistemleri modellerini, bu modellere göre ülkelerin yaptığı sağlık harcamalarını ve yapılan bu

harcamalar sonucunda ülkelerin sağlık hizmetleri tedarigi ve çıktılarını kıyaslamaktadır. Çalışmada, sağlık ekonomisi literatüründe sıklıkla kullanılan doğu'da beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm hızları gibi sağlık indikatörleri ve sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetlere ulaşımındaki hakkaniyet kavramları sağlık çıktıları olarak ele alınmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü günümüzde ülkelerdeki farklı sağlık sistemlerinin ülkelerin toplumlarında hakim olan temel norm ve değerlerden etkilendiğini belirtmiştir. Sağlık sistemleri diğer hizmet sistemleri gibi toplumların sosyal, kültürel ve geleneksel beklentilerini, yaşam tarzlarını ve politik sistemlerini yansıtmaktadır. Bu nedenle sağlık sistemleri tüm dünyada farklılıklar göstermektedir. Ülkeler çoğu zaman tek bir finansman modeli ve sabit bir sağlık hizmeti sunucusunu takip etmemekte ve zaman içerisinde politika değişikliklerine gidebilmektedirler (Berie ve Fink, 2000:27). Fakat, literatürde Roemer'in (1993:61) temelini oluşturduğu şekilde devletin sağlık sistemindeki müdahalesini ele alarak sistemde ağırlıklı olan finansman ve sağlık sunucusuna göre sağlık hizmetleri sistemleri dört başlıkta sınıflandırılabilmiştir (Tatar, 2011:110-111; McCanne, 2010:2). Bu sınıflandırmaya göre Kapsayıcı Tipte (Beveridge), Refah Yönelimli (Bismarck), Ulusal Sağlık Sigortası ve Serbest Piyasa Yönelimli sağlık sistem modelleri mevcuttur.

Dünyada sağlık harcamalarında OECD ülkeleri önemli bir yer tutmaktadır. OECD ülkeleri dünya nüfusunun %20'sini oluştururken, 2010 yılında 6,5 trilyon dolara yakın sağlık harcamalarıyla tüm dünya sağlık harcamalarının %84'üne sahiptir (WHO,2012). OECD üyesi ülkelerin 1980-2012 yılları arası kişi başı sağlık harcamaları incelendiğinde üye ülkelerin hepsinin harcamalarının önemli oranda arttığı görülmektedir. Bu yüksek değerlerin çeşitli açıklamaları olsa da en öne çıkanlar gelişmiş ülkelerde nüfusun giderek yaşlanması, tıp ve ilaç teknolojilerindeki gelişmeler sonucu sağlık hizmetlerinde arzın ve talebin artması ve bazı kronik hastalıklarda görülen artış olarak belirtilmektedir (Mendelson ve Schwartz, 1993:123; Thorpe, 2005:1437-1439). Genel anlamda Bismarck ve Ulusal Sağlık Sigortası sağlık sistem modellerini tercih etmiş ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları Beveridge modelini tercih etmiş ülkelerin harcamalarından daha yüksektir. Yıllar içinde en fazla sağlık harcaması yapan ülkeler ise ABD ve İsviçre'dir. Türkiye'de ise kişi başı sağlık harcaması 1980 yılında

mukayese edilen ülkelerin ortalamasının yaklaşık onda biri iken, son yıllarda üçte bire kadar inmiştir. Bu veriler Türkiye'nin sağlık alanında yaptığı yatırımların kişi başı sağlık harcamalarının artmasını sağladığını ancak henüz yeteri kadar başarılı olunamadığını göstermektedir.

Sağlık harcamalarının ülkelere olan gerçek maliyetleri harcamaların GSYİH'ndaki paylarının incelenmesiyle daha iyi anlaşılabilir. OECD ülkelerinin ortalaması 1980-2012 yılları arasında yaklaşık olarak %6,7'den %9,6'ya yükselme göstermiştir. Türkiye'nin GSYİH'ndaki toplam sağlık harcaması payı 1980 yılında OECD üyesi ülkelerin ortalamasının yaklaşık üçte biri iken 2012 yılında bu rakam %70'li seviyelere ulaşmıştır. Yıllar içinde Bismarck modelini tercih eden Almanya'nın GSYİH içindeki sağlık harcaması payı Beveridge modeline sahip İngiltere'nin her zaman üzerinde yer almış, fakat yüzdelerdeki artışlar iki ülkede de aynı hızda seyretmiştir. Ulusal Sağlık Sigortası modeline sahip Kanada ise 1980 yılında Almanya ve İngiltere'nin ortalaması kadar sağlık harcaması payına sahipken, günümüzde Almanya sağlık harcaması payına ulaşmıştır. Ekonomik büyümelerin bile üzerinde seyreden harcamaların tüm dünyada yaşanan 2008 krizinin önemli sebeplerden birisi olduğu belirtilmektedir (Huber ve Orosz, 2003:2; OECD, 2011). Bu nedenle mevcut reform çabalarının maliyet kontrol merkezli olması şartıdır.

Yıllar içinde bazı değişiklikler gösterse de Beveridge modelini kabul etmiş ülkelerin kamu sağlık harcamaları oranları Bismarck modeli ülkelerinin oranlarından genelde daha fazla olmuştur. Ulusal Sağlık Sigortası modeline sahip ülkelerin kamu sağlık harcama oranları diğer ülkelere kıyasla daha düşük olmuş, fakat en az paya sahip ülke ise kendine özgü bir sağlık sistemine sahip olan ABD olmuştur. Türkiye 1980'de en düşük kamu harcamasına sahip ülkelere birisi durumunda iken, 1982 yılındaki Anayasa değişiklikleri, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2000-2005) ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin etkisiyle kamunun sağlık harcamalarındaki payı önemli oranda artmış ve 2012 itibarıyla %73 ile OECD üye ülkeler ortalamasının üzerine çıkmıştır (Filiz, 2010:42-48). Son 30 yılda birçok ülkenin cepten harcama paylarında önemli değişiklikler olmamıştır. Cipten ödeme oranlarının en yüksek olduğu ülkeler Meksika, Şili, Kore ve ekonomik krizlerle boğuşan Yunanistan ve Portekiz'dir. Birçok Bismarck modeli ülkenin toplam sağlık harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamalarının payı Beveridge modelini

tercih eden ülkelerinkinden daha düşüktür. Türkiye ise 1995 ve sonrasında cepten ödemelerin toplam harcamaların %30'una denk geldiği bir ülke iken, 2000'li yıllardan sonra sağlık reformlarıyla birlikte bu pay %16'lı seviyelere kadar düşürmeyi başarmıştır.

Ülkelerin ve sağlık sistemlerinin uluslararası düzeyde kıyaslanmasında çeşitli sağlık indikatörleri kullanılmaktadır. Ortalama yaşam süresi en sık kullanılan sağlık göstergelerinden birisidir (Çelik, 2011:69). 1990'lı yıllardan günümüze kadar 20 yıllık kısa süre içinde ortalama yaşam süresi, sağlık harcamalarındaki artışlar, tıp teknolojisindeki gelişmeler ve sağlık hizmetlerine ulaşımın artması gibi sebeplerle ortalama 6 yıl artmıştır (OECD, 2011). Kişi başı sağlık harcamalarındaki artışlar ile ortalama yaşam süresi arasında pozitif bir ilişki olduğu göze çarpmaktadır. Fakat kişi başı sağlık harcamalarındaki artış ortalama yaşam süresini azalan bir şekilde artırmaktadır. Bebeklik çağının ilk yılını tamamlayamadan ölen bebeklerin oranının ölçümü sıklıkla kullanılan bir diğer uluslararası sağlık göstergesidir. Benzer şekilde, kişi başı sağlık harcamaları arttıkça bebek ölüm oranlarında önemli miktarda azalmalar görülmektedir, fakat kişi başı harcamalar arttıkça bebek ölüm oranlarındaki azalma hızı yavaşlamaktadır. Diğer bir söylemle, yaşam beklentisini yükseltmek ya da bebek ölüm oranlarını azaltmak için çok fazla sağlık harcaması gerçekleştirmek bir önkoşul olmayabilmektedir (Bhalotra, 2007:19).

Bu çalışmada ayrıca sağlık sistemleri ve bu farklı sağlık sistemlerine sahip olan ülkelerin sağlık ile ilgili hedeflerine ne kadar ulaştıkları değerlendirilip karşılaştırılmıştır. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı Bismarck ülkelerinden daha fazla olan Beveridge ülkelerinde görülen bebek ölüm hızları diğer ülkelerden çok daha düşüktür. Fakat göreceli olarak daha az sağlık harcaması yapan Bismarck ülkelerindeki beklenen yaşam süresi ise diğer model ülkelerinden daha yüksektir. Ülkelerin sağlık sistemlerinin verimlilikleri ve başarıları ise kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşımındaki maddi zorluklar ve bekleme süreleri ölçülerek değerlendirilmiştir. Sağlık harcamaları fazla olan Ulusal Sağlık Sigortası modeli ülkelerinin ve ABD'nin verimlilik göstergelerinin çok düşük olduğu, sağlık harcamaları ortalaması düşük olan Beveridge model ülkelerinde sağlık hizmetlerine ulaşabilme oranlarının daha yüksek, fakat harcamaların göreceli olarak daha yüksek olduğu Bismarck modeli ülkelerinde ise aynı gün randevu

alabilme oranlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu durum, sağlık indikatörlerinde olduğu gibi optimal sağlık harcaması belirlemenin önemini göstermekte ve sağlık harcamaları ve sağlık sistem modellerinin sağlık hizmetlerinin verimlilik ve başarılarını tek başlarına belirleyen faktörler olmadıklarını göstermektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarının gösterdiği gibi farklı sağlık sistemlerine sahip de olsa tüm OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları ve bu sağlık harcamalarının GSYİH'ndaki payları son 30 yıl içinde önemli derecede artmıştır. Sağlık sistemleri farklı olan ülkelerdeki sağlık harcamaları farklılık gösterse de, bu farklı harcamaların sağlık indikatörleri ve sağlık sistemlerinin başarı ve verimlilikleri ile birebir bir ilişki içinde olmadığı bulunmuştur. Demografik faktörlerdeki değişimler ve yaşlı nüfus oranının artması ülkelerdeki prim katkısında bulunan kişilerin çok daha fazla kişiyi desteklemek zorunda kalmasına sebebiyet vermektedir. Bu durum, özellikle Bismarck ülkeleri için büyük problem oluşturmakla beraber Beveridge modeline sahip ülkelerde de sağlık harcamalarını artıran, fakat sağlık indikatörleri ve sistemleri üzerinde önemli katkılar sağlamayan bir hale gelmeye başlamıştır. Ayrıca, kronik hastalıklardaki artışlar, sağlık hizmetleri arzının teknolojiyle ve kaliteyle artması ve bu hizmete olan talebin gelir seviyesine bağlı olarak yükselmesi, ülkeler için birçok çıkmazı beraberinde getirmektedir. Bu nedenle, ülkelerin sağlık sistemlerinden bağımsız olarak önemli reform değişikliklerine ihtiyacı olduğu, bu reformların öncelikle maliyet merkezli olacağı ve optimal sağlık harcaması amacına dayanacağı kaçınılmazdır.

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarındaki ve dolayısıyla sağlık göstergelerindeki son yıllardaki artışlar dikkat çekicidir. Fakat 2012 yılı itibariyle kişi başı sağlık harcaması ve harcamaların GSYİH'ndaki payı bakımından OECD üyesi ülkeleri ortalamasının hala altında olan Türkiye ve benzer gelişmekte olan ülkeler sağlık harcamalarındaki artışın sağlık indikatörlerinde her zaman benzer bir gelişime yol açmayacağı bilinciyle hareket etmeli, harcamalardaki kontrolsüz artışı önlemek ve optimal harcama seviyesi belirlemek için reformlar geliştirmeli, makul bir maliyetle etkin bir sağlık hizmeti sağlamaya çalışmalı ve sağlık sisteminin finansmanı için diğer politika alanları ile vergi tahsisi için rekabet içinde olmalıdır.

Kaynakça

- Anderson, Gerard ve Peter S. Hussey (2001) "Comparing Health System Performance in OECD Countries", *Health Affairs*, 20(3), 219-232.
- Berié, Hermann ve Ulf Fink (2000) "Europas Sozialmodell-Die Europäischen Sozialsysteme im Vergleich: Eine volkswirtschaftliche Analyse", *WISO Institut für Wirtschaft und Soziales GmbH*, (Berlin).
- Barnighausen, Till ve Rainer Sauerborn (2002) "One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons For Middle-and Low-Income Countries?", *Soc Sci Med*, 54: 1559-87.
- Bhalotra, Sonia (2007) "Spending to Save? State Health Expenditure and Infant Mortality in India", *Health Economics*, 16(9): 911-928.
- Culyer, Anthony J. ve Joseph P. Newhouse (2000) "Introduction: The State and Scope of Health Economics", *Handbook of Health Economics (1A)*, Elsevier Science B.V., (Amsterdam, The Netherlands).
- Çelik, Yusuf (2011) "Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1): 62-81.
- Çevik, Savaş (2013) "Kamu Sağlık Harcamalarının Sağlık Sonuçları Üzerindeki Etkisi: Ülkelerin Gelir Seviyelerine Göre Bir Karşılaştırma", *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 48: 113-133.
- Erol, Hatice ve Abdullah Özdemir (2014) "Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1): 9-34.
- Filiz, Yasemin (2010) "Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi", Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansman Anabilimdalı, Ankara.
- Filmer, Deon ve Lant Pritchett (1999) "The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter?", *Social Science and Medicine*, 49(10): 1309-1323.
- Grabowski, Henry (2011) "The Evolution of the Pharmaceutical Industry Over the Past 50 Years: A Personal Reflection", *Int. J. of the Economics of Business*, 18(2): 161-176.
- Immergut, Ellen M. (1992) "Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe", (Cambridge: Cambridge University Press).
- Huber, M. ve E. Orosz (2003) "Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001", *Health Care Financing Review*, 25(1): 1-2.
- Lameire, Norbert; P. Joffe ve M. Wiedemann (1999) "Healthcare Systems-An International Review: an Overview", *Nephrol. Dial. Transplant*, 14(6): 3-9.
- Matthews, Robert; Jenkins, G. Keith ve Joey Robertson (2012) "Health Care Reform, Why Not Best Practices", *American Journal of Health Sciences*, 3(1): 97-114.

- Mendelson, Daniel N. ve William B. Schwartz (1993) “The Effects of Aging and Population Growth on Health Care Costs”, *Health Affairs*, 12(1): 119-125.
- McCanne, Don (2010) “Health Care Systems-Four Basic Models; Physicians for a National Health Program (PNHP)”, *Basın Bülteni*, Chicago, (06.04.2010). [http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php] (02.12.2013).
- OECD (2008) “OECD Reviews of Health Systems-Turkey: The Performance of the Turkish Health System and its Determinants”, (02.2008), [http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html] (10.01.2014).
- OECD (2011) “Better Policies For Better Lives. Health: Spending Continues to Outpace Economic Growth in Most OECD Countries”, (06.2011), [http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315115_48289894_1_1_1_1,00.html] (11.11.2013).
- OECD (2014) *OECD* “Health Data 2013”, (06.2014), [http://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm] (06.07.2014).
- OECD (2013b) “Life Expectancy in the US Rising Slower than Elsewhere, Says OECD”, (11.2013), [http://www.oecd.org/unitedstates/Health-at-a-Glance-2013-Press-Release-USA.pdf] (08.06.2014).
- Oral, A. İlhan (2002) “Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları”, (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. No: 1331).
- Pekten, Ali (2006) “Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”, *Sayıştay Dergisi*, 61:119-138.
- Roemer, Milton I. (1993) “National Health Systems of the World. Vol. 2.”, *Oxford, UK: Oxford University Press*.
- Steinbrook, Robert (2012) “The US Supreme Court’s ruling on the Patient Protection and Affordable Care Act”, *BMJ: British Medical Journal*, 344: 1-2.
- Taban, Sami (2006) “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, *Sosyoekonomi*, 2: 31-46.
- Tatar, Mehtap (2011) “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’deki Gelişimi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, (1), 103-130.
- WHO (2012a) “World Health Statistics 2012”, Health Expenditure, 133-145. [http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012:Full.pdf] (06.06.2014).
- WHO (2012) “Spending on Health: A Global Overview”, [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/index.html] (02.01.2014).
- Woolhandler, Steffie; Campbell, Terry ve David U. Himmelstein (2003) “Costs of Health Care Administration in the United States and Canada”, *New England Journal of Medicine*, 349(8): 768-775.

Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi

Evaluation of Healthcare Reforms in Turkey in Terms of Health Right

Emre KOL*

ÖZ

Toplumlarının sağlık sorunlarını çözmeyi amaçlayan tüm ülkeler, yeterli düzeyde sağlık hizmetini sağlamak ve bunu herkese eşit şekilde sunabilmek için çeşitli önlemler almak zorundadırlar. Emeklilik ve sağlık hizmetlerinin düzeyini belirleyen temel unsurlar ise, ülkenin gelişmişlik düzeyi ve devletin kaynakları olduğu kadar, sosyal politika kurumlarının toplumsal ve siyasi tarih içinde nasıl bir gelişim gösterdiği. Sosyal devlet anlayışının gelişmesi ile birlikte sağlık hakkı temel ve evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Sağlık hakkı, kişinin devletten, sağlığının korunmasını, ihtiyaç duyduğunda tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesini ve toplumun sunduğu imkânlardan yararlanabilmesini ifade etmektedir. Herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşama hakkı bulunmaktadır. Devlet de tüm vatandaşlarının beden ve ruh sağlığı içinde ve insan onuruna yakışır bir şekilde yaşamalarını sağlamakla görevli bulunmaktadır. Türkiye’deki sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesini amaçlayan bu makale de ilk olarak sağlık hakkının tanımı ve unsurlarına yer verilerek 1961 Anayasası ve 1982 Anayasası’ndaki sağlık hakkı ile ilgili düzenlemeler incelenecektir. Son bölümde ise 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen uygulamaların sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi yapılacaktır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık hakkı, sağlık reformları, genel sağlık sigortası, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı

ABSTRACT

All the states around the world which is aiming to solve the healthcare issues of the society has to offer adequate and equal healthcare services to all its citizens. Fundamental components which determines the level of retirement and healthcare services are not only the state’s development level and resources but also the historical developmental pattern of its social and political institutions. With rise of social state, health right is universally accepted to be among fundamental human rights. Health right entitles citizens to demand health protection and treatment when the need arises. Every citizen has right to live in a mentally and physically healthy conditions. State has given responsibility for making its citizens live in a physically and mentally healthy conditions in accordance with the human honour. This article aims to analyse the health reforms in Turkey from the perspective of the right to live as a healthy person. First of all, the study will define the right of health and its elements. Then, the survey will examine the regulations regarding the right of health in Constitutions of 1961 and 1982. As a conclusion, the study will carry out an analysis of the practices applied after the Program of Transformation in Health, which was introduced in 2003.

Keywords: Health right, health reforms, general health insurance, Health Transformation Program, Ministry of Health

* *Yrd. Doç. Dr., Anadolu Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, ekol@anadolu.edu.tr*

(Makale gönderim tarihi: 25.03.2014 / Kabul tarihi: 23.03.2015)

GİRİŞ

İnsanı hedef alan ve insanın sağlıklı ve mutlu bir hayat sürmesini amaçlayan sosyal politikalar içerisinde, sağlık politikasının doğrudan insan yaşamı ile ilgili oluşu, sağlık hizmetlerinin önemini ortaya koymaktadır. Toplumlarının sağlık sorunlarını çözmeyi amaçlayan tüm ülkeler, yeterli düzeyde sağlık hizmetini sağlamak ve bunu herkese eşit şekilde sunabilmek için çeşitli önlemler almak zorundadırlar. Emeklilik ve sağlık hizmetlerinin düzeyini belirleyen temel unsurlar ise, ülkenin gelişmişlik düzeyi ve devletin kaynakları olduğu kadar, sosyal politika kurumlarının toplumsal ve siyasi tarih içinde nasıl bir gelişim gösterdiği. Sağlık alanındaki gelişmelerin önemi bireyi olabildiğince uzun ve sağlıklı yaşatmaktan daha önemli bir konunun bulunmadığı düşüncesinden kaynaklanmaktadır.

Sosyal devlet anlayışının gelişmesi ile birlikte sağlık hakkı temel ve evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Sağlık hakkı, kişinin devletten, sağlığının korunmasını, ihtiyaç duyduğunda tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesini ve toplumun sunduğu imkânlardan yararlanabilmesini ifade etmektedir. Herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşama hakkı bulunmaktadır. Devlet de tüm vatandaşlarının beden ve ruh sağlığı içinde ve insan onuruna yakışır bir şekilde yaşamalarını sağlamakla görevlidir.

Türkiye'deki sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesini amaçlayan bu makalede ilk olarak sağlık hakkının tanımı ve unsurlarına yer verilerek 1961 Anayasası ve 1982 Anayasası'ndaki sağlık hakkı ile ilgili düzenlemeler incelenecektir. Son bölümde ise 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile getirilen uygulamalar sağlık hakkı açısından değerlendirilecektir.

I- SAĞLIK HAKKININ TANIMI VE UNSURLARI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası (WHO, 1946), sağlığı bedensel, ruhsal ve toplumsal tam bir iyilik hali olarak tanımlamakta, sağlığın her insanın temel bir hakkı olduğunu vurgulamakta ve hükümetleri insanların sağlığından sorumlu tutmaktadır. DSÖ Anayasası sağlığa bir

sosyal hak, sağlık hizmetlerine kamusal bir hizmet olarak bakmakta, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerini vurgulamaktadır (Dedeoğlu, 2009:195). DSÖ Anayasası’na göre en yüksek düzeyde ulaşılabilir olan sağlık standardından yararlanmak, her insanın temel bir hakkıdır ve sağlık hakkından yararlanmada, “ırk, din, siyasal düşünce, ekonomik ve sosyal durum” bakımlarından, kişiler arasında bir ayrımcılık yapılamaz. Sağlık hakkı, bu en yüksek sağlık standardından insanların eşit şekilde faydalanmasına olanak tanıyan bir sağlık sistemine sahip olma hakkını gerektirmektedir (Aksoy, 2013:838).

DSÖ ve 1978 tarihli Alma-Ata Bildirgesi, sağlığı “yalnızca hasta ya da engelli olmama değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda tam bir iyi olma hali” olarak tanımlamaktadır. Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklara ilişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi’nin (ESKHS) yetkili yorum organı olan Komite’nin, sağlık hakkı yorumunda da, DSÖ’nün sağlık tanımlarını temel aldığı görülmektedir. (Temiz, 2014:167). DSÖ Anayasası’nın başlangıç bölümünün ilk iki paragrafına göre; “Sağlık bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal esenlik durumudur ve yalnızca hastalık ve maluliyet yokluğu değildir. Ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarından yararlanma, ırk, din, siyasi görüş, ekonomik ya da sosyal durum farkı gözetilmeksizin her insanın temel haklarından biridir” (WHO, 1946).

Sağlık hakkına yönelik uluslararası insan hakları belgelerinde, hakkın öznesi “herkes” olarak ifade edilmektedir. ESKHS’nin sağlık hakkını düzenleyen 12. maddesinde “dil, din ve diğer herhangi bir statü” temelinde ayrımcılık yapılamayacağı hükmü getirilmiştir. Buradan hareket ederek, herkesin herhangi bir statüsü nedeniyle dışlanmaksızın sağlık hakkının öznesi olduğu ileri sürülebilir. Çünkü sözleşmenin yetkili yorum organı olan Komite’nin açıklamasından, “taraf devletin yetkisi altında bulunan herkesin” sağlık hakkının öznesi olduğu anlaşılmaktadır (Temiz, 2014:172). Ayrıca çalışanların sağlık hakkı söz konusu olduğunda burada hakkın öznesi çalışanlardır. Belli bir grup çalışanın sağlık hakkı söz konusu olduğunda söz konusu grup çalışanları sağlık hakkının öznesi olacaklardır (kadın çalışanların doğum izni gibi). Yaşlı ve engelliler, çocuklar gibi özel olarak korunması gereken grupların sağlık hakkı açısından özne olduğu belirtilebilir. Hakkın öznesi tartışmalarının

önem kazandığı durumlardan biri de acil tıbbi durum karşısında kişinin kimliği ve vatandaşlığının önem taşımamasıdır. Amerikan İnsan Hakları ve Ödevleri Bildirisinde “her kişi”, Avrupa Sosyal Şartı’nda “yeterli kaynağı olmayan kişi”, Afrika İnsan ve Halkların Hakları Şartında “halk”, Amerikan İnsan Hakları Sözleşmesi Ek Protokolünde “tüm bireyler”, yine aynı protokolde “aileler” “devletin yargı yetkisine sahip tüm bireyler”, “yüksek risk grupları” ve “çocuk” sağlık hakkının özneleri olarak belirtilmektedir (Tahmazoğlu Üzeltürk, 2012:30).

Ulusal ve uluslararası belgelerde sağlık hakkının en sık vurgulanan öznesi “herkes”, “her kişi”, “tüm kişiler” veya “tüm bireylerdir”. Bu özne İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde karşımıza, “her şahıs” ifadesi ile çıkmaktadır. Birleşmiş Milletler (BM) ESKHS ise, bu hakkın özneleri olarak herkesi göstermektedir. Aynı ifade, Avrupa Birliği Temel Haklar Şartında da bulunmaktadır. Aynı anlayışı 1982 Anayasası da, “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” (md. 56/1) diyerek benimsemiştir. İnsan hakları belgelerinde, sağlık hakkının ikinci sıradaki öznesi, yeterli kaynaklardan yoksun olanlardır. Avrupa Sosyal Şartı “Sosyal ve Tıbbi Yardım Hakkı” başlıklı 13. maddesinde, taraf devletleri, “yeterli olanağı bulunmayan ve kendi çabasıyla veya başka kaynaklardan, özellikle bir sosyal güvenlik sisteminden yararlanarak böyle bir olanak sağlayamayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalık halinde bunun gerektirdiği bakımı sunmakla” yükümlü tutmaktadır. İnsan hakları belgelerinde, sağlık hakkının bir başka öznesi ise çocuktur. BM ESKHS “var olan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanmasını” devlete görev olarak yüklemektedir (Bulut, 2009:209).

Sağlık hakkı, sağlık hizmetlerinde *mevcudiyet*, *erişilebilirlik*, *kabul edilebilirlik* ve *kalite* olmak üzere dört temel standardın yerine getirilmesini ifade etmektedir. Mevcudiyet; sağlık kuruluşları ile sağlık mal ve hizmetlerinin nicel olarak yeterli olmasını ifade etmektedir. Erişilebilirlik; ayrımcılık yapmamayı, fiziksel ve ekonomik ulaşılabilirliği ve bilgiye erişimi gerektirmektedir. Ayrımcılığın olmadığı sağlık hizmetleri, sağlık kurumları ile sağlık mal ve hizmetlerinin başta en korunmasızlar olmak üzere herkes için erişilebilir olmasını ifade etmektedir. Erişilebilir bir sağlık

hizmeti, toplumun tüm kesimleri için fiziksel olarak güvenle ulaşılabilir düzeyde ve yaygınlıkta olmayı gerektirir. Ayrıca ekonomik anlamda erişilebilir sağlık hizmetleri ile ilgili konularda herkesin bilgi arama, alma ve açıklama hakkı bulunmaktadır. Kabul edilebilirlik standardı ise, tüm sağlık mal ve hizmetlerinin toplumsal cinsiyete ve yaşam döngüsü ihtiyaçlarına bağlı olduğu kadar; etik ve kültürel değerlere uygunluğa da duyarlı olmasıdır. Kalite standardı, sağlık hizmetlerinin bilimsel ve tıbbi olarak uygun ve en yüksek kalitede olması gerekliliğini ifade etmektedir (Tahmazoğlu Üzeltürk, 2012:18-21; Aksoy, 2013:839).

Sağlık hakkı diğer haklarda olduğu gibi devletlere üç düzeyde yükümlülük getirmektedir. Bunlar saygı duyma, koruma ve yerine getirme yükümlülükleridir. Saygı duyma yükümlülüğü devletin sağlık hakkını ihlal etmemesi anlamına gelmektedir. Devlet sağlık hakkından yararlananları engellememeli ya da sınırlamamalıdır. Koruma yükümlülüğüne göre devlet sağlık hakkının başkaları tarafından ihlal edilmesini önler. Devlet bunun için önlemler alırken üçüncü şahısların tıbbi malzeme ve ilaçları pazarlamalarını denetleyecek sistemleri de uygulamalıdır. Yerine getirme yükümlülüğü devletin sağlık hakkından yararlanmayı sağlamak adına pozitif adımlar atmasını gerektirmektedir. Bu yükümlülükler göz önünde bulundurulduğunda devletlerin, sağlık hakkının yerine getirilmesi bakımından serbest bırakılması, bu hakkın içeriğinin boşaltılması anlamına gelebilecek uygulamalara neden olacaktır. Başka bir ifade ile devletin sağlık hakkı konusundaki yükümlülüklerini yerine getirmesi, hakkın kullanılabilir kılınması açısından hayati bir öneme sahiptir (Aksoy, 2013:839-840).

Saygı, koruma ve yerine getirme yükümlülüklerinin, sağlık hakkı da dâhil olmak üzere, sosyal haklara ilişkin devletlerin yükümlülükleri konusunda uluslararası insan hakları hukukunda giderek yerleşmekte olan bir standart olduğu görülmektedir. Bu durumun, devletlerin insan haklarına ilişkin ödevleri konusunda, öncelikle BM sisteminde gelişen ve giderek yaygınlaşan bir kabul gördüğü belirtilebilir (Temiz, 2014:176).

Sağlık hakkının güvence altına alınması ve çerçevesinin belirlenebilmesi açısından bazı ulusal ve uluslararası düzenlemelere değinmek gerekmektedir. Bunlardan ilki olan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ne

göre herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları bulunmaktadır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi bir yaptırım gücüne sahip olmasa da, sağlık hakkının gerek ulusal, gerekse uluslararası alanda hukuksal anlamda tanınması yolunda atılmış çok önemli bir adımdır (Aksoy, 2013:840).

Türkiye’de sağlık hakkı ile ilgili düzenlemelere ise ilk olarak 1961 Anayasası’nda yer verilmiştir. Bu nedenle izleyen bölümde 1961 Anayasası ve 1982 Anayasası’ndaki sağlık hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmektedir.

II- 1961 ANAYASASI VE SAĞLIK HAKKI

Sağlık reformlarının amaçları; sağlık düzeyini, sağlık hizmetini kullananların memnuniyetini geliştirmek ve hizmetin kalitesini artırmak; sağlıktaki eşitsizlikleri dezavantajlı grupların lehine azaltmak; sağlık harcamalarını maliyet etkin bir şekilde gerçekleştirmektir. Başka bir deyişle sağlık reformlarının amacı, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve sürekliliğini sağlamaktır (Bakar ve Akgün, 2005:340).

Sağlık reformları açısından 1960’lı yıllara gelindiğinde Türkiye, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ni imzalamış ve DSÖ Anayasası ekseninde, ‘sağlıklı doğup sağlıklı yaşamanın insan hakkı olduğu’, bunu sağlamanın bir kamu görevi olduğu düşüncesiyle, sağlığa Anayasal bir boyut kazandırılmıştır. Sağlık hakkı, 1961 Anayasası’nın 49. maddesinde şu şekilde vurgulanmıştır: “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirlili ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır”. Böylece sağlığın temel bir insan hakkı olduğu Anayasa ile güvence altına alınmıştır. Dar alanda geniş kapsamlı hizmet ilkesi ile 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, bu ihtiyacı gidermiştir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin yaygın, sürekli, entegre, kademeli ve halkın ihtiyaçlarına yönelik olarak sunulması hedeflenmiştir. Ulusal sağlık

hizmetlerinin sunumunda kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı kabul edilmiş ve sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Kanun (224 sayılı) sağlık hizmetlerinden yararlanmada sevk sistemini de getirmiştir. Getirdiği bir başka uygulama ise, sosyalleştirmenin uygulandığı bölgelerde, ilaç ve tedavi hizmetleri için hizmeti kullananlardan hiçbir ücret alınmamasıdır (Akdur, 2006:29; Aksoy, 2007:47-48). Bu uygulamalarla sağlık hizmetlerine erişim hakkının kullanılmasına yönelik adımların atılmaya çalışıldığı görülmektedir.

Sosyalleştirme uygulamasına 1963 yılında Muş ilinde başlanmıştır. Muş ilini Bitlis, Hakkâri ve Van illeri izlemiş, eğitim ve öğretim konusunda da yararlanılmak üzere Ankara ilinden bağımsız olarak Etimesgut bölgesi de sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 1977 yılında tüm Türkiye’ye yayılması hedeflenmiştir. Her 5000 kişiye bir sağlık ocağı kurulması çalışmalarının 1982 yılında tamamlanması öngörülmüştür. Sosyalleştirme programı tüm Türkiye’de uygulanmaya başlandığında, belirli bir sistemden yoksun olarak ve farklı kuruluşlar tarafından yürütülen hizmetlerin doğurduğu sorunların çözülmesi ve var olan kaynakların en etkili şekilde kullanılması amaçlanmıştır (Akdur, 1999:15; Akdur, 2006:29-30; Ulutaş, 2011:158).

Sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi gerektiği anlayışını yazılı olarak ifade eden bir kanun olması bakımından 224 sayılı Kanun, ayrı bir önem taşımaktadır. Bu Kanun ile amaçlanan sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi ve tüm Türkiye’ye tek elden sunulmasıdır. Ancak izleyen yıllarda iktidara gelen hükümetlerin uyguladıkları politikalarla, bu Kanun’un benimsediği sağlık politikası çelişmiştir. Bunun bir sonucu olarak, sosyalleştirme programı başarılı bir şekilde uygulanamamıştır (Akdur, 2006:30; Erol ve Özdemir, 2014:11).

Nüfus Planlaması Hakkında 554 sayılı Kanun 1965 yılında çıkarılmıştır. Böylece; nüfusu artırıcı politikadan, nüfus artış hızını sınırlayıcı bir politikaya geçilmiştir (Akdağ, 2011a:23). Ancak 2008 yılının Ekim ayında yürürlüğe konulabilen Genel Sağlık Sigortası (GSS) ilk kez bu dönemde gündeme gelmiştir. GSS hakkında bir Kanun Taslağı 1967 yılında hazırlanmış, ancak Bakanlar Kuruluna gönderilememiştir. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda

1969 yılında GSS'nin kurulması tekrar öngörülmüştür. GSS Kanun Taslağı 1971 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisine (TBMM) gönderilmiş fakat kabul edilmemiştir. Meclis'e 1974 yılında tekrar sunulan taslak görüşülememiştir (Aksoy, 2007:49; Akdağ, 2011a:23).

Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair 2162 sayılı Kanun 1978 yılında çıkarılmıştır. Bu Kanun ile kamu personeli olan doktorların özel muayenehane açması yasaklanmıştır. Kısa bir süre sonra 1980 yılında, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair 2368 sayılı Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılarak tekrar muayenehane açma serbestliği getirilmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetleri 1980 öncesi dönemde, birçok ülkede olduğu gibi, daha çok bir kamu hizmeti niteliğinde sunulmaktaydı. Sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı (SB) bütçesine konulan ödenekler ile Sosyal Sigortalar Kurumunun (SSK) prim gelirleri ve Hazine transferlerinden oluşan kaynaklar ile devlet hastaneleri, SSK hastaneleri ve az sayıdaki üniversite hastaneleri ile verilmekteydi. Özel hastaneler, sadece İstanbul ve Ankara'da sınırlı sayı ve yatak kapasitesine sahip bulunmaktaydı. İlaç endüstrisi üzerinde sıkı bir denetim uygulanmakta, SSK, ilaç üretimi ve ithalatının da içinde yer almaktaydı (Aksoy, 2007:49; Ataay, 2008:171; Akdağ, 2011a:23).

III- 1982 ANAYASASI VE SAĞLIK HAKKI

Sağlık hakkı açısından 1982 Anayasası incelendiğinde 1961 Anayasası'nda yer alan insan haklarına dayalı devlet tanımının 1982 Anayasası ile değiştirilerek insan haklarına saygılı devlet şekline getirildiği göze çarpmaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeteyeceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler getirilmiştir. Anayasa'nın 60. maddesi; "Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli önlemleri alır ve teşkilatı kurar" demektedir. Anayasa'nın 56. maddesinde ise "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir" ifadeleri

yer almaktadır. Böylece devletin sağlık hizmetlerinin sunumundaki sorumluluğu zayıflatılmıştır.

Sosyal hukuk devleti olan Türkiye’de sağlık hakkı konusunda 1982 Anayasası’na bakıldığında; “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” hükmünün yer aldığı görülmektedir (m.56/III-V).

Bu hükme göre, devlet sağlık hizmetlerini yürütürken herkesin bu hizmetlerden yararlanması amacıyla eşgüdüm sağlayacak ve genel esasları belirleyecektir. Maddede yer alan devletin bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak onları denetleyerek yerine getireceğine yönelik kural da bu düşüncüyü doğrulamakta, tüm sağlık hizmetlerinin sadece devlet tarafından değil, ancak onun gözetim ve denetimi altında aynı alanda faaliyet gösteren kurum ve kuruluşlarca da yerine getirilebileceğini ifade etmektedir (Kaboğlu, 2010:49-50). Anayasa’daki bu değişiklik, esas olarak sosyal devlet anlayışının değiştirilmesi anlamına gelmektedir (Soyer, 2003:305).

Anayasanın 56. maddesinin üçüncü fıkrası, kişilerin sağlık hakkına sahip olduğunu açıkça ifade eden bir düzenleme şeklini benimsemek yerine, devletin, kişilerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak görevlerinden söz eder şekilde ifade edilmiştir. Aynı eğilim, 1961 Anayasası’nda da bulunmaktadır. Ancak 1961 Anayasası’nda devlet, açıkça, herkesin sağlıklı yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla yükümlü kılınmışken; 1982 Anayasası devletin daha çok sağlık hizmetlerinin planlanıp düzenlenmesindeki görevine vurgu yapmaktadır (Bulut, 2009:212). Bu açıdan bakıldığında devletin sağlık hakkının gerçekleştirilmesine yönelik yükümlülükleri 1982 Anayasası ile zayıflatılmıştır.

Geçmiş dönemlerde, sadece hasta veya engelli olmamak açısından değerlendirilen sağlık hakkı, bugün herkesin en yüksek seviyede

fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkı şeklinde ele alınmaktadır. Bu bakımdan sağlık hakkı, tehlikeli su ve besinler gibi dış tehditlerden korunma, sağlıklı çalışma koşullarına sahip olma, sağlıklı bir çevrede yaşama ve sağlık eğitimi alabilme imkânlarının sağlanmasını da kapsayan bir hak olarak görülmektedir. Sağlık hakkı, öncelikli olarak, hastalık halinde gerekli olan sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gereken koşulların oluşturulmasını gerektirmektedir. Bu açıdan, hastalığa yakalanmış kişilerin tedavi edilmeleri, sağlık hakkı kapsamında ele alınabilecek en önemli konulardan biridir. Böyle bir bakımın sağlanabilmesi için, sağlık tesislerinin, başka bir ifade ile hastane ve benzeri kurumların varlığı gerekli bulunmaktadır. Bu bağlamda devletin sunduğu sağlık hizmetlerini de sosyal hak çerçevesinde değerlendirmek mümkündür (Bulut, 2009:207-208).

Devletin sosyal politika anlayışındaki değişim ve bu değişimin Anayasa ile onaylanması, sağlık hizmeti sunumunun sosyal devlet anlayışından piyasa koşullarına bırakılmasına yönelik bir dönüşüm olarak görülebilir. Anayasada sağlık hakkı sosyal haklar arasında bulunmakla birlikte, 65. maddede devletin sosyal hakları ekonomik gelişmeye bağlı olarak “mali kaynakların yeterliliği ölçüsünde” yerine getireceği kabul edilmiştir (Şahbaz, 2009:412; Aksoy, 2013:840-841). Sağlık hizmetlerinin sunulmasını devlete görev olarak yükleyen 1982 Anayasası, diğer sosyal haklarda olduğu gibi, sağlık hakkına da bir sınır getirmektedir. Anayasanın 65. maddesinde ifadesini bulan bu sınır kapsamında devlet, sağlık hakkıyla ilgili görevlerini, mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirecektir. Bu nedenle devletin sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak sunmak gibi bir yükümlülüğü bulunmamaktadır (Bulut, 2009:212-213). Anayasa Mahkemesi de ekonomik ve sosyal haklara ilişkin olarak verdiği kararlarında idareye geniş takdir yetkisi bırakan bir anlayış izlemektedir. Örneğin Anayasa Mahkemesi Genel Sağlık Sigortası kararında şu saptamayı yapmaktadır: “Anayasa’nın 65. maddesindeki: “Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir” hükmü değerlendirildiğinde, genel sağlık sigortalısı kişinin bazı giderlerinin karşılanmasında belirli hastalıklara ödeme yapılmaması ya da bazılarında belli oranda ödeme yapılması devletin mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yasa koyucunun takdirindedir” (Tahmazoğlu Üzeltürk, 2012:86).

Anayasa Mahkemesinin dayanak aldığı mali kaynakların yeterliliği konusu açık bir Anayasa hükmüdür. Bu durumu devleti dava yükü altında bırakmamak sebebiyle olumlu karşılayan yaklaşımlar olduğu gibi, devletin sosyal hakları gerçekleştirmekten kaçınması için bir sığınak olarak kabul edenler de bulunmaktadır. İkinci yaklaşımı paylaşılanların önerilerinden biri de Anayasa’nın devlete yüklediği ödevlerde mali kaynakların belli önceliklere göre kullanılması yükümlülüğünün sosyal ve iktisadi haklar bölümünde bu tür önceliklerin dava edilebilir nitelikte asgari hak alanları olarak somutlaştırılmasının kabulü şeklinde ifade edilmektedir. Başka bir yaklaşım ise, kaynakların yeterliliği ölçütüne göndermede bulunmaksızın kaynakların sosyal ve ekonomik hakların gerçekleştirilmesi amacıyla sosyal adalet ilkesine göre kullanılmasının anayasada yer alması ve gerekçede de ekonomik ve mali kaynakların durumu ne olursa olsun, devletin olumlu edimde bulunma ve bunun düzenli ve sürekli biçimde “somut sonuçlar alma” ve “ilerlemeler gerçekleştirme” yükümlülüğü anlamına geldiğinin vurgulanmasıdır. Gülmez ayrıca, ekonomik ve mali kaynakların durumu ne olursa olsun, devletin olumlu edimde bulunma ve bunun, düzenli ve sürekli bir biçimde “somut sonuçlar alma” ve “ilerlemeler gerçekleştirme” yükümlülüğü anlamına geldiğinin belirtilmesi gereğine işaret etmektedir (Tahmazoğlu Üzeltürk, 2012:102-103).

Sağlık hakkı açısından bakıldığında 1980’li yılların sonlarına gelindiğinde dünyanın her yerinde egemen olan liberal ekonomik uygulamalar Türkiye’de de görülmeye başlanmıştır. Bu uygulamalardan sağlık sistemi de etkilenmiştir. Böyle bir ortamda 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (SHTK), kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kurumlarının sağlık işletmesine dönüştürülebileceğini ifade etmektedir. Ayrıca kamu kurumlarında çalışan doktorların mesai saatleri dışında kurumda özel teşhis ve tedavi yapabilmelerini öngörmekte, sağlık işletmesi uygulamasına geçen kuruluşa sözleşmeli sağlık personeli çalıştırma yetkisi vermektedir. Ancak önemli maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen Kanunun uygulama olanağı büyük oranda yitirilmiştir. Ulusal bir sağlık politikasının oluşturulmasına yönelik olarak 1989 yılında yapılan ön çalışmalar ve 1990 yılında sağlık sektörünün genel planının yapılmasını izleyen yıllarda Sağlık Bakanlığı bünyesinde Dünya Bankası (DB) kredilerinin desteğiyle

reformlar hazırlanması amacıyla bazı faaliyetler gerçekleştirilmiştir (Aksoy, 2007:51-52; Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ve DB, 2008:33; Bulut, 2011:118; Akdağ, 2011a:23). Bu faaliyetlerle hedeflenenlerin ise sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin azaltılması ve özel sektörün sağlık hizmetlerinin sunumundaki etkinliğinin artırılarak sağlık hizmetleri alanında özelleştirmeye doğru bir eğilimin yerleştirilmesi olduğu ileri sürülmektedir.

Kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasaya açılması, devletin bu alandaki sorumluluğuna son verilmesi, sağlık personeli üzerinde piyasa mantığı ile oluşturulan baskının meşrulaştırılması ile SHTK, kendisinden sonraki tüm kanun girişimlerinin ve tartışmalarının dayanağı olmuştur. Bu kanun ile kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış, devletin her iki sağlık kuruluşuna aynı mesafede yaklaşması anlayışı baskın kılınmış, kamu sağlık kuruluşları statü olarak işletme haline getirilmiş, hem özel hem de kamu sağlık kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış, sosyal güvenceye sahip olan herkesin kamu ya da özel istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi mümkün hale gelmiştir (Soyer, 2003:307).

Sağlık reformları açısından 1980'li ve 1990'lı yıllarda liberalleşme konusunda önemli gelişmeler sağlanmıştır. Sağlık reformları; hizmetin finansmanının vergiler yerine, ödeme gücü bulunanların primleri ve katkı payı ile karşılanmasını, sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanının ayrılmasını, sağlık kurumlarının özelleştirilmesini, yerinden yönetime dayalı ve rekabeti hedefleyen bir sistemin oluşmasını, sağlık çalışanlarının istihdamında esnekleşmenin ve performansa dayalı ödemenin yaygınlaşmasını hedeflemektedir (Erol ve Özdemir, 2014:11-13).

1992 ve 1993 yılları arasında Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformu çalışmalarına hız kazandırılmıştır. Ayrıca 1992 yılında 3816 sayılı Kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır. Böylelikle sağlık hizmetlerine erişim bakımından yeterli ekonomik düzeyden yoksun bulunan bireylerin, sınırlı bir şekilde de olsa, sağlık sigortası sisteminin kapsamına alınmaları sağlanmıştır (Bulut, 2011:118; Akdağ, 2011a:24).

Son olarak 1990’lı yılların başından itibaren yoğunlaşan GSS tartışmaları, iktidara gelen tüm hükümetler tarafından benimsenmiş, bu tarihten sonraki bütün kalkınma planlarında yer almış, sadece hazırlanan tasarı ve taslaklar farklı iktidarlar döneminde farklı adlar almıştır. Tasarı ve taslak adları farklı olsa da 1990’lı yıllardaki sağlık reformu programı sağlık finansman reformu, hastaneler ve sağlık işletmeleri reformu, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetleri reformu, teşkilat ve yönetim reformu, insan kaynakları reformu ve sağlık enformasyon sistemleri alanlarını kapsamaktadır. GSS, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı adı ile 1998 yılında Bakanlar Kurulu tarafından TBMM’ye sunulmuş, ancak kanunlaştırılmamıştır. GSS ile ilgili olarak 2000 yılında, Sağlık Sandığı adı altında bir kanun tasarı taslağı bakanlıkların görüşüne sunulmuş ancak bu girişim de sonuçlandırılmamıştır (Bakar ve Akgün, 2005:345; Akdağ, 2011a:24).

Doksanlı yıllarda gerçekleştirilen Sağlık Reformu çalışmalarının temel hedefleri SB tarafından aşağıdaki gibi özetlenmektedir:

- i- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak genel sağlık sigortasının kurulması,
- ii- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği bünyesinde geliştirilmesi,
- iii- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- iv- SB’nin koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir şekilde yeniden yapılandırılması.

Yine SB’na göre bu dönem önemli teorik çalışmalar yapıldığı ancak bu çalışmaların yeterince uygulama alanı bulamadığı bir dönem olmuştur. Bu durumun nedenleri ise; toplumsal uzlaşmanın sağlanamaması, koalisyon hükümetlerinin iktidarda bulunması ve siyasi istikrarsızlıklar olarak açıklanmaktadır (Ataay, 2008:170; Akdağ, 2011a:24). Ancak 2003 yılında uygulanmaya başlayan SDP ile sağlık hizmetlerinin sunumunda tümüyle farklı bir anlayış benimsenerek hızlı bir şekilde uygulamaya konulmuştur. Bu nedenle izleyen kısımda SDP ile getirilen uygulamalar incelenecektir.

IV- 2003 YILI SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI: TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Sağlık hizmetlerinde köklü değişikliklere gidilmesi amacı ile 2003 yılında yeni hükümetin iktidara gelmesiyle sağlık sistemi gündeme taşınmış ve Ocak ayında Acil Eylem Planı ve Kamusal Yönetim Reformu başlığı ile bir dizi faaliyet gerçekleştirme hedefi belirlenmiştir. Bu hedefler arasında, “Herkesin Sağlık” başlığı ile SDP da bulunmaktadır. Reform kelimesinin geçmişteki başarısızlıkları hatırlatması nedeniyle bu başlık seçilmiştir. SDP’nin amaçları; sağlık hizmetlerini etkin ve üretken bir biçimde, eşitlik içinde düzenlemek, finanse etmek ve sunmaktır. Program’ın temel ilkeleri insan merkezli olma; sürdürülebilir, sürekli kalite gelişimi içinde paylaşımcı, gönüllülüğe dayanan, güçlerin dağılımını sağlayan bir işleyiş oluşturma; yerinden yönetim ve hizmette rekabet unsurlarına yer verme olarak belirtilmektedir (Akdağ, 2008a:20; Akdağ, 2011b:11).

“Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler yer almıştır. Bu hedefler şu şekilde ifade edilebilir: (Akdağ, 2008a:20).

- i- SB’nin idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- ii- Tüm vatandaşların GSS kapsamı altına alınması,
- iii- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- iv- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- v- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- vi- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- vii- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- viii- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- ix- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- x- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,

xi- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

SDP sekiz tema etrafında dönüşümü hedeflemektedir. Bu temalar; (Akdağ, 2007:17; Akdağ, 2008a:20; Ulutaş, 2011:176).

i- Planlayıcı ve denetleyici SB,

ii- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,

iii- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi,

a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,

b) Etkili, kademeli sevk zinciri,

c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,

iv- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyon ile çalışan sağlık insan gücü,

v- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,

vi- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,

vii- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,

viii- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

Sağlık hizmetleri alanında 2003 ve 2008 yılları arasındaki dönem, köklü değişimlerin olduğu bir dönem olmuştur. Bu alanda 2003 yılı başında uygulamaya konulan program, başta sosyalizasyon olmak üzere geçmiş birikim ve deneyimlerden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden esinlenilerek oluşturulmuştur (Akdağ, 2008b:21-22; Akdağ, 2011a:25).

SDP ile SB’nın planlama ile birlikte denetim yapması GSS’nın ise herkesi kapsamı öngörülmüştür (Sülkü, 2011:6). Belirlenen hedeflere göre, bireyler sağlık hizmetlerine, yüksek motivasyon ve yeterliliğe sahip sağlık çalışanlarına ülkenin her yerinde ulaşabileceklerdir (Bulut, 2011:119).

Bununla birlikte, SDP’nın özgün bir program olmadığı, DB’nın görüş ve önerileri ile biçimlendirilmiş bir proje olduğu yönünde değerlendirmeler

de bulunmaktadır (Bakar ve Akgün, 2005:346; Yaşar, 2008:164-165; Elbek ve Adaş, 2009:33; Sönmez, 2011:33-38).

SDP'nın temelini, GSS ve Temel Teminat Paketi; birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçilmesi; SSK'nın tasfiye edilerek SSK sağlık kuruluşlarının SB'na devri ve özelleştirilmeleri için alt yapının hazırlanması; tüm sağlık çalışanlarının sözleşmeli personel olarak istihdam edilmesi oluşturmaktadır. SDP'nın en çok eleştirilen yönü, sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığının azalması, özel sektöre ve bireysel sorumluluğa artan bir şekilde önem verilmesi ve sağlık hizmetlerine rekabet ve sözleşme gibi piyasa araçlarının uygulanmasını içeren yeni liberal eğilimlerdir (Hamzaoğlu, 2007:424-425; Ulutaş, 2011:177; Erol ve Özdemir, 2014:12). Bu yaklaşımla ödeme gücü bulunmayan kişilerin sağlık hizmetlerine erişimi güçleşmektedir.

Sağlık alanında, hükümet yetkilileri tarafından özel sektörün hizmet sunumunda kamudan daha etkin bir şekilde çalışacağına inanılmaktaydı. Özel hastanelere ve ekonomik çıkarları doğrultusunda faaliyet gösteren doktorlara sonuna kadar güven duyulmaktaydı. Bu noktada iki temel sorun ortaya çıkmaktadır. Bunlardan biri ekonomiktir ve normal bir piyasa malı olmayan sağlık hizmetlerinin sunumu piyasaya bırakıldığında, hem hizmet kalitesinin düştüğü hem de harcamaların arttığı farklı ülke örneklerinde görülmektedir. İkinci sorun, doktorla hastayı ticari bir ilişki içinde karşı karşıya getiren bir sistemin hasta haklarını korumakta başarısız olacağını görememektir kaynaklanmaktaydı. Tabipler Birliği ve çeşitli meslek örgütleri bu sorunları güçlü bir şekilde ifade ettiler. Ancak eleştiriler, eski sistemin sorunlarına ve bu sistemin dışında kalanların durumuna değinmediği, reformun gerekliliğini ve bazı olumlu yanlarını kabul etmekten kaçındığı için yeterince etkili olamamıştır (Buğra, 2010:235-236).

SDP ile getirilen uygulamaların en önemlileri SB'nın Yeniden Yapılandırılması, GSS Sistemi, Aile Hekimliği Sistemi ve İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleridir. Aşağıda bu dört uygulama ayrı başlıklar altında incelenmektedir.

A- Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması

SDP ile SB'nın yeniden yapılandırılarak sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkarılması, politika belirleyen, koordinasyon sağlayan ve

sağlık piyasasını denetleyen ve düzenleyen bir kuruma dönüştürülmesi amaçlanmaktadır. SDP öncesinde SB’nın sorumlulukları arasında şu unsurlar bulunmaktaydı:

- i- Sağlık hizmeti sunumunun planlanması ve programlanması,
- ii- Sermaye yatırımlarının onaylanması,
- iii- Bulaşıcı hastalıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik programlar geliştirilmesi,
- iv- İlaçların üretimi, reçete yazılması ve dağıtımının düzenlenmesi,
- v- Sağlık kuruluşları inşa etme ve işletme.

SB, hizmet sunumu da dâhil olmak üzere birçok görev ve sorumluluğu nedeni ile taşıyabileceğinden çok daha fazla yük altında bulunmaktaydı. Bu durum SB’nın idari fonksiyonunu etkili bir biçimde kullanma yeteneğini azaltmaktaydı. SDP ile SB’nın hizmet sunumu görevini terk ederek, hastalık kontrolü, sağlık düzenlemesi, planlama ve yönetim kapasitesi, izleme ve değerlendirme, sağlığın teşviki, sağlık alanında sosyal katılım, hakkaniyetli erişimin artırılması, kalite güvencesi, insan kaynakları eğitimi, halk sağlığı, kontrol ve afet önleme araştırmaları gibi işlevlerini güçlendirmesi hedeflenmiştir. SB’nın görevlerinin yeniden tanımlanması bağlamında bazı sorumlulukların yerel yönetimlere aktarılması gibi birçok politikadan yararlanılmaktadır. Başka bir ifade ile devlet, hizmet sunumundan geri çekilmekte, yerini özel sektöre ya da sözleşmeli doktorlara bırakmakta ve bu alandaki sorumluluklarını düzenleme ve denetleme yapmakla sınırlandırmaktadır (Ataay, 2008:180-181).

SB’nın sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, politika üretici rollerini üstlenmesinin, SB’nın sağlık hizmeti sunma görevini terk etmesi anlamına geldiği yönünde görüşler de bulunmaktadır. Bu görüşe göre; SB’nın sağlık hizmeti sunmayan bu rolü ile kamusal hizmet sunumu yerine özel sektörden hizmet satın alınması yoluna gidilecektir. Bu yeni sistemde yerel yönetimlere de kendi sınır ve sorumluluklarında bulunan alanların sağlık göstergelerini de dikkate alarak kısa, orta ve uzun vadeli yatırım programlarını belirleme sorumluluğu verilmektedir. Böylece sağlık hizmeti merkezi planlamanın dışına çıkartılarak, âdemi

merkezileştirilecek, yerel yönetimler aracılığıyla sağlık hizmeti sunumu daha kolay özelleştirilebilecektir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:276). SB'nin yeniden yapılandırılmasının amaçlarının sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine yönelik alt yapının oluşturulması olduğu görülmektedir.

B- Genel Sağlık Sigortası Sistemi

Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminde reform gerekliliği uzun süredir ifade edilmektedir. Son dönemde reform önerileri, asıl olarak DB'ndan gelmektedir. DB uzmanları ile Türk uzmanların ortak çalışmasına dayanan son raporda, sağlık sistemindeki reformun ilk ayağı olarak zorunlu GSS modeline geçilmesi önerilmiştir. Bu rapora göre, SSK, Emekli Sandığı (ES), Bağ-Kur çatısı altında yürütülen sağlık sigortaları ile Yeşil Kart kapsamında yürütülen hizmetler tek çatı altına alınarak bir GSS kurulmalıdır. Bu amaçla, tüm vatandaşlar zorunlu olarak GSS kapsamına alınmalı, prim ödeme gücü bulunmayanların primleri de devlet tarafından ödenmelidir (Ataay, 2008:170-171).

SDP, hakkaniyet ilkesi doğrultusunda, kişilerin ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve sağlık hizmetlerini ihtiyaçları oranında alacakları bir sosyal sigorta modeli geliştirmeyi hedeflemektedir. Bu bağlamda, devlet hastaneleri ile SSK hastaneleri arasındaki ayrımcılığın ortadan kaldırılması ile kamu hastane işletim modelleri arasında birlik sağlanmıştır. Bütün sosyal güvenlik kuruluşları tarafından ortak bir ilaç veri tabanının kullanılması ile aynı standartlara dayalı, tek elden ilaç takibi ve kontrolünün yapılmasına olanak sağlayan alt yapı oluşturulmuştur (Akdağ, 2010: 37).

GSS sistemi ile sağlık hizmetlerinin kapsamı tüm vatandaşlar için ES sigortalılarına sunulan seviyeye yükseltilmiştir. Bu sayede, SSK ve Bağ-Kur sigortalılarına sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamı artmıştır. Bununla birlikte GSS, sistem olarak ES uygulamalarından önemli derecede farklılıkları da beraberinde getirmektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, sosyal sigorta yardımları ile sağlık hizmeti sunumunu birbirinden ayırmıştır. Sosyal sigorta bölümünde sigortalıya yapılacak parasal yardımlar, GSS bölümünde de sağlık hizmeti sunumu, kapsamı ve yararlanma koşulları düzenlenmiştir. GSS'nin

amacı; tüm vatandaşların eşit kapsam ve kalitedeki sağlık hizmetlerine erişimini, risk paylaşımı ilkesine ve hakkaniyete dayalı olarak üst düzeye çıkarmak; çağdaş kontrol ve takip sistemlerine dayalı, ülke kaynaklarının kötüye kullanılmasını engelleyen etkin bir yapının kurulması ile sağlık alanında finansal koruma sistemini gerçekleştirmek olarak belirtilmiştir (Akdağ, 2008b:37-38; Sülkü, 2011:28-29; Bulut, 2011:119).

GSS’nın temel amaçlarından biri her türlü koruyucu sağlık hizmetinin uygulanmasını ve yaygınlaştırılmasını sağlamaktır. Hastalıklar ne kadar erken teşhis edilirse, tedavileri de o kadar kolay, başarılı ve ekonomik olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, kaynakların gereksiz kullanımını engelleyeceği gibi, hastanelerdeki hasta yoğunluğunu da azaltmış olacaktır. Böylece kişiler sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşarak, daha etkin bir sağlık hizmeti alabileceklerdir. GSS kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile ödenen prim miktarı arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Gelire göre prim alınmasına karşılık, ihtiyaca göre hizmet verilmektedir. Bunun dışında GSS, tedavi hizmetlerinde özel-kamu ayrımını ortadan kaldırmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile protokol imzalayan özel hastanelerde yapılan her türlü tedavinin ödemesi devlet tarafından karşılanacaktır. GSS ile sağlık hizmetlerinin satın alınması tek bir kurum tarafından (SGK) yapılacağından, bu durum fiyatların belirlenmesi sürecine olumlu olarak yansımaktadır (Gümüş, 2010:19-20; Sülkü, 2011:29).

GSS tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarını, Türkiye’de bir yıldan fazla ikamet eden yabancıları, sığınmacı ve vatansızları kapsamına almaktadır. 18 yaş altı çocuklar koşulsuz olarak GSS’nın kapsamına alınmışlardır. Sadece er ve erbaşlar, tutuklu ve hükümlüler ile yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olanlar kapsam dışında bırakılmaktadır. Kapsama giren kişilerin GSS’na katılımı zorunludur.

GSS, sağlık hizmeti alacak kişilerden prim toplanması esasına dayalı bir finansman sistemidir. Herkesten ödeme gücüne göre prim alınarak, herkese ihtiyacına göre hizmet verilmesi ilkesine dayanmaktadır. Ancak GSS şu anki uygulaması ile yoksulları korumada yeterli olmayan bir uygulamadır. Aylık geliri asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan tüm

vatandaşlar her ay prim ödemek zorundadır. GSS kapsamında asgari ücretin üçte birinden daha az gelire sahip olduğunu belgeleyen kişilerin primleri devlet tarafından ödenmekte ve sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaları sağlanmaktadır. Ancak burada önemli bir sorun yoksulluk sınırının asgari ücretin üçte biri gibi düşük düzeyde belirlenmesinde ortaya çıkmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014:13). Belirlenen yoksulluk sınırının üzerinde geliri bulunan kişiler prim ödemedikleri sürece sağlık hizmetlerinden yararlanamayacaklardır. Bu durum GSS'nın sağlık hakkı kavramı ile çelişen boyutunu göstermektedir.

GSS ile ilgili olarak basına yansıyan haberlere göre; 1 Ocak 2012 tarihinde uygulamaya geçirilen GSS nedeniyle milyonlarca kişi sağlık hizmetlerinden yoksun kalırken, prim borçları da her geçen gün katlanarak artmaktadır. GSS kapsamında çalışmayan ve gelir testi yaptırmayan yaklaşık 4,5 milyon kişi, adlarına en yüksek miktarda prim borcu çıkarılması nedeniyle, en temel insan hakkı olan sağlık hakkından yararlanamamaktadır. Bu kişilerin borcu gecikme faiziyle birlikte katlanarak artmaktadır. Bir yanda sağlık hizmetlerinden yoksun kalan, diğer yandan da faizleriyle birlikte prim borçları 3-4 bin liraya ulaşan vatandaşlar ne yapacağını bilememektedir. Büyük iddialar ve umutlarla hayata geçirilen, ancak vatandaşın sağlık hizmeti almasını neredeyse engelleyen GSS beklentileri karşılayamamıştır. Ödeme gücü bulunmayanların sağlık hizmetlerinden yararlanamayacağı açıkça görülmüştür. Uygulamanın yarattığı sorunların artması nedeniyle prim ve gecikme faizinden oluşan borç veya gecikme faizlerinin silineceği kamuoyuna yansımıştır. Ancak bu konuda hala bir adım atılmamıştır. Prim borçları ve katlanarak artan gecikme faizleri silinmeli, bu vatandaşlara yeniden sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı sağlanmalıdır. Beklenen sonucu vermeyen, iki yıllık uygulamanın yarattığı sorunlar da dikkate alınarak GSS'nda yeniden bir düzenleme yapılması kaçınılmaz hale gelmiştir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak en temel haktır. Bu hakkı engellemek hiçbir gerekçe ile savunulamaz (Bayer, 2014).

GSS ile SGK'nın sağlık harcamaları artmış, tüm gider azaltıcı önlemlere rağmen mali yapısında beklenen iyileşme gerçekleşmemiştir. SGK'nın gelir gider dengesini sağlamak ve gereksiz sağlık hizmeti talebini ortadan

kaldırmak için katkı payları artırılmıştır. Katkı paylarının arttırılması ve sağlık kuruluşlarının alabileceği farkların yükseltilmesi, zamanla sağlık hakkının özünü zedeleyebilecek sağlık hizmeti talebinden vazgeçme veya sağlık hizmeti talebini geciktirme, erteleme sonucunu doğurabilecektir (Alper, 2012:57). GSS sisteminin ortaya çıkardığı en önemli sorun sağlık hizmetlerinden yararlanmak için getirilen katkı payı koşuludur.

Herkesi zorunlu olarak kapsamına alan, primle finanse edilen bir GSS oluşturmak yanlış bir tercih değildir. Gelir testi uygulaması, ekonominin kayıt altına alınmasına katkıda bulunduğu gibi, hizmetten yararlananın bedel ödemesini sağladığı için sosyal adalet duygusunun güçlenmesine de katkıda bulunabilir. Ancak GSS’nın uygulanması bakımından gelir testi uygulaması hayati bir önem taşımakla birlikte, bütün dikkatlerin bu noktaya yoğunlaştırılması bazı sorun alanlarının gözden kaçırılmasına ve GSS’nın amaçlarına aykırı bir uygulamanın ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu gelişmelerden biri de katılım payları ile ilgili uygulamadır. Sağlık hizmetlerinden yararlananlardan, başvurdukları sağlık kuruluşlarının basamağı dikkate alınarak alınan katılım payları artırılmıştır. Buna ilaç israfını önlemek amacıyla reçete katkı payı da ilave edilmiştir. Başlangıçta çok düşük olarak belirlenen bu miktarların zamanla artırılması, gelecekte daha da artırılabilceğini göstermektedir. Diğer taraftan, özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alanların ödeyecekleri ilave ücret payı da oran olarak yükseltilmiştir. SGK’nın sağlık hizmeti sunucuları arasında kamu-özel ayrımı yaparak farklı katkı payları belirlemesi GSS’nın hizmet satın almada eşit davranma ilkesine aykırı bulunmaktadır (Alper, 2012:59-60).

GSS sistemi içerisinde özel sağlık sigortalarının da tamamlayıcı bir rol üstlenerek desteklenmesi amaçlanmaktadır. Zorunlu GSS’nın kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyen kişiler özel sigorta yaptırabilecekler ve bu özel sigortalar aracılığıyla hizmet alabileceklerdir. Bu sistemle özel sigortacılığın teşvik edileceği yönünde görüşler de bulunmaktadır. Bu ifade; kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmının temel teminat paketi ile karşılanamayacağı ve bu paket dışındaki hizmetler için ya hizmetin alımı esnasında cepten ödeme yapmak ya da zorunlu sigorta dışında ayrıca prim ödeyerek tamamlayıcı

özel sağlık sigortalarını tercih etmek zorunda kalmaları anlamına gelmektedir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:279-280; Ataay, 2008:172-173). Temel teminat paketi dışında kalan sağlık hizmetlerinin iyi işleyen, güvenilir bir özel sağlık sigortası sistemleri kanalıyla sunulması, özel sektörün de sistem içinde yer almasının sağlanmasına ve hizmet tanımının ve sınırlarının güvence altına alınmasına ihtiyaç duyulacaktır (Elbek ve Adaş, 2009:37-38).

GSS sisteminin en temel özelliği, primlerini ödeyen bütün vatandaşların kamusal sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşlarından oluşan bir sistem içinde bütün sağlık hizmetlerini alabildiği ve bütün giderlerinin sigorta sistemi tarafından ödendiği bir modelin yerine, vatandaşların kamusal sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşlarının yanı sıra özel sağlık kuruluşlarına ve özel sağlık sigortacılığına da başvurabildiği ancak bunun için ek ödeme yapmak zorunda kaldığı yarı kamusal, yarı özel bir sistemi öngörmesidir (Ataay, 2008:172-173).

C- Aile Hekimliği Sistemi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumuna ilişkin ilke ve kurallar, 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile düzenlenmiştir (Ataay, 2008:174; Yaşar, 2008: 175). SDP’nın önemli bileşenlerinden biri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş uygulama yöntemi olan aile hekimliğidir. Aile hekimi, anne karnındaki bebekten, ailenin en yaşlı bireyine kadar ailenin bütün üyelerinin sağlığından ve her türlü sağlık sorunlarından sorumludur. Sorumluluğunu aldığı kişinin hastalıklardan korunması için gerekli önlemleri almaktadır. Hastalık durumunda ise bilgi ve tecrübesi ölçüsünde tedaviyi sağlamaktadır. Aile hekimi genellikle aile bireylerinin ikametlerine yakın ve kolay ulaşılabilir bir yerde bulunmaktadır. Aile hekimleri, kişilerin ve hizmet sunucuların yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici bir işlevi yerine getirmektedir (Akdağ, 2011a:78-79; Akdağ, 2011b:2).

Aile hekimliği sistemine yönelik yasal düzenlemeler 2004 yılı sonunda yürürlüğe giren 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile başlamıştır. İlk uygulamaya ise 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce

ilinde başlanmıştır. Türkiye genelinde aile hekimliği sistemine 13 Aralık 2010 tarihinde geçilmiştir. Aile hekimliği öncesinde birinci basamak sağlık kurumlarında 17,800 hekim görev yapmakta iken, aile hekimliği sistemine geçiş sonrasında 2012 yılı rakamlarına göre, 6,717 aile sağlığı merkezinde 20,811, 961 toplum sağlığı merkezinde ise 2,167 hekim olmak üzere toplam 22,978 hekim görev yapmaktadır. Yine 2012 yılı sonu rakamlarına göre 3,634 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. 2023 yılı hedefi ise 1,680 kişiye bir aile hekiminin hizmet sunmasıdır (Aksoy, 2007:60-61; Akdağ, 2011a:79-80).

Türkiye’de uygulanan aile hekimliği modelinde, birinci basamak (örneğin SB sağlık ocakları) ve ikinci basamak (örneğin SB hastanelerinin ayakta tedavi birimlerinde) sağlık hizmetlerinde çalışan maaşlı pratisyen hekimlere kamudaki işlerinden izin alma ve bağımsız, kişi başı ödemeye dayalı bir aile hekimi olarak çalışma seçeneği sunulmaktadır. Bu doktorların kamudaki asıl işlerine istedikleri zaman dönme hakları saklı kalmaktadır. Aile hekimi olmaya hak kazanabilmek için bu hekimlerin aile hekimliği konulu 10 günlük uyum eğitimlerini tamamlamaları gerekmektedir. Bu eğitimlerde aile hekimliği uygulamasının ilkeleri, iletişim, klinik yöntemler ve epidemiyoloji anlatılmaktadır. Uyum eğitimini tamamladıktan sonra aile hekimleri, kendilerine kayıtlı kişilerin sayısına göre (yani kişi sayısı bazında) aylık bir kişi başı ödeme almaktadırlar (OECD ve DB, 2008:42-43; Akdağ, 2010:69-70).

OECD ve DB’nın 2008 yılında Türkiye sağlık sistemini inceledikleri çalışmaya göre; aile hekimliği modeli ile birlikte SDP kapsamında Türkiye’deki birinci basamak sağlık hizmetlerinin de güçlendirilmesine çalışılmaktadır. Bu sayede gelecekte aile hekimleri ve koruyucu sağlık merkezleri daha iyi bir toplum sağlığı düzeyine ulaşmak için uyumlu bir biçimde çalışabilecektir. Toplum sağlığı merkezleri; entegre koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri vermektedir. Bu merkezler ayrıca; aşılama kampanyaları, üreme sağlığı ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerini denetlemekle de görevlidirler. Aile hekimliği sisteminin etkin bir şekilde uygulanmasının önündeki engellerden biri doktor sayısının az olmasıdır. (Saraçoğlu, 2007:463-467; OECD ve DB, 2008:43; Elbek ve Adaş, 2009:35).

Aile hekimliği modeline getirilen eleştirilerin başında sağlık hizmetlerinin sunumunda bir bütün olarak koruyucu hekimlik yaklaşımının terk edildiği görüşü gelmektedir. Bu görüşe göre; sağlık ocaklarının yerini alan aile hekimliği uygulaması ile belirli bir bölgedeki nüfusu temel alarak koruyucu sağlık hizmetleri sunan anlayışın yerine kişiyi merkeze alarak tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik bir sistem getirilmektedir. Ayrıca aile hekimliği sisteminde yer alan doktor seçme ve değiştirme hakkı, kişilerin yaşadıkları çevre ile birlikte değerlendirilmelerini engellemektedir. Sağlık ocağı sisteminde doktor, çevre sağlığı teknisyeni, hemşire, tıbbi sekreter, ebe ve şoförden oluşan bir ekip hizmeti öngörülmekteyken, aile hekimliğinin sadece doktor merkezli bir sistem olduğu görülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren ekibin doktor dışı tüm üyeleri aile sağlığı elemanı olarak adlandırılmakta ve aile hekimleri yanlarında çalışan aile sağlığı elemanlarının işvereni konumunda bulunacaktır (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006:282-283; Gül ve Ergun, 2010:325; Ulutaş, 2011:185-187; Üstündağ ve Voltar, 2011:87).

Sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile 3359 sayılı SHTK sevk zincirine uyulması için bazı mali yaptırımlar getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulmasını düzenleyen 224 sayılı Kanun'un 14. maddesi sevk zincirine uyulmaması durumunda hizmeti ücretli hale getirmiş, 3359 sayılı Kanun'un 3. maddesi de sevk zincirine uymayanlara fazla ücret ödeme yaptırımı getirmiştir. 5510 sayılı Kanun da sevk zincirine uymayan kişilere tedavi ücretinin %30'unun kendisi tarafından ödenmesi ilkesini getirmiştir. Ancak 5510 sayılı Kanun'da yapılan değişiklik ile bu hüküm yürürlükten kaldırılmıştır. SDP, etkili bir sevk sisteminin hastanelerdeki gereksiz yoğunluğu azaltarak hem tedavi hizmetlerinde kalite artışını sağlayacağı, hem de gereksiz sağlık harcamalarını azaltacağını ifade etmektedir (Yaşar, 2008:176). Aile hekimliği sistemi ile sağlık hizmetlerinin sunumunda doktor muayenehanesine dayalı bir anlayış geliştirilmiştir.

D- İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Türkiye'de sağlık işletmesi modeline geçiş ilk olarak 1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile denenmiş ancak Anayasa Mahkemesinin

iptal kararı nedeniyle gerçekleştirilememiştir. Gerçekleştirilemeyen bu dönüşüm 2003 tarihli DB Raporu ile yeniden önerilmiştir. Raporda, kamu hastanelerinin verimliliğinin artırılması için hem idari ve mali açıdan hem de sağlık hizmeti üretimi açısından özerkleşmesi gerektiği savunulmaktadır. Rapora göre, özerkleşmeyle hem hastanelerin kendi öz kaynaklarını yaratmaları hem de arz talep ilişkisinin daha sağlıklı bir şekilde kurulması sağlanmış olacaktır (Ataay, 2008:176).

Pilot hastane özerkliği kanunu (Devlet Hastaneleri Birliği’nin Pilot Uygulaması Konulu Kanun Taslağı) 2007 yılında hazırlanarak görüşülmek üzere TBMM’ye sunulmuştur. Kanun, kamu teşebbüsü modeline dayanan hastane yönetimi ilkelerini açıklamaktadır. Örneğin, pilot projeye katılan hastaneler kurullar tarafından yönetilecek, fakat SB’na bağlı kalmaya devam edeceklerdir. Kanun, bölgesel seviyede ortak bir hastane birliği oluşturulması olanağını da tanımaktadır. Bu birlik; program, planlama, bütçelendirme ve uygulamayı birlikte yüklenen bir hastaneler ağından oluşacaktır. Pilot hastane birlikleri, sağlık elemanı işe alımı ve kaynak tahsisi konularında daha fazla özerkliğe ve esnekliğe sahip olacaktır. Hastane çalışanları, artık devlet memuru olmayacak ve sağlık sektöründe ömür boyu istihdam garantisine sahip bulunmayacaklardır. SB, hizmet kalitesinin garantisini vermekten ve hastane birliklerinin SB standartlarına uymalarını sağlamaktan sorumlu olacaktır (OECD ve DB, 2008:44; Akdağ, 2011a:215; Sağlık Bakanlığı, 2012a:45-46).

Tasarı hastane birliklerinin organlarını yönetim kurulu (YK), genel sekreterlik (GS) ve hastane yöneticilikleri olarak belirlemektedir. Karar organı YK, yürütme organı ise GS olacaktır. YK; ikisi İl Genel Meclisi (biri hukuk öğrenimi görmüş, diğeri yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir), biri Vali (işletme, iktisat veya maliye alanında en az dört yıllık yükseköğrenim görmüş), ikisi SB (biri tıp öğrenimi görmüş, diğeri sağlık sektöründe tecrübe sahibi ve alanında en az dört yıllık yükseköğrenim görmüş), biri Sanayi ve Ticaret Odası tarafından (en az dört yıllık yükseköğrenim görmüş) belirlenecek üyeler ile İl Sağlık Müdürü veya yardımcılarında oluşacaktır. Üye olabilmek için 8 yıl kamu veya özel sektörde iş deneyimine sahip bulunmak yeterli görülerek, özel sektör ve kamu arasında fark gözetilmemiştir (Ataay, 2007:5-6; Yaşar, 2008:177; Sülkü, 2011:11-12).

Tasarıya göre hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda SB tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre performans değerlendirmesine tabi tutularak bu değerlendirmenin sonuçlarına göre yüz üzerinden puanlanarak beş sınıfa ayrılacaktır. Bu şekilde sınıflara ayrılan hastanelerin kapasite ve kaynakları birleştirilerek aralarında görev paylaşımı yapılacak, böylece daha rasyonel çalışmalarını sağlamak için hastane grupları oluşturulacak ve oluşturulan grubun ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olanlar Birliğe dönüştürülecek, (D)'in altına düşenlere ise eksikliklerini gidermeleri amacıyla bir yıldan az olmamak üzere süre verilecektir. Sürenin sonunda eksikliklerini gideremeyen (D) sınıfındaki Birlikler ile (E) sınıfına düşenlerin YK üyelerinin ve bazı pozisyonlarda bulunan personelin sözleşmeleri sona erdirilerek, bu görev ve yetkiler Birlik tekrar (C) ve üzeri puan alana kadar SB'nın görevlendireceği personel tarafından yürütülecektir (Ataay, 2007:6-7; Yaşar, 2008: 178; Sülkü, 2011:12)

Kamu hastane birliklerinin kurulmasının amacı, hastanelerin, kendi kaynaklarından sorumlu birlikler haline getirilerek, kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasının yanında, SB tarafından uygulanacak performans değerlendirmesi ile kaliteli sağlık hizmetleri sunumunun sağlanmasıdır (Sülkü, 2011:12; Akdağ, 2011a:215).

SONUÇ

Türkiye'de 1980'lerden beri iktidara gelen tüm hükümetler sağlık sisteminde reform gerçekleştirmeyi hedeflemişlerdir. Adalet ve Kalkınma Partisi hükümetinin 2003 yılında açıkladığı SDP da bu çabaların en son ve sağlık sistemi üzerinde en fazla etkisi olan halkasıdır. SDP, bir yandan tüm nüfusu kapsayarak, farklı sosyal güvenlik kurumları arasındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı diğer taraftan özel sektörün sağlık hizmeti sunumundaki rolünü artırmayı amaçlamaktadır. Özellikle GSS ile birlikte temel sağlık hizmetlerini kapsayan tek bir temel teminat paketinin tüm nüfusa eşit olarak sunulmaya başlanması ve sosyal güvenlik sisteminin kapsamını genişletme çabaları SDP ile sağlanan önemli gelişmelerdir. Türkiye'deki sağlık sisteminde özel sektörün hizmet sunumundaki payı artmakla birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı bir kamu kuruluşu olan SGK tarafından sağlanmakta ve hizmet sunumunda devlet halen en

önemli aktör olmayı sürdürmektedir. SDP ile SB’nın planlama ile birlikte denetim yapması; GSS’nın ise herkesi kapsamı öngörülmüştür.

SDP ile getirilen bu uygulamalar sayesinde sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. SSK sağlık kurumları, SB’na devredilerek, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamasına geçilmiş ve SB hastanelerine döner sermaye gelirlerini kullanma, satın alma ve yatırım ile ilgili kararlarda daha fazla özerklik tanınmıştır. Sağlık bilgi sistemleri geliştirilmiştir. SDP ile özel sektörün rolü artmıştır. Kamu hastaneleri, verimliliklerini artırmak, tıbbi hizmetler üzerine yoğunlaşabilmek için altyapı hizmetlerini (bilgi teknolojileri, güvenlik, temizlik, lojistik, yemek gibi), özel sektörden hizmet olarak sağlama yolunu seçmişlerdir. Kamu hastanelerinin, teknolojidaki en son yeniliklerden yararlanmak, kaliteli sağlık hizmeti üretmek ve sunmak için özel sağlık kurumlarından teşhistanı hizmetleri satın alması da yaygınlık kazanmıştır. SGK, ayakta ve yatan hasta hizmetleri sunumu için özel kurumlarla sözleşmeler gerçekleştirmiştir. Bu teşvikler sayesinde özel hastane sayısı büyük artış göstermiş ve sağlık sektörünün dinamikleri değişmiştir.

SDP’nın uygulanmaya başlaması ile 2003 yılında SB’na bağlı 10 hastanede pilot uygulama olarak Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilmiş ve ES üyelerine, sevsiz olarak özel hastanelere başvuru olanağı getirilmiştir. Sağlık çalışanlarına performans göre ödeme sistemi devlet hastanelerinde 2004 yılında yaygınlaştırılmış ve SB ile SSK Sağlık Tesislerinin ortak kullanımı protokolü yürürlüğe girmiştir. SSK’lılara tüm devlet hastanelerine ve eczanelere erişim olanağı 2005 yılında tanınmıştır. Türkiye genelinde Yeşil Kartlıların ayakta tedavi masrafları kapsam altına alınmıştır. Her Türk vatandaşının sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alması birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahip olması 2007 yılında alınan yasal önlemler ile resmileştirilmiştir. Aynı yıl yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında; SSK, Bağ-Kur ve ES sağlık sigorta sistemleri içerisinde yer alan haklar daha uyumlu hale getirilmiştir. SUT yayınlanmadan önce SSK ve Bağ-Kur mensuplarının SB hastanelerine gitmeleri için herhangi bir sevk zorunluluğu bulunmamakta iken üniversite hastanelerine

erişim için bir sevk zorunluluğu bulunmaktaydı bu sevk zorunluluğu kaldırılmıştır. Sevk zorunluluğunun kaldırılması olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Özel sağlık kurumlarına erişim önceki sistemle aynı kalmıştır. Başka bir ifade ile SSK ve Bağ-Kur mensupları sağlık sigorta sistemlerinin sözleşmeli olduğu özel sağlık kuruluşlarından ayakta tedavi ve yatarak tedavi hizmeti almayı sürdürmüşlerdir. Böylece SSK ve Bağ-Kur mensuplarının hakları ES seviyesine gelecek şekilde yeniden düzenlenmiştir.

Türkiye’de uygulanan sağlık reformlarının amaçlarına bakıldığında sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve sağlık hizmetlerinin sunumundaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasının hedeflendiği görülmektedir. Ancak GSS’nin vergi ile finanse edilme ilkesi yerine primlerle finansman sağlanması ve prim ödeyemeyen kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanamaması sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulmasını tüm vatandaşlar için bir hak olarak kabul eden anlayışla bağdaşmamaktadır.

Kaynakça

Akdağ, Recep (2007) *Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002 – Haziran 2007* (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları).

Akdağ, Recep (2008a) *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749).

Akdağ, Recep (2008b) *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770).

Akdağ, Recep (2010) *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. (İlerleme Raporu: Eylül 2010)* (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 807).

Akdağ, Recep (2011a) *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, (Değerlendirme Raporu: 2003-2010)*, (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839).

Akdağ, Recep (2011b) “Kamu Hastanelerinin Genel Verimliliğinin Değerlendirilmesi”, (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 848).

Akdur, Recep (1999) “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması”, (Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi).

Akdur, Recep (2006) “Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”, 3. Baskı, (Ankara: ATAUM Yayınları).

Aksoy, Beyhan (2007) “Bir Meslek Örgütünün Kurumsal Değişimdeki Yeri: Türkiye Sağlık Alanı Örneği”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi.

- Aksoy, Beyhan (2013) “Sağlık Hakkı Bağlamında Sivil Toplum Örgütlerinin Eylemlerinin Sosyal Politikalara Katkıları”, *14. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresi Bildiriler Kitabı*, (İstanbul: Türk-İş Yayınları), 837-864.
- Alper, Yusuf (2012) “Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi Uygulaması”, *Türk-İş Dergisi*, 2 (397), 56-60.
- Ataay, Faruk (2007) “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme”, 1. Baskı, (Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları).
- Ataay, Faruk (2008) “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, *Amme İdaresi Dergisi*, 41 (3), 169-184.
- Bakar, Coşkun ve Seval Akgün (2005) “Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikâye”, *Toplum ve Hekim*, 20 (5), 339-352.
- Bayer, Yalçın (2014) “Genel Sağlık Sigortası Çöküyor”, *Hürriyet*, (05.02.2014).
- Buğra, Ayşe (2010) *Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye’de Sosyal Politika*, 4. Baskı, (İstanbul: İletişim Yayınları).
- Bulut, Ayşen (2011) “Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi”, *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*, 2. Baskı, (Derleyenler: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar), (İstanbul: İletişim Yayınları), 111-124.
- Bulut, Nihat (2009) *Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar*, (İstanbul: On İki Levha Yayıncılık).
- Dedeoğlu, Necati (2009) “Dünya Sağlık Örgütü ve Sosyal Haklar”, *Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiriler Kitabı*, (Ankara: Belediye-İş Sendikası Yayınları), 194-198.
- Elbek, Osman ve Emin Baki Adaş (2009) “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12 (1), 33-44.
- Erol, Hatice ve Abdullah Özdemir (2014) “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4 (1), 9-34.
- Ertan, İzzet Mert (2012) *Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı*, (İstanbul: Legal Yayıncılık).
- Gül, Songül Sallan ve Ayşe Dericioğulları Ergun (2010) “Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar”, *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildiriler Kitabı*, (İstanbul: Petrol-İş Yayını), 317-337.
- Gümüş, Erdal (2010) “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler”, *Seta Analiz*, (24), 1-24.
- Hamzaoğlu, Onur (2007) “Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye’de Sağlıkta Reform-Dönüşüm”, *Toplum ve Hekim*, 22 (6), 418-431.
- Hamzaoğlu, Onur ve Cavit Işık Yavuz (2006) “Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine”, *Mülkiye Dergisi*, 30 (252), 275-296.
- Kaboğlu, İbrahim (2010) “Anayasa’da Sosyal Haklar: Alanı ve Sınırları”, *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildiriler Kitabı*, (İstanbul: Petrol-İş Yayını), 43-60.
- OECD ve Dünya Bankası (2008) *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*.
- Saraçoğlu, Gamze Varol (2007) “Edirne’de Toplum Sağlığı Merkezinde Çalışmak”, *Toplum ve Hekim*, 22 (6), 463-469.

- Sönmez, Mustafa (2011) *Paran Kadar Sağlık Türkiye’de Sağlıkın Ticarileşmesi*, (İstanbul: Yordam Kitap).
- Sülkü, Seher Nur (2011) “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları”, (Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 2011/414).
- Şahbaz, İbrahim (2009) “Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı”, *TBB Dergisi*, (86), 405-424.
- Temiz, Özgür (2014) “Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 69, 1, 165-188.
- Ulutaş, Çağla Ünlütürk (2011) *Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, 1. Baskı, (Ankara: NotaBene Yayınları).
- Üstündağ, Nazan ve Çağrı Voltar (2011) “Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi”, *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*, 2. Baskı, (Derleyenler: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Voltar), (İstanbul: İletişim Yayınları), 55-94.
- Üzeltürk, Sultan Tahmazoğlu (2012) *Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı*, (İstanbul: Legal Yayıncılık).
- WHO (1946) “Constitution of the World Health Organization”, Genava: WHO. [http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf] (10.08.2014).
- Yaşar, Gülbiye Yenimahalleli (2008) “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neo-liberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler”, *Mülkiye Dergisi*, 32 (260), 157-192.

Evaluation of Care Coordination Program on Cost Containment: Cambridge Health Alliance Case in the United States

Kişiyeye Özel Sağlık Hizmetlerinde Koordinasyon Programının Maliyet Kontrolü Bağlamında Değerlendirilmesi: Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Cambridge Health Alliance Örneği

Kadir GÜRSOY*

ABSTRACT

Rising healthcare costs in nearly all nations, particularly in the United States, has been posing major challenges to stakeholders in healthcare industry. Each actor has been developing new strategies to mitigate costs. Care coordination is one of the methods many healthcare providers have been applying to remedy this problem. Cambridge Health Alliance - a public, safety net health care system serving the Greater Boston area- has been piloting a care coordination program for one of its population cohorts since November 2011. This paper evaluates the possible impact of the program on healthcare costs, analyzes cost structure for different sub-populations to understand which groups contribute most to cost reductions, and offer suggestions to achieve the highest saving. The analyses conclude there is room for curbing the cost growth when the program targets the highest cost patient and the program succeeds in changing the cost concentration of healthcare spending. Nevertheless, the analyses need to be developed further, using bigger population and a longer intervention period. Finally, it is important to support the program with other policies such as a gate keeping system, preventive care, and new alternative payment systems to sustain an impact on costs in the long-run.

Keywords: Care coordination, rising healthcare costs, cost containment, project evaluation

ÖZ

Amerika'da artan sağlık giderleri, sağlık sektöründeki paydaşlar için büyük bir sorun oluşturmaktadır. Bu yüzden her paydaş, maliyetleri kısma adına yeni stratejiler geliştirmektedirler. Kişiyeye özel sağlık hizmetlerinin koordinasyonu, bu sorunu çözmeye adına sağlık hizmeti sunucuları tarafından geliştirilen yöntemlerden bir tanesidir. Cambridge Health Alliance – büyük Boston sınırları içinde hizmet veren kamu güvenlik ağı sağlık sistemi sunucusu – Kasım 2011'den bu yana örnek bir grup için koordinasyon programının pilot uygulamasını yapmaktadır. Bu makale, bu programın sağlık maliyetleri üzerine etkisini ölçmekte, örnek grup içindeki farklı alt grupların hangisinin maliyetleri daha çok aşağıya çektiğini anlamak için maliyet yapısını analiz etmekte ve en büyük tasarrufu sağlamak için önerilerde bulunmaktadır. Analizler, programın maliyet dağılımını değiştirmede başarılı olduğu ve programın en maliyetli hastaları kapsaması durumunda maliyet artış hızında azalma sağladığı sonuçlarına ulaşmaktadır. Ama, analizlerin daha büyük bir örnekleme ve daha uzun süreli kontrol dönemini içerecek şekilde geliştirilmeye ihtiyacı vardır. Son olarak, programın; koruyucu sağlık, uzun dönemde maliyetleri sürdürülebilir hale getirecek yeni ödeme sistemleri, aile hekimi sistemi gibi başka politikalarla desteklenmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık hizmetlerinin koordinasyonu, artan sağlık giderleri, maliyet kontrolü, proje değerlendirilmesi

* *Sosyal Güvenlik Uzmanı, Sosyal Güvenlik Kurumu,*
kgursoy@sgk.gov.tr

(Makale gönderim tarihi: 21.05.2014 / Kabul tarihi: 23.03.2015)

INTRODUCTION

Healthcare accounts for a remarkably large slice of the United States (US) economic pie. Aggregate spending in 2013 was \$2.9 trillion, translating to \$9,255 per person or 17.4% of the nation's Gross Domestic Product (GDP) (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2014). Healthcare costs are rising steadily and outpacing the growth in overall GDP. Chronic diseases put great burden on healthcare spending. Together with the passage of healthcare reform in Massachusetts in 2006 and the Affordable Care Act in 2010, the US has embarked on major changes in the healthcare system. New models to address cost containment and quality, such as patient centered medical homes (PCMHs) and accountable care organizations (ACOs) are emerging, but challenges still remain in launching these models (Conway and Terrell, 2010).

Cambridge Health Alliance (CHA), an integrated healthcare system operating in Massachusetts, has been adapting to this transformation in the healthcare environment by developing a high-performing ACO which is striving to improve the patient experience with higher satisfaction, improved access, achieve outcomes for all patients as improved quality, and controlling the costs of healthcare (Hacker et al, 2014(1); Hacker et al, 2014(2)).

One of the elements of the transformation has been focusing on “*bending the cost curve*” by introducing a coordination of care—a system in which all of a patient's needs are coordinated with the assistance of a primary point of contact in order to ensure coordination among different line of treatment and specialization. It most importantly covers chronic-ill patients having the largest share in health spending and tries to achieve providing safer and more efficient care, as well as reducing cost by eliminating unnecessary services and improving transition of care inpatient to outpatient setting (Hacker et al, 2014(1), Hacker et al, 2014(2)). CHA launched a pilot care coordination program for one of its population cohorts, consisting of patients enrolled in Medicaid managed care and the states Commonwealth Care¹, in November 2011. This paper figures out potential impact of the care coordination program on healthcare costs, and recommends some enhancements to the program to increase savings.

1 Commonwealth care is a free or a subsidized healthcare coverage program for eligible Massachusetts residents.

The paper first provides a background about CHA, describes what care coordination is, and summarizes the major outcomes of past studies on care coordination. It then details the methodology used for the analyses, underlines the main findings of the analyses. The final section brings recommendations for next steps, and draws the conclusion.

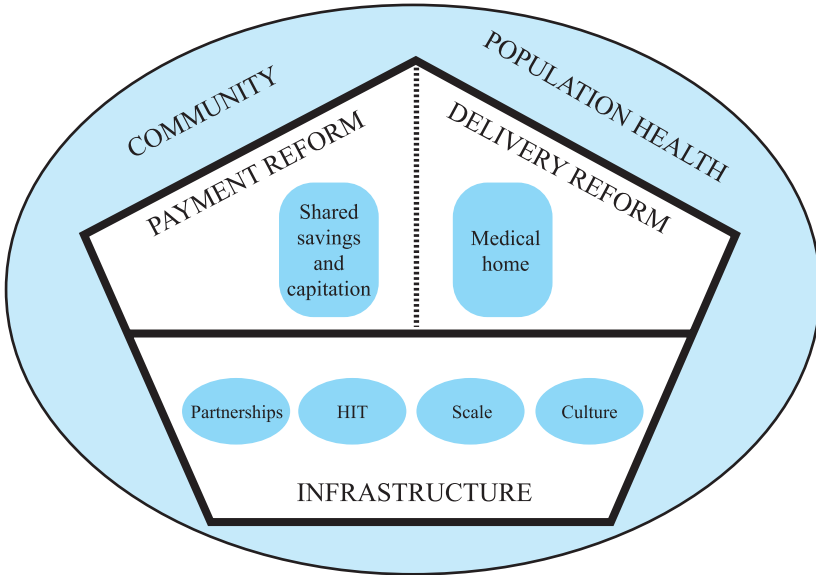
I-BACKGROUNDABOUTTHEORGANIZATIONANDCONTEXT

CHA is a public, integrated healthcare system working on achieving its community health mission, serving a population of 380 thousand residents in its primary service area (Hacker et al, 2014(1)). CHA has a critical mass of primary care providers and includes two inpatient hospital campuses, three emergency departments, a wide range of specialists, and one of the largest psychiatric departments in Massachusetts. It provides a large selection of clinical services with a special focus on primary care, community wellness, and prevention.

As a public institution, CHA provides services to a largely publicly insured or uninsured population and remains dependent on public funding. Its primary care patient population is racially and ethnically diverse and largely disadvantaged with over 40% speaking a language other than English. Approximately 15% of patients are uninsured but with state coverage, 60% have publicly funded insurance, and 25% have private insurance coverage.

Since after the healthcare reform law in Massachusetts enacted in 2006 aiming to ensure near-universal health insurance coverage, 2008 and 2010 reforms laying a foundation for cost-control (Raymond, 2011; Leighton et al, 2011), and 2012 reform for promoting the development of PCMHs and ACOs with the new payment reform in Medicaid (Gosline and Rodman, 2012), CHA has been currently transforming its system to ensure excellent patient experiences and control healthcare costs by developing a “*high-performing*” ACO - a group of healthcare providers (primary care teams, specialists, and hospitals) working together to give patients all the services they need while striving to meet certain goals (Figure 1).

Figure 1. CHA's ACO-PCMH Transformation Model



Source: CHA ACO-PCMH advisory work group

CHA is also participating in the Medicare Shared Savings Program, a national effort that aims to provide more coordinated, higher quality healthcare and reduce the growth of Medicare spending. The system is building new financial models that shift from fee-for-service to global payment methods relying on risk sharing agreements with private health insurance companies. For example, CHA implemented a global payment² initiative with Medicaid Managed Care Organization (MCO) for Medicaid managed care and Commonwealth Care members in 2010.

In order to produce higher savings in this agreement with the MCO, CHA introduced a care coordination program in November 2011 for its nearly 20,000 MCO members. The program aims at helping sickest patients, namely high-risk patients, navigate the health care system, and coordinate all the care they need and then finally mitigate healthcare costs. The

2 Global payment refers to an involvement in an arrangement with a payer in which the provider receives per member per month for each enrolled patient and savings or deficits accrued as a result of this arrangement were to be shared by CHA and MCO equally.

selection criterion of the patients to the program was based on the current prospective risk score³ and current cost generated by the patients (the highest top 3% in spending).

In the first stage, CHA hired three centralized case managers responsible for establishing, implementing, monitoring, and evaluating cost effective care plans for high risk MCO patients⁴ across the organization; one more person was added to the group in November 2012. From the launch of the program till end of March 2013, care managers have contacted a total of 150 patients and helped them receive the highest quality service.

The major focus of the team is to connect patients to primary care and community resources like area agencies on aging, supportive housing, and other social services (Hacker et al, 2014(2)). CHA is also building a program of embedded complex care management teams including a registered nurse and a social worker in each primary care clinic (Hacker et al, 2014(2)).

Based on the outcomes of this program, CHA is planning to expand it to other population groups. The outcome measures will rely on triple aims: to enhance patient experience of care with better access and satisfaction, improve outcomes for all patients with better quality, and bring down the costs of healthcare (Berwick et al, 2008). However, this paper only concentrates on evaluating the cost containment impact of the program.

II- CARE COORDINATION

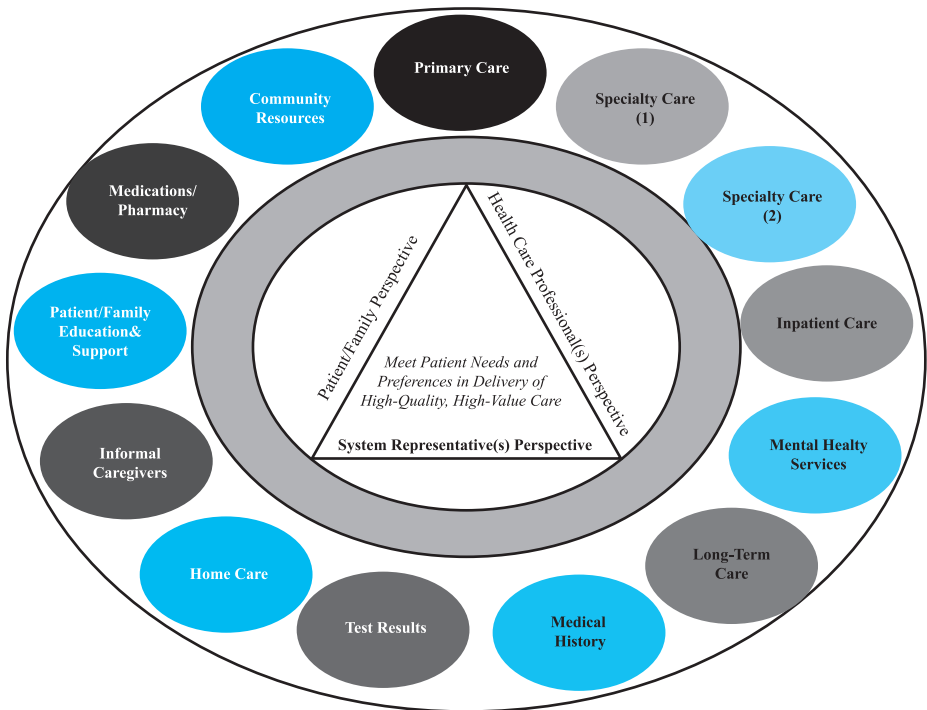
Healthcare in the US is fragmented. Clinical services are frequently organized around small groups of providers functioning autonomously and specializing in specific symptoms or organ systems. Therefore, many patients receive attention only for individual health conditions rather than receiving coordinated care for their overall health. For example, the typical Medicare beneficiary sees two primary care providers and five specialists each year (Bodenheimer, 2008). Communication of important information among providers and between providers and patients may result in delays or inaccuracies or even fail to occur at all.

3 A risk score is a numeric representation of the health status of a patient based on factors developed by the Centers for Medicare and Medicaid Services.

4 High risk patients denote the patients having multiple health and social needs that offer the greatest opportunity for cost savings in the health care system.

Care coordination, as promoted by Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) and adopted by CHA, is an attempt in which all of patient's needs are coordinated with the assistance of a primary point of contact; usually a care coordinator, nurse, or case manager. The CHA model places the patient's primary care practice at the center of all relevant health activity. Utilizing a patient centered approach, the primary point of contact works directly with patients, caregivers, physicians, and health care teams in both acute and ambulatory settings to better coordinate and manage patient care. Its central goal is to ensure that patients' needs and preferences are met and that care is timely, appropriate, cost-efficient and of high quality (Figure 2).

Figure 2. Care Coordination Ring



Source: AHRQ, 2010

AHRQ states that care coordination involves deliberately organizing patient care activities and sharing all patient information among all of the participants concerned with a patient's care to provide safer and more effective care. This means that the patient's needs and preferences are

known ahead of time and communicated at the right time to the right people, and that this information is used to guide the delivery of safe, appropriate, and effective care to the patient.

Generally speaking there are two ways of achieving good care of coordination: Using broad approaches and specific care coordination activities. Broad approaches that are commonly used to improve health care delivery are the most important part for designing well-established care coordination. Teamwork, care management, medication management, health information technology, and patient-centered medical home are good examples of broad care coordination activities.

As a secondary approach, using specific care coordination activities are crucial and they include establishing accountability and agreeing on responsibility, communicating and sharing knowledge, helping with transitions of care, assessing patient needs and goals, creating a proactive care plan, monitoring and follow-up, including responding to changes in patients' needs, supporting patients' self-management goals, linking to community resources, and working to align resources with patient and population needs⁵.

Care coordination has been accepted as an important step for healthcare providers to manage healthcare costs and provide high-quality services and been adopted by many healthcare providers during the last decade. There are several studies conducted to assess the impact of care coordination experiences on quality, cost, hospital admissions, and patient satisfaction. However, those studies have conflicting results; therefore we can say that there is no general consensus among the academicians and healthcare professionals whether care coordination can contain costs or not.

Nearly all those studies conducted randomized clinical trials but each focused on programs consisting of members having different demographic structure and each program had distinct settlement (Boult et al, 2011; Peikes et al, 2009; Peikes et al, 2007, Coleman et al, 2006; Engelhardt, 2006). For example, the number of patients assigned for each care coordinator differed significantly in some programs. While in some programs registered nurses took responsibility of the patients, in others

5 Care Coordination Measures Atlas, AHQR, 2011

case managers interacted with patients. In some programs intervened patients received trainings, whereas others offered no training. As a result of all those differences in the studies, it is difficult to draw a common conclusion from the literature.

The Sutter Care Coordination Program⁶, adopted in 1994 and the disease management components were added between 2001 and 2005, combines chronic care and disease management to address the medical and psychosocial needs of individuals with multiple chronic conditions. As the population of individuals with one or more chronic illnesses is expanding rapidly, and the ability of the fragmented, fee-for-service health care system to meet the complex needs of these patients is limited, they adopted a care coordination program consisting of two main elements.

The primary element here is a team of registered nurses, medical social workers, and general health care coordinators who work with patients and their families or caregivers to keep those with multiple chronic conditions as healthy as possible through coordination of care; patient education; referral to appropriate medical, psychosocial, and community services; and ongoing monitoring and troubleshooting as needed. The team is supplemented, when appropriate, by specific disease management programs for those patients with heart disease, diabetes, or asthma, as well as for those in need of anticoagulation management.

As a result, the care coordination program has decreased inappropriate use of health care resources, reduced costs, and improved patient and caregiver understanding of disease process and symptom management. When compared the experience of Sutter patients who received care coordination services against Sutter patients who also had multiple chronic conditions but did not receive coordinated care services, patients receiving care coordination had:

- 24 percent fewer visits to specialists,
- 13 percent fewer emergency department (ED) visits,
- 39 percent fewer hospitalizations for acute care,

6 Sutter Health Sacramento-Sierra Region, Chronic Care and Disease Management Improves Health, Reduces Costs for Patients With Multiple Chronic Conditions in an Integrated Health System.

- 33 percent fewer outpatient visits at hospitals,
- 38 percent fewer home health care visits,
- 15 percent fewer primary care physician visits.

Furthermore, an evaluation of Sutter's care coordination program by The California HealthCare Foundation concluded that the program saved money by reducing inpatient admissions, including intensive care unit stays, for Medicare fee-for-service patients (Coleman et al, 2004). Sutter's internal studies have also shown meaningful cost savings and return on investment from the heart failure and anticoagulation disease management programs due to reductions in physician visits, ED visits, and hospital admissions, which more than offset the increased home health care and skilled nursing facility costs. Since 42% of the patients enrolled in the care coordination program have traditional fee-for-service insurance, reductions in unnecessary services for these patients can have a negative impact on Sutter's revenue stream.

Another patient-centered care coordination program, launched by Blue Shield of California, designed to improve healthcare quality and reduce medical expenses for those with complex or clinically advanced illnesses resulted in a 38% decrease in hospital admissions, reduced costs by more than \$18,000 per patient, and garnered high satisfaction rates among 92% of the patients (Sweeney et al, 2007).

This study is one of the first studies to quantify actual cost reductions that result from participation in this type of expanded case management program. The 18-month study followed 756 Blue Shield of California members who were diagnosed with late-stage illness, most frequently an oncologic condition. All had access to the same benefits. Approximately half of the participants were blindly assigned to a group that received usual case management, which included traditional coordination of services, approval processes, and utilization management practices. Those designated for the program received all usual case management with additional support that included access to a registered nurse, care manager, registered nurse team manager and physician in active clinical practice. Care management registered nurse interaction included home visits and an average of two weekly member calls.

Overall, the study found that the program effectively reduced overall costs by 26 percent. The savings were realized in patients having fewer costly hospital days and emergency room visits, with care shifting to less costly home care and hospice settings when appropriate:

- hospital admissions reduced by 38 percent,
- hospital days reduced by 36 percent,
- emergency room visits reduced by 30 percent,
- home care increased by 22 percent,
- hospice use increased by 62 percent.

Finally, the average combined utilization cost of the program cohort was \$49,742 per patient for the 18-month study duration, compared with \$68,341 in the usual care management cohort, which average savings of about \$18,599 per patient.

The main lessons that can be taken from those studies in terms of achieving the desired outcomes can be summarized as follows (Peikes et al, 2009; Boulton et al, 2011; Peikes et al, 2007; Social Work Leadership Institute, 2008; Nelson, 2012; Musich S. and Paralkar S., 2007) :

- Care coordinators have an important role. They do not just simply contact patients through telephone but should interact with patients in person. They must get to know each patient, establish a personal, trusting relationship, and connect to motivators that are important to the patient.
- They need to collaborate closely with the patients' physicians.
- The benefits are highest when services are aimed at patients with the most complex conditions.

A degree of integration has great importance for the success of care coordination since highly integrated systems such as Intermountain Healthcare⁷ in Utah and the Mayo Clinic system⁸ have significantly achieved to control costs. The Dartmouth Atlas estimates that practicing

7 <http://intermountainhealthcare.org>

8 <http://mayoresearch.mayo.edu/mayo/research/science-of-health-care-delivery/value-analysis-program.cfm>

medicine as Intermountain would lower the costs of healthcare in the U.S. by 40% (Dartmouth Atlas of Health Care, 2008).

III- METHODOLOGY

There are many methods that can be used as a tool to evaluate the saving impact of the care coordination program on healthcare costs. The soundest approach is to run a randomized-clinical trial (RCT). On the one hand, it has many pros such as producing more reliable results and reducing spurious causality and bias. On the other hand, the conduction of a RCT takes several years to follow up the patients and is very expensive. Because of these two reasons, RCT approach was not feasible at CHA.

Another approach is to divide the time period into pre-intervention and post-intervention periods for each patient participating in the program. Then we could compute and compare the average monthly cost before and after the intervention per patient. Finally, by subtracting the average cost before intervention from after intervention we could get the monthly saving per each patient and then by adding up all savings for the participants we end up total saving figure.

Yet, with this approach the estimated saving is not good at explaining whether the saving is solely due to the care coordination. There can be other factors leading to cost reduction such as recovery after the treatment in the post intervention period, no regular appointments after the intervention. For example, assuming a patient having higher costs before the intervention now recovers from the disease and does not need to visit the healthcare provider during post intervention. Can we say that calculated savings with this approach for this patient is the real saving occurring due to care coordination? This approach will likely yield misleading results since it does not reflect the actual saving as a result of implementing the program; hence I did not prefer to use this method.

The approach I adopted was to divide the population into two groups: intervention group and non-intervention group. The intervention group consisted of patients who were assigned to the program whereas non-intervention group members were the patients who were not included in the program. Then we could calculate the annual growth rates on per member per month healthcare costs for each group. If the growth rate for

the non-intervention group were higher than that of intervention group, we could conclude that the program is successful at slowing down the growth rate in the healthcare costs. I think this approach will end up computing more accurate results compared to the previous approach since the figures will regress to the mean and reflect the impact of the program on cost containment. However, we need to admit that this analysis does not turn out as accurate outcomes as scientific studies since it only analyzes 38 intervened patients and intervention period is short, an average of 5 months. It needs to be developed with longer intervention period and bigger size of intervention group.

IV- ANALYSES

For the analyses, I pulled the monthly claim and member month⁹ data from the MCO system for each patient in the population cohort between July 2009 and December 2012, but only used July 2009 to June 2012 data (The oldest cost data dates back to July 2009). In the analyses, a fiscal year of 2012 refers the timeframe between July 2011 and June 2012. In 2012 fiscal year, the population cohort consisted of nearly 19 thousand patients receiving healthcare services and only 76 patients were involved in the program.

Since I assumed that three months of tracking period would be sufficient enough to observe the saving impact for the program, I excluded patients who were in the intervention group for less than three months in the fiscal year 2012 and only picked the ones who have been assigned to case managers for at least 3 months. This decision was because case managers need time to set up the relation with the patient and other providers, and provide the cost-efficient and high-quality services for the patient to meet his/her needs. Furthermore, it is difficult to persuade the patient to cancel appointments that were scheduled prior to enrollment in the care coordination program even when the care manager believes that it is unnecessary. This resulted in the exclusion of 35 patients, the number of intervened patients in the intervention group dropped to 41. I also excluded 3 patients whose yearly costs were either so low or so large since I thought that adding those patients would affect the significance

9 Member month is the number of months that each patient stays in that population group in a fiscal year.

of my analysis and produce misleading results (Two of the patients had nearly no cost in year 2011 and one had huge costs in year 2012). In fact, I analyzed the impact including those 3 patients, and the results were misleading. Finally, I ended up only 38 intervened patients.

After dividing population into intervention and non-intervention group, I followed the steps explained in the previous paragraph. Since the program did not start at the beginning of the fiscal year 2012 and each patient had different intervention months, the calculated total saving figure does not yield annual amount. Therefore, I converted the intervened period-saving into annual saving by just multiplying monthly saving by 12 and dividing average intervention month assuming other factors stays the same throughout the year and saving pattern is linear.

V- FINDINGS AND RESULTS

A- Findings on Overall Population

In my analyses, I first computed summary statistics covering all population cohort for fiscal years 2010, 2011, and 2012 in terms of total number of members and non-cost members, total costs, yearly per member cost, average cost per member per month (CPMPM), and average member month enrolled in the MCO (Table 1). Throughout fiscal year 2012, nearly 19 thousands patients took part in that population. It is clear that the turnover ratio for this population cohort, the share of patients leaving and entering the system, was quite high. Average member month increased from 7.8 to 8.6 out of 12 months in 2012, meaning a reduction in turnover ratio.

Another interesting statistics is the share of non-cost members, the figure declined from 20% to 16% in 2012 highlighting that fewer patients record no spending in the year 2012. Annual per member cost rose by more than 20% in two years. This rise stems from two factors: increase in average member months and rise in CPMPM.

Looking at per member cost figures can be misleading since member months also play important role on the costs. Therefore, best measure to analyze the trend is to compare CPMPM and it went up by 11% in two years, reaching to \$397 in 2012. *Consequently, I came to a conclusion*

that people stayed in the population cohort longer compared to previous years, the proportion of population incurring some medical expense was climbing, and healthcare costs were still on the rise on a per person basis.

Table 1. Comparative Statistics – Whole Population (2010-2011-2012)

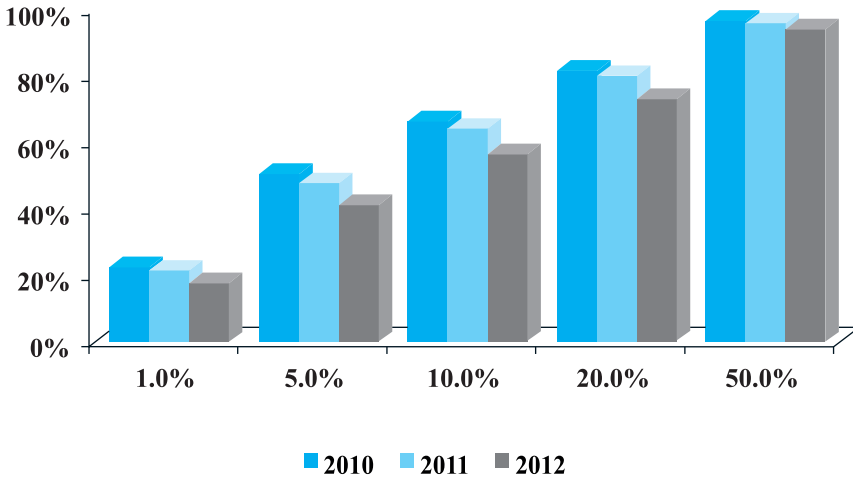
	2010	2011	2012
Number of members	20,108	18,315	18,968
Non-cost members	4,081	3,037	3,097
Share of non-cost members	20.3%	16.6%	16.3%
Total costs (in thousands)	\$56,070	\$55,823	\$64,498
Per member cost (year)	\$2,788	\$3,048	\$3,400
Total member months	156,293	151,598	162,546
Average # months in a group	7.8	8.3	8.6
Cost per member per month	\$358.75	\$368.23	\$396.80

Secondly, I compared how the cost concentration of spending evolved between 2010 and 2012 for the whole population cohort to show a clearer picture how this population cohort's healthcare dollars were allocated. The concentration of healthcare spending has important implications for health policy, particularly as we think about how to control overall spending.

Healthcare spending in the US is highly concentrated among a small portion of people with high cost. According to National Institute for Healthcare Management Foundation data brief¹⁰, 5% of the US population accounted for nearly half of the overall spending; 15% did not get any healthcare services. Based on my analysis, as seen in Figure 3, for all different population groups, each group's share of overall costs was the lowest in fiscal year 2012 relative to 2010 and 2011. For example, the sickest 5% of the population cohort consumed 51%, 48%, and 41% of the total healthcare costs in fiscal year 2010, 2011, and 2012 respectively. In addition, half of the population with the lowest spending was responsible for only 3% of total spending in 2010, and it increased to 6% in 2012. At the other end of the spectrum, only 62% of the population accounted for 99% of the total cost in 2010, whereas it rises to 70% in 2012.

10 <http://www.nihcm.org/component/content/article/679>

Figure 3. Concentration of Costs (2010-11-12)

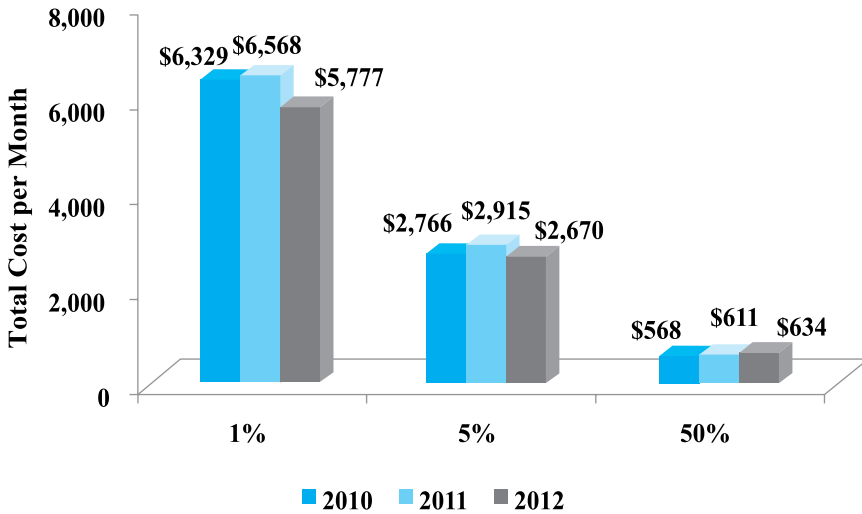


In dollar terms, CPMPM with the most health expenses in the 1 percent and 5 percent diminished in 2012 compared to those of 2010 and 2011 although CPMPM in 2012 rose by 10% relative to 2010. In 2010, monthly spending of people in the highest 1% in terms of healthcare costs averaged \$6,329 person, whereas it declined by nearly 10%, reaching to \$5,777 (Figure 4). Those in the top 5 percent of most expensive patients each accounted for \$2,766, 2,915, and 2,670 per person in 2010, 2011, and 2012 respectively.

However, when it came to the top 50% of most expensive patients, the situation was quite different. The highest figure belonged to 2012 with \$634 per person. *In the light of these statistics, it is clear that per-person spending among the highest users is substantial and represents a natural starting point when thinking about how to curb health care spending. Accordingly, we can conclude that the care coordination program works well to smooth costs for highest-cost patients even though the intervention group covered limited number of patients.*

In 2012, top 1% highest cost patients only accounted for 18% of total healthcare costs, reducing by 4 percentage points compared to 2011. Additionally, although CPMPM in 2012 increased by 7% annually, it dropped by 12% for the sickest 1% patients (\$6,568 versus \$5,777).

Figure 4. CPMPM for 1%, 5%, and 50% Sickest Patients (2010-11-12)

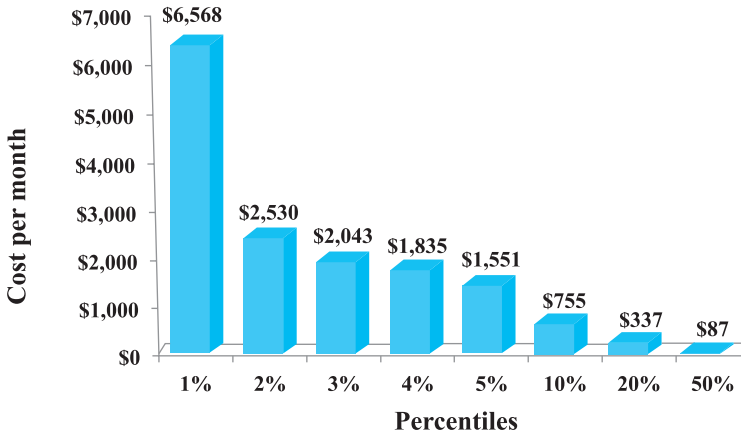


My other analysis proposed that there was huge variation among different sub-populations in terms of CPMPM (Figure 5). For example, the sickest 1% of the population spent more than two times on healthcare than the second sickest 1% group (\$6,568 versus \$2,530). The reduction in CPMPM slowed down as we shifted from the highest cost patients to lowest cost ones. In the 10th percentile, CPMPM only halved relative to the 5th percentile. For instance, 10% savings for 1st percentile corresponded to \$660 monthly, whilst 10% savings for the 5th percentile equaled only \$150. Furthermore, fully cutting down cost in the 50th percentile only generated \$87 per month. *Eventually, based on those analyses, it is best to coordinate care with the highest cost patients in order to maximize savings since there is huge room for saving for those patients.*

1- Findings on Intervention and Non-intervention Groups

Most importantly, I evaluated whether the program generated any savings for the year 2012 by contrasting the growth rate in CPMPM for among intervention and non-intervention groups. CPMPM for the non-intervention group rose by 7% and reached \$383 in 2012, whereas

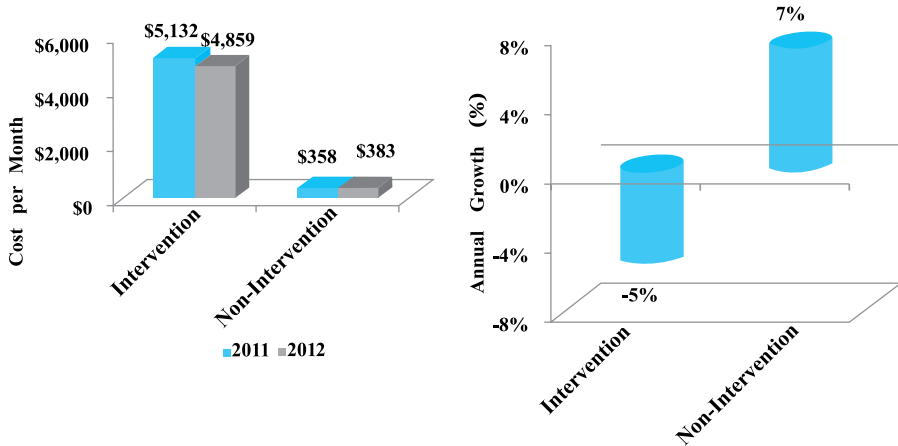
Figure 5. CPMPM For Different Cost Percentiles (2011)



CPMPM for the intervention group dropped by 5% and aggregates to \$4,859 in 2012 (Figure 6) –5% drop originated from only average of 5-month implementation of the program and if it was extended to 12 months, the reduction would most probably be much higher.

Figure 6 illustrates how each group’s cost change from 2011 to 2012. The cost figures for intervention group were quite high since we know that intervention group largely included high cost patients. This comparison clearly states that care coordination program functioned well in terms of slowing down the growth rate in costs. Estimated saving per person was \$16,219 annually, and total saving for 38 patients equaled nearly \$650 thousands provided that the program started in July 2011 and has a full-year impact.

In order to understand which sub-group under the intervention group contributed greatly to the estimated savings, I analyzed high-cost and low-cost patients’ performance. High-cost patient refers the patient who ranked in the first 100 patients in terms of total costs and remaining patients represent the low-cost ones. Among top 100 highest-cost patients, 17 patients belonged to the intervention group and 83 were not assigned to the program (non-intervention). Only 38 patients were included in the program, 17 were high-cost patients and 21 were low-cost patients (Table 2). CPMPM for the intervention group in 2011 was \$7,677 and increased

Figure 6. Cost Per Month and Annual Growth (Overall)

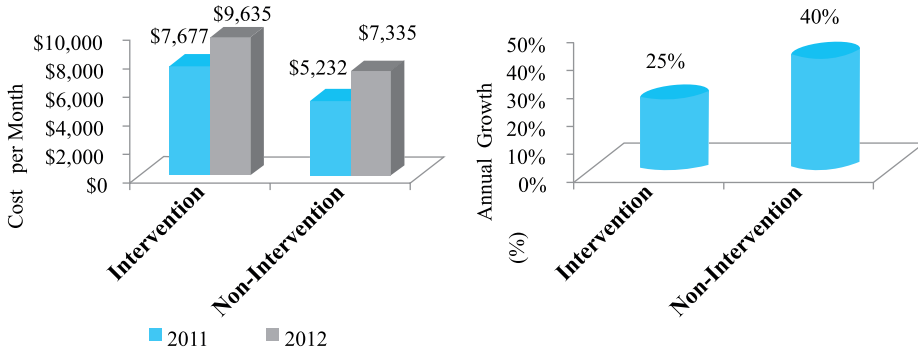
to \$9,635 in 2012, whereas non-intervention group consumed \$5,232 per month per member on average and CPMPM rose to \$7,335 (Figure 7). When it came to the annual growth rate, CPMPM for intervention and non-intervention group improved by 25% and 40% respectively, *showing that program achieves to bend the cost curve.*

Table 2. Patient Size for Intervention and Non-Intervention Groups

Patient Group	Intervention	Non-intervention	Total
High-cost	17	83	100
Low-cost	21	29,905	29,926
Total	38	29,988	30,026

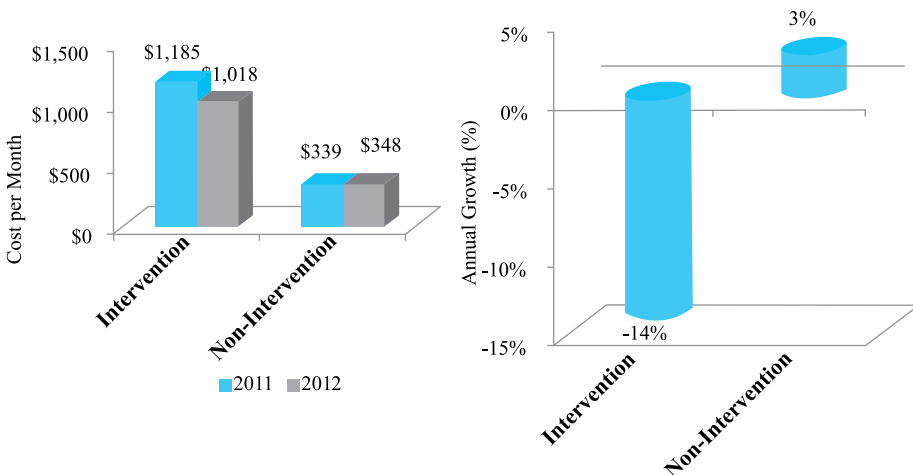
Among low-cost patients, only 21 patients out of nearly 30,000 patients were included in the program. While intervention group spent \$1,185 per month per member on average in 2011, reducing to \$1,018 in 2012; 2011 figure was \$339 and it increased to \$348 in 2012 (Figure 8). It is obvious that intervention group generated three times higher costs than that of non-intervention since intervention group did not cover no-cost patients representing nearly 20% of the population cohort, which pulled down the average figure on the non-intervention side. In 2012 CPMPM dropped drastically by 13% and went up slightly, only 3%, for intervention and non-intervention groups respectively.

Figure 7. Cost Per Month and Annual Growth (High-Cost Patients)



Among low-cost patients, only 21 patients out of nearly 30,000 patients were included in the program. While intervention group spent \$1,185 per month per member on average in 2011, reducing to \$1,018 in 2012; 2011 figure was \$339 and it increased to \$348 in 2012 (Figure 8). It is obvious that intervention group generated three times higher costs than that of non-intervention since intervention group did not cover no-cost patients representing nearly 20% of the population cohort, which pulled down the average figure on the non-intervention side. In 2012 CPMPM dropped drastically by 13% and went up slightly, only 3%, for intervention and non-intervention groups respectively.

Figure 8. Cost Per Month and Annual Growth (Low-Cost Patients)



Interestingly, when we looked at annual savings (Figure 9), high-cost group produced nearly nine times higher savings per person compared to the low-cost group (\$36,819 versus \$4,209) and more than two times higher than that of overall average. *This result once again supports the idea that we need to follow the money, concentrate on high-cost patients to boost cost savings. In addition, we can conclude that care coordination will rapidly diminish savings in populations that do not generate the highest cost.*

Figure 9. Annual Savings Per Person Comparison

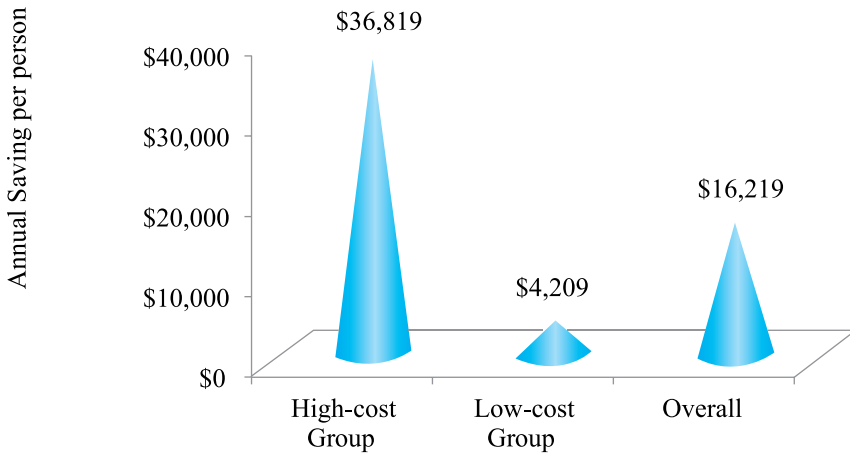
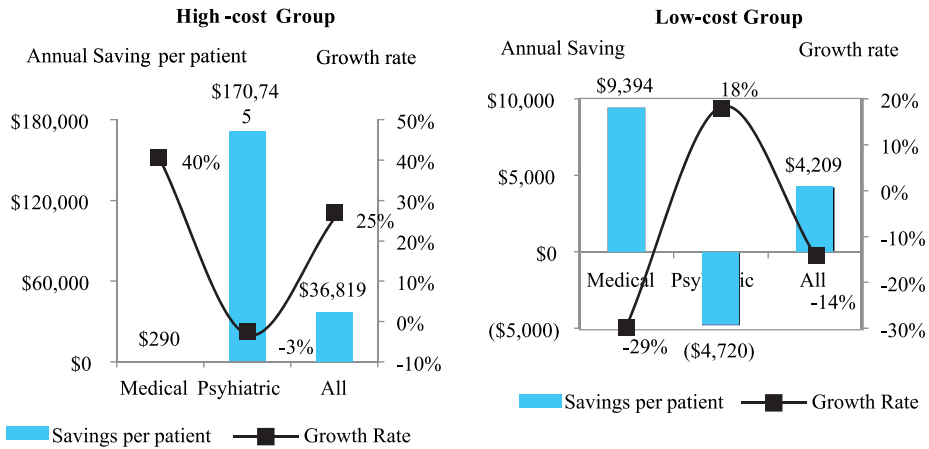


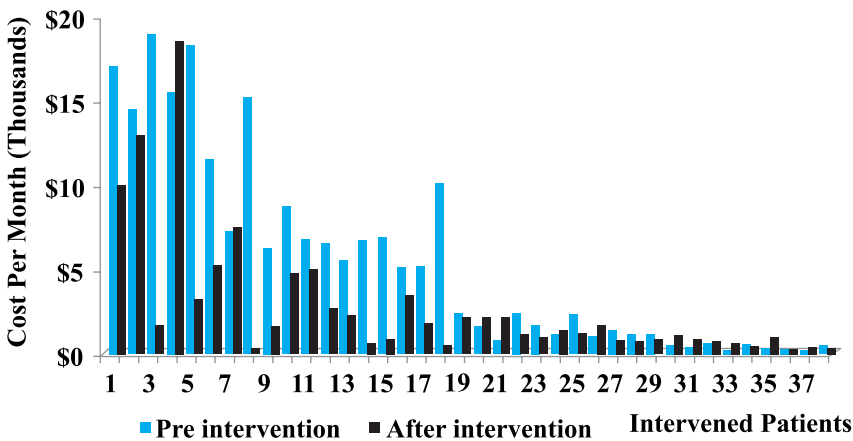
Figure 10 displays another interesting result that among high-cost patients adding psychiatric patients to the program helped bring about higher savings. Four psychiatric patients out of 17 intervened patients nearly generated all the annual savings (\$170,745 per patient) in that group, whereas medical patients only had minor contribution (\$290 per patient). On the other side, among low-cost patients each medical patient (total of 13 patients) lowered cost by \$9,394 per member annually, whereas no savings came from the 8 psychiatric patients. In fact their CPMPM rose more quickly than that of non-intervention low-cost group, hence ran losses. *As a result, it makes sense to more concentrate on high-cost patients with psychiatric problems to mitigate healthcare costs. Consequently, reductions in spending for the patients with behavioral health conditions accounted for most of the savings in the intervention group.*

Figure 10. Annual Savings and Growth Rates for Different Patient Types



In order to show whether the program reduces the healthcare costs for each intervened patients, I just computed and compared pre and after intervention average monthly costs (Figure 11). For example, for patient #3, the monthly cost was \$18,779 and it reduced dramatically to \$1,460 after the intervention, generating \$200 thousands annual savings. However, for some patients the program could not contain costs. Overall, the program saved nearly \$1.3 million annually, reaching the same conclusion as in the previous analyses. *All in all, I can propose that the program achieved its aim because all those findings cannot be explained by chance; slowing down the growth rate in the costs, reduction in the costs for the sickest patients.*

Figure 11. Pre and After Intervention Monthly Cost Comparison



Apart from those analyses, I also planned to analyze the cost pattern using risk scores of the patients, but unfortunately could not get historical data for each patient because the MCO does not store previous risk scores of the patients in their warehouse. Instead, they only hold recent risk scores of the patients and use those scores for their analysis. Risk scores are calculated based on prospective analysis, taking into account the estimated future cost of the patients and disease structure, and each month the score can fluctuate depending on the severity of health condition of the patient. Therefore, it is really important to add risk scores as a criterion when deciding which patients to include in the program. Patient cost levels are retrospective and combining cost levels and risk scores analyses will correctly point at the patients whose costs can be contained.

Apart from my analyses, based on a case study conducted by CHA early data for 73 patients found that primary care visits doubled and hospitalization, emergency department visits and total spending declined in the first six months the patients were enrolled in the care coordination program compared to prior six months (Hacker et al, 2014)1).

VI- NEXT STEPS

My analyses definitely draw a conclusion that care coordination program at the organization slows down the growth rate in healthcare costs under certain conditions and it states to follow the money. Yet, as told in the previous section, as a first step CHA needs to expand my analyses with bigger patient size and longer intervention period. Secondly, CHA needs to estimate the approximate size of the intervention group generating the highest savings. Then, they need to conduct cost-benefit analysis of the program and calculate net investment return. Moreover, due to limited data the risk score analysis is also missing in my analyses. Therefore CHA should store risk scores of each patient for each month and then compute whether risk score indicates the patients who have the potential for cost containment.

In the light of all those analyses, CHA will decide whether to expand this program for other population groups, then determine what percent of the total population needs be included to care coordination program and under what criteria to select the intervention group members. In addition, they will also decide how many case managers to hire to coordinate care for their intervened patient group. As a final remark, I also want to add that

adopting only care coordination to the problem will not lead to long-run cost containment; hence it is essential to support care coordination system by applying other strategies such as PCMH (Milstein and Gilbertson, 2009), gate keeping system (Ferris et al, 2001), preventive care (Cohen et al, 2008), and new payment systems incentivizing physicians for quality improvement and cost containment (Bradford and Kirkman, 1990) while offering healthcare services.

CONCLUSION

Health expenditures in US neared \$2.9 trillion in 2013, nearly twelve times the \$256 billion spent in 1980 (CMS, 2014). Addressing this growing burden continues to be a major policy priority and new models have been applied to improve quality and reduce costs. CHA piloted care coordination program for one its population group to lower healthcare costs after introducing risk sharing global payment with the MCO. Based on an analysis on limited data, the program proves to be a good investment strategy. It succeeds in bending the cost curve, changing the cost distribution, and finally generating savings on cost containment. For example, while CPMPM rose by 40% for the non-intervention group, it only increased by 25% for the intervention. Additionally, CPMPM in 2012 increased by 7% annually, whereas it dropped by 12% for the sickest 1% patients (\$6,568 versus %5,777). Additionally, even though I did not know the exact cost figure of the program, the estimated annual saving of the program would well cover the costs, generating a positive net return.

The prerequisites for a positive net return indicate to follow the money and focus on the highest cost patients, and limit the member size of the program. Otherwise, lack of savings and even losses as in low cost psychiatric patients from low-cost patients balance out the savings generated from high-cost patients.

I believe that this paper shows a clear pathway on the program evaluation. However, it has some shortcomings that the evaluation period is less than a year so it is difficult to estimate the most probable saving amount and most importantly the analysis only covers 38 patients even though the result regresses to the mean. Then it is better for CHA to update and even develop the analyses further by next year with bigger member size and longer intervention months.

References

- Centers for Medicare & Medicaid Services, National Health Expenditures (2013) Highlights. Office of the Actuary, National Health Statistics Group, U.S. Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis; and U.S. Bureau of the Census. Accessed on December 10, 2014, [<http://www.cms.gov/mwginternal/de5fs23hu73ds/progress?id=2AXCIAu3e6j>]
- Conway T. and P. Terrell (2010) "Accountable Care in the Safety Net", Accessed on December 11, 2014, [<http://blueshieldcafoundation.net/mwginternal/de5fs23hu73ds/progress?id=/tJyNmVGqB>]
- Hacker K.; Mechanic, R. and P. Santos (2014(1)) "Accountable Care in the Safety Net: A Case Study the Cambridge Health Alliance", Commonwealth Fund pub. 1756. Vol 13. Accessed on December 11, 2014 [<http://www.commonwealthfund.org/mwginternal/de5fs23hu73ds/progress?id=dl7nfZL2VR>]
- Hacker K.; Santos, P., T. Thompson et al. (2014(2)) "Early Experience of Safety-Net Provider Reorganizing in to an Accountable Care Organization", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol 39. No:4, 901-917.
- Raymond A. G. (2011) "Lessons Learned from the Implementation of Massachusetts Health Reform", Boston: Blue Cross Blue Shield Foundation of Massachusetts.
- Leighton K.; Jones, E., P. Shin et al. (2011) "Safety-Net Providers After Health Care Reform: Lessons from Massachusetts", *Achieves of Internal Medicine*, August 2011, 171 (15):1379-84.
- Gosline A. and E. Rodman (2012) Summary of Chapter 224 of the acts of 2012, Boston, Blue Cross Blue Shield Foundation of Massachusetts.
- Berwick D.M.; Nolan, T.W. and J. Whittington (2008) "The Triple Aim: Care, Health, And Cost", *Health Affairs*, May 2008 27(3):759-69.
- Bodenheimer T. (2008) "Coordinating Care-A Perilous Journey Through the Health Care System", *N Engl J Med* 2008 Mar 6, 358(10):1064-71.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2010) *Car Coordination Measures Atlas*, 11-023-EF, Accessed On March 15, 2014 [<http://www.ahrq.gov/legacy/qual/careatlas/careatlas2.htm>]
- Coleman E.A.; Smith, J.D., J.C. Frank, et al. (2004) Preparing Patients and Caregivers to Participate in Care Delivered Across Settings: The Care Transitions Intervention. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52(11):1817-25.
- Sweeney L.; Halpert, A. and J. Waranoff (2007) Patient-Centered Management of Complex Atients Can Reduce Costs Without Shortening Life, *Am J Manag Care*, 2007, 13:84-92.
- Boult C et al. (2011) The Effect of Guided Care Teams on the Use of Health Services: Results From a Cluster-Randomized Controlled Trial, *Arch Intern Med*, 171(5):460-6.
- Peikes D.; Chen, A., J. Schore et al. (2009) Effects of Care Coordination on Hospitalization, Quality of Care, and Healthcare Expenditures Among Medicare Beneficiaries, *JAMA*; 301(6):603-18.

- Peikes D. et al. (2007) "The Evaluation of the Medicare Coordinated Care Demonstration: Findings for the First Two Years. Mathematica Policy Research, Inc. 8756-420.
- Coleman E.A.; Parry, C., Chalmers, S. and S. J. Min (2006) The Care Transitions Intervention, *Archives of Internal Medicine*, 166:1822-1828.
- Engelhardt J.B.; McClive-Reed, K.P., R.W. Toseland et al. (2006) "Effects of a Program for Coordinated Care of Advanced Illness on Patients, Surrogates and Healthcare Costs: A Randomized Trial", *The American Journal of Managed Care*, 12:93-100.
- Social Work Leadership Institute (2008) "Toward the Development of Care Coordination Standards: An Analysis of Care Coordination in Programs for Older Adults and People with Disabilities", New York Academy of Medicine.
- Nelson Lyle (2012) Lessons from Medicare's Demonstration Projects on Disease Management and Care Coordination, Congressional Budget Office, Working Paper Series, 2012-01.
- Musich S. and S. Paralkar (2007) "A Comprehensive Literature Review of Studies on Care Coordination and Other Health Management Programs", *White Paper*, Reden&Anders. Accessed on May 2, 2014 [<http://www.unh.edu/healthyunh/sites/unh.edu.healthyunh/files/pdf/A%20Comprehensive%20Literature%20Review%20of%20%20Studies%20on%20Care%20Coordination.pdf>]
- Dartmouth Atlas of Health Care (2008) "Tracking the Care of Patients with Severe Chronic Illness", Accessed on March 18, 2014 [http://www.dartmouthatlas.org/downloads/atlases/2008_Atlas_Exec_Summ.pdf]
- Milstein A. and Elizabeth Gilbertson (2009) American Medical Home Runs, *Health Affairs*, 28, No. 5.
- Ferris T. G. et al. (2001) Switching to Gatekeeping: Changes in Expenditures and Utilization for Children, Pediatrics: 108(2):283-90.
- Cohen J. et al. (2008) "Does Preventive Care Save Money? Health Economics And The Presidential Candidates", *New England Journal of Medicine*, 358:661-3.
- Bradford L. and L. Kirkman (1990) "Physician Payment and Cost-Containment Strategies in West Germany: Suggestions for Medicare Reform", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Volume 15, Number 1:69-99.

Koroner Arter Hastalığının Tedavisinde Çıplak Metal Stent ile İlaç Salınlı Stentin Maliyet Etkililik Analizi¹

Cost Effectiveness Analysis of Drug Eluting Stents and Bare Metalstents in the Treatment of Coronary Artery Disease

Seda KUTLUER*

ÖZ

Bu çalışma, Koroner Arter Hastalığının (KAH) tedavisinde kullanılan ilaç salınlı stent ile çıplak metal stent takılan hastaların klinik takiplerinin yapılarak, hangi tedavi türünün klinik olarak daha etkili olduğunu, maliyet bakımından iki tedavi türünün kıyaslanmasını ve stent geri ödemesiyle ilgili alternatif önerileri ele almaktadır. 2009 Nisan-2013 Şubat döneminde stent takılan hastalar için tüm muayene, tetkik, tedavi, ilaç, stent türüne ait veriler Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) veri ambarından temin edilmiş olup, ilaç salınlı stent takılan hastalarla ilaçsız stent takılan hastaların durumları; stent takıldıktan ne kadar süre sonra kalp krizi (MI) geçirdikleri, ne kadar süre sonra antikoagülan ilaçları kullanmaya başladıkları, birden fazla stent takılma oranı ve maliyetler açısından veri madenciliği yöntemleri kullanılarak kıyaslanmıştır. Ayrıca, uluslararası yayından yararlanılarak elde edilen kaliteye ayarlanmış yaşam yılları (QALY) değerleri kullanılarak oluşturulan karar ağacı ile her iki tedavi yöntemi maliyet etkililik yönünden karşılaştırılmıştır.

Çalışma sonucunda, ilaç salınlı stent ile çıplak metal stent tedavisinin maliyet yönünden ve klinik olarak karşılaştırması yapılarak mevcut geri ödeme sistemine alternatif olabileceği düşünülen yeni öneriler getirilmiştir. Ayrıca, yapılan karar ağacı maliyet etkililik analizi neticesinde ilaç salınlı stentlerin ilaçsız stentlere göre maliyet etkili olmadığı sonucu bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Koroner arter hastalığı, stent çeşitleri, antikoagülan ilaç, maliyet etkililik, karar ağacı analizi

ABSTRACT

This study addresses compared cost effectiveness of drug-eluting stents and bare metal stents which are used in coronary artery disease and discusses which treatment is superior to one another and evaluates alternative suggestions about reimbursement of these stent types through clinical follow up of stent-placed patients.

For the period of April 2009-September 2013, the data related to entire clinical examinations, inspections, treatments, drugs and stent types have been obtained from Turkish Social Security Institution (SSI) data warehouse. Status of patients with drug-eluting stents and bare metal stents have been compared in terms of time of first date of heart attack (MI), starting use of anticoagulant drugs after stent plantation, more-than-one-stent implementation rate and stenting expenditures by use of data mining practices. Moreover, benefiting from quality-adjusted life years (QALY) values derived from international publications a decision tree is created and that two treatment methods are compared in terms of cost effectiveness.

At the end of the study, by comparing drug-eluting stents and bare metal stent treatments in terms of cost and clinical outputs, proposals which might be an alternative to the current reimbursement system are brought forward. In addition, as a result of the decision tree cost effectiveness analysis, it is concluded that drug-eluting stents are not superior to bare metal stents.

Keywords: Coronary artery disease, types of stents, anticoagulant drugs, cost effectiveness, decision tree

* Sosyal Güvenlik Uzmanı, Sosyal Güvenlik Kurumu, skutluer@sgk.gov.tr

1 Bu makale, “Koroner Arter Hastalığının Tedavisinde Çıplak Metal Stent ile İlaç Salınlı Stentin Maliyet Etkililik Analizi” başlıklı Sosyal Güvenlik Uzmanlığı tezinden türetilmiştir. (Makale gönderim tarihi: 09.09.2014 / Kabul tarihi: 23.03.2015)

GİRİŞ

Bu çalışmanın amacı, Koroner Arter Hastalıkları (KAH) tedavisinde kullanılan ilaç salımlı stent ile çıplak metal stent tedavi türlerinden hangisinin klinik olarak daha etkili olduğunun ve maliyet durumunun ortaya çıkarılmasının sağlanmasıdır. Çalışmada, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) MEDULA sisteminden alınan KAH tedavisinde kullanılan stent takılan kişilere ilişkin tedavi, ilaç, tıbbi malzemelere ait veriler kullanılmıştır. Veriler, 2009 Nisan - 2013 Şubat dönemine ilişkin günlük bazdaki kayıtları içermektedir. Maliyet analizi ile MEDULA veri tabanındaki ilaç salımlı stent ile çıplak metal stentin Kuruma maliyeti tespit edilirken, koroner arter kalp sendromu tanısı almış olan kişilerin ve bu kişilerin komorbid hastalıkları olanlar ve olmayanlar ile stent takıldıktan sonra antikoagülan ilaçları kullananlar ve kullanmayanlar şeklinde ayrımının yapılması çalışmanın kapsamını genişletmiştir.

Çalışmada veri madenciliği yöntemi ile analiz gerçekleştirilmiş olup ilaç salımlı ve çıplak metal stent uygulaması sonrasındaki klinik süreç incelenmiş ve iki tedavi yöntemi arasında maliyet karşılaştırması yapılmıştır.

Çalışmanın son bölümünde, konu ile alakalı sonuç ve öneriler ortaya konulmuştur.

I- YÖNTEM

Analizler yapılırken kullanılan ve KAH tedavi yöntemi olan stent takılan hastalar için tüm muayene, tetkik, tedavi, ilaç, stent türüne ait veriler 2009 Nisan-2013 Şubat dönemine ait olup, Kasım 2013 tarihinde SGK MEDULA veri tabanından çekilmiştir. İlaç salımlı stent takılan hastalarla çıplak metal stent takılan hastaların durumları; demografik özellikleri, stent takıldıktan ne kadar süre sonra kalp krizi geçirdikleri, ne kadar süre sonra antikoagülan ilaçları kullanmaya başladıkları, birden fazla stent takılma oranları ve stent ile diğer maliyetleri açısından veri madenciliği yöntemleri kullanılarak nicel analiz yöntemiyle kıyaslanmıştır. İlaç salımlı stent ile çıplak metal stent tedavi yöntemleri arasındaki maliyet farklılığı; malzeme kodlarına göre işlem, ilaç, tedavi tutarlarından hareketle tespit edilmiştir. Her iki tedavi yönteminin maliyet etkililik yönünden kıyaslanmasını sağlayan karar ağacı, anılan yöntemle bulunan maliyet değerleri ve geçiş olasılıkları ile uluslararası yayınlardan

yararlanılarak elde edilen “Sağlığa Uyarlanmış Yaşam Yılları” (QALY) değerleri kullanılarak oluşturulmuştur.

Uygulamalar, Clementine12.0 programı ile yapılmıştır. Analiz ile ortaya çıkan sonuçlar, istatistiksel anlamlılık testleri ile kontrol edilmiştir.

II- VERİLERİN ANALİZE HAZIRLANMASI VE TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Bu çalışmada; KAH tedavisinde kullanılan stentlerle ilgili olarak 2009 Nisan - 2013 Şubat döneminde MEDULA kayıtlarında yer alan tüm işlemler incelenerek hasta profillerinin ortaya çıkarılması, anılan hastalığın tedavisinde kullanılan stent türlerinin hem maliyet yönünden hem de tıbbi olarak kıyaslanması amaçlanmıştır.

Analizde kullanılan veri seti, 2013 yılının Kasım ayında SGK veri tabanından temin edilmiştir. Çalışmaya Clementine12.0 yazılımı kullanılarak verilerin kontrol edilmesi ve analize uygun hale getirilerek düzenlenmesi ile başlanılmıştır.

Sistemden çekilen veriler; stent takılan kişiler ve bu kişilerin tanı, takip, malzeme, tesis ve ilaç bilgilerini içeren altı adet “sav” dosyası olmak üzere 402.141 kayıttan oluşan kişiler tablosu ile bu kişilere ait 16.482 adet tanı, 8.218.903 adet takip, 470.287 adet malzeme, 2.407 adet tesis, 3.598.151 adet ilaç kaydından oluşmaktadır.

Çalışmada kullanılan stent takılan kişi verisi, 2009 Nisan - 2013 Şubat dönemi itibarıyla günlük bazda olmak üzere, malzeme kodu bilgisi ile SGK veri tabanından çekilerek tespit edilmiştir. Bu tespitle ortaya çıkan doğrudan ve dolaylı olarak tanınmaya yol açmayacak biçimde gizlenmiş kimlik bilgileri ışığında, kişilere ait yaş, cinsiyet, takip, tanı, tesis türü, antikoagülan ilaçların kullanım ve tüm stent takılma işlemleri bilgileri bulunmuştur. SGK MEDULA veri tabanında ölüm yılı verisi yer almakla birlikte, ölüm nedeni bilgisi bulunmadığından “ölüm tarihi” verisi kullanılmamıştır.

Yapılan literatür araştırmalarında, stent takılma durumunun nadir görüldüğü yaş gruplarının yer aldığı tespit edilerek bu gruplar analiz dışı bırakılmıştır. Bu doğrultuda, çalışmada kullanılan stent takılan kişi sayısı bulunurken, 30 yaşın altındaki ve 100 yaşın üzerindeki kişi bilgileri

çıkarılmıştır. Verinin temizlenmesi sonrasında, stent takılan kişi sayısı, 531 kişi verisinin ayıklanması ile 256.891 kişiye düşmüştür. Yaş grupları ise yine literatür çalışması ışığında 30-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-100 şeklinde oluşturulmuştur.

Stent takılanların %17.45'i 75-100, %16.91'i 60-64, %15.59'u 55-59, %12.67'si 70-74, %11.57'si 50-54 yaş aralığında olup, 50 yaş ve üstündekilere daha çok stent takılması dikkat çekmektedir. Tüm stent takılan erkeklerin %13'ü 60-64; kadınların %8'i 75-100 yaş grubundadır. Kadınlarda yaş ilerledikçe stent takılanların oranının arttığı, erkeklerde ise 50 ile 64 yaş aralığında en çok olmak üzere genel olarak yaşlandıkça stent takılma oranının arttığı görülmektedir (Tablo 1).

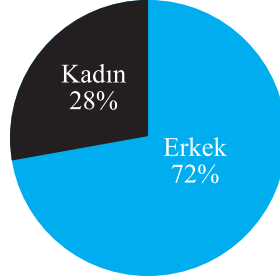
Tablo 1. Stent Takılan Kişilerin Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Dağılımları

Yaş Grubu	Yaş Aralığı	Kişi Sayısı			Toplam İçindeki Yüzdesi		
		Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
1	30-44	9.518	1.246	10.764	4%	0%	4%
2	45-49	14.675	2.223	16.898	6%	1%	7%
3	50-54	24.837	4.875	29.712	9%	2%	11%
4	55-59	31.914	8.133	40.047	12%	3%	15%
5	60-64	32.247	10.960	43.434	13%	4%	17%
6	65-69	26.247	12.409	38.656	10%	5%	15%
7	70-74	20.350	12.196	32.546	8%	5%	13%
8	75-100	25.455	19.379	44.834	10%	8%	18%
Toplam		185.470	71.421	256.891	72%	28%	100%

Stent takılan kişilerin yaş grubu ve cinsiyet dağılımına bakıldığında, 2009 Nisan ile 2013 Şubat dönemi arasında stent takılan 256.891 kişinin %72'sinin erkek (185.470 kişi), %28'inin kadın (72.421 kişi) olduğu görülmektedir (Şekil 1). Stent takılan kişilerin %18'i 75-100 yaş aralığındaki kişiler, %17'si 60-64 yaş aralığındaki kişilerdir ve en çok stent takılan yaş grubunu oluşturmaktadırlar. Bunu %15'lik dilimle 55-59, %15 ile 65-69 yaş grubundakiler takip etmektedir. En az stent takılan yaş grubu, 30-44 yaş aralığını kapsamaktadır. KAH, genç erkeklerde daha fazla görülürken, yaş ilerledikçe kadınlarda hormonlar ve menopozun etkisiyle risk faktörlerinin dağılımı daha farklı ve diyabetin, obezitenin prevalansı daha yüksek olduğu için kadınlarda daha sık görülmektedir

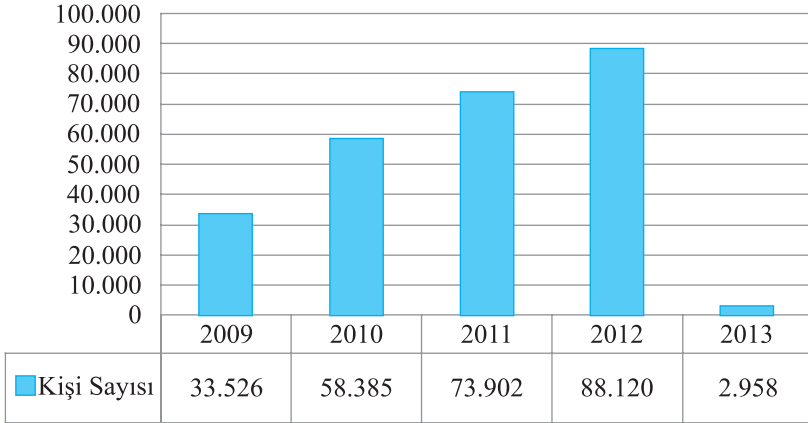
(Türk Kardiyoloji Derneği, 2010:9-10). Buna rağmen, KAH'ın tedavi yöntemlerinden biri olan stent tedavisi üzerine yapılan bu çalışmada, hem kadın hem de erkekler için yaş ilerledikçe daha çok stent takıldığı ortaya çıkmaktadır.

Şekil 1. Stent Takılan Kişilerin Cinsiyet Bazında Dağılımı (%)



Yıllar itibarıyla bakıldığında, stent takılan kişi sayısının giderek arttığı görülmektedir. Ancak, 2009 yılı verilerinin Nisan ayından itibaren olduğunun ve 2013 yılı verilerinin Ocak ve Şubat aylarını kapsadığının göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Şekil 2).

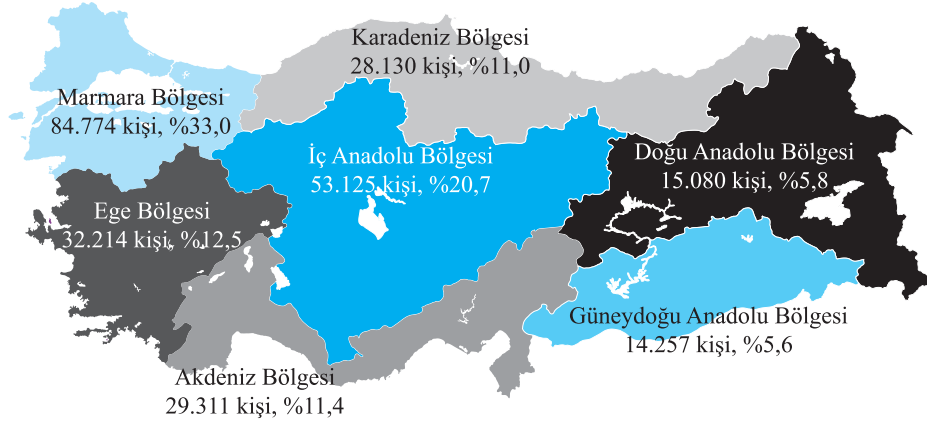
Şekil 2. Yıllar İtibarıyla Stent Takılan Kişi Sayıları



İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakımda Mükemmellik Enstitüsü (NICE) kılavuzunda belirttiği gibi KAH prevalansı coğrafi bölgelere göre farklılık gösterdiğinden, bu hastalığın tedavi yöntemi olan stent takılma oranlarının dağılımı da coğrafi bölgelere göre farklı olmaktadır (NICE, 2009:5). Bu durum ülkemizde de geçerlidir. En çok stent takılan bölge

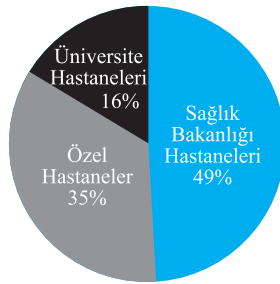
%33 ile Marmara Bölgesi, ikincisi %20 ile İç Anadolu Bölgesi, en az stent takılan bölgeler ise %6 ile Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleridir (Şekil 3).

Şekil 3. Stent Takılan Kişilerin Coğrafi Bölgelere Göre Dağılımı



Stent takılan kişilerin tedavi olduğu hastanelerin kamu, özel ve üniversite ayırımına bakıldığında, %49'unun kamu, %34'ünün özel ve %16'sının üniversite hastanelerinde stent takılma işlemlerinin gerçekleştirildiği görülmektedir (Şekil 4).

Şekil 4. Stent Takılan Kişi Sayılarının Tesis Türü Bazında Dağılımı



Kişi sayılarının stent türüne göre belirlenebilmesi için; “KR1151” ve “KR1150” malzeme koduna ait “işlem tarihi” bilgisi, stent takılma tarihi olarak alınarak bu kodlar için sırasıyla “ilaçlı stent takılan kişiler” ve “ilaçsız stent takılan kişiler” bulunmuştur.

Kişi sayılarının stent türlerine göre bulunmasının ardından takılan stentlerin etkinliğini göstermede önemli bir ölçüt olan antikoagülan

ilaçların (kanın pıhtılaşmasını engelleyen) kullanımını ve kullanım süresini tespit etmek amacıyla tabloda etken maddeleri belirtilen ilaçları kullanan ve kullanmayan kişiler ATC kodlarına göre belirlenmiştir (Tablo 2). Antikoagülan ilaç tedavisi stent takıldıktan sonra stenttromboz (damar içinde kan pıhtısının oluşumu ve kan akışını engellemesi) riskini azaltmak için uygulanmaktadır.

Tablo 2. Antikoagülan İlaçların ATC Kodları ve Etken Maddeleri

ETKEN MADDE	ATC4
Vitamin K Antagonistleri	B01AA
Heparin	B01AB
Trombosit Agregasyon İnhibitörleri	B01AC
Enzimler	B01AD
Direkt Trombin İnhibitörleri	B01AE
Diğer Antitrombotik İlaçlar	B01AX

Tablo 3. Komorbid Hastalıklar

Komorbid Hastalıklar	
Kalp Yetmezliği	Aıds
Kalp Aritmisi	Lenf Kanseri
Kalp Kapakçığı Hastalığı	Matestaz Kanseri
Göğüs Dolaşım Hastalıkları	Metastazsız Tümör
Sinir Damar Hastalıkları	Romatoit Artrit
Hipertansiyon, Grift	Pıhtı
Hipertansiyon, Grift Olmayan	Obezite
Felç, İnme	Kilo Kaybı
Diğer Nörolojik Hastalıklar	Sıvı ve Elektrolit Hastalıkları
Kronik Göğüs Hastalıkları	Kan Kaybı Anemisi
Diyabet, Grift Olmayan	Gıda Eksikliği Anemisi
Diyabet, Grift	Alkol Bağımlılığı
Hopotiroid	Uyuşturucu Bağımlılığı
Böbrek Yetmezliği	Psikopat (Ruhsal Denge Bozukluğu)
Karaciğer Hastalığı	Depresyon
Sindirim Ülser Hastalığı (Kanamasız)	

İlaçlı stent takıldıktan sonra antikoagülan ilaçları kullananların ve kullanmayanların tespitinde; işlem tarihi reçete yazılma tarihine eşit ve bu tarihten küçük olanlar için “ilaç kullananlar”, büyük olanlar için “ilaç kullanmayanlar” işlemi gerçekleştirilmiştir.

Komorbid hastalıkları olan kişiler, komorbid tanı kodları listesindeki tanılardan takip kayıtlarıyla eşleştirilerek tespit edilmiş, geriye kalan kişiler komorbid hastalığı olmayanlar olarak nitelendirilmiştir (Tablo 3).

Nihai olarak kişi sayılarının dağılımı Şekil 5’te gösterilmiştir.

Şekil 5. Stent Takılan Kişi Sayısı ile Stent Takılma Sayısı

Stent Takılan Kişi Sayısı 256.891							
İlaçlı Stent Takılma Sayısı 68.935				İlaçsız Stent 213.093			
İlaç Kullananlar %80		İlaç Kullanmayanlar %20		İlaç Kullananlar %86		İlaç Kullanmayanlar %14	
Komorbid Hastalığı Olan %99.8	Komorbid Hastalığı Olmayan %0.2	Komorbid Hastalığı Olan %98.3	Komorbid Hastalığı Olmayan %1.7	Komorbid Hastalığı Olan %99.8	Komorbid Hastalığı Olmayan %0.2	Komorbid Hastalığı Olan %96	Komorbid Hastalığı Olmayan %4

“Stent takılan kişi sayısı” ile “stent takılma sayısı” birbirinden farklı kavramlardır. Bir kişiye birden fazla kez stent takılabilmekte ve aynı kişiye farklı türde stent takılması söz konusu olabilmektedir. Bu yüzden stent takılan kişi sayısı 256.891 iken, ilaçlı stent takılma sayısı (68.935) ile ilaçsız stent takılma sayısının (213.093) toplamı kişi sayısından daha fazladır. İlaçlı stent takılan kişilerin %80’i stentten sonra antikoagülan ilaç kullanmaktadır, %20’si ise kullanmamaktadır. İlaç kullananların %99.8’inin, kullanmayanların ise %98.3’ünün komorbid hastalığı vardır. İlaçsız stent takılan kişilerin %86’sı stentten sonra ilaç kullanmaktadır, %14’ü kullanmamaktadır. İlaç kullananların %99.8’inin, kullanmayanların ise %96’sının komorbid hastalığı vardır.

2009 Nisan - 2013 Şubat döneminde 256.891 kişiye takılan stentlerin 68.935’i ilaçlı stent, 213.093’ü ilaçsız stenttir. Bir kişiye hem ilaçlı stent hem de ilaçsız stent takılma durumu gözlemlenmiştir. Çalışmada, stent

takılan kişiler bazında bir analiz yöntemi izlenmiş olup, bir kişiye takılan her stent türü tedavisi ayrı bir klinik takip sürecini başlatmıştır. Örneğin; bir kişiye ilaçlı stent takıldıktan sonra ilaçsız stent takıldıysa bu kişiye her stent takılma durumu ayrı bir süreç olarak incelenmiştir.

III- ARAŞTIRMA MODELİ

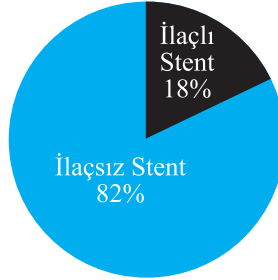
Modelin oluşturulabilmesi amacıyla öncelikle toplam stent takılan kişilerin stent türlerine göre stent, ilaç ve tedavi maliyetleri toplamı hesaplanarak karşılaştırılmıştır. Uygulamada; her iki tedavi yönteminde de birden fazla kez stent takılan kişi sayıları, takılma sıklıkları ve stent takılma süre aralığı açısından bir farklılık tespit edilerek restenoz oranlarının kıyaslanması amaçlanmıştır. Kişilerin stentten sonra kalp krizi geçirme oranları ve stent takıldıktan ne kadar süre sonra kalp krizi geçirdikleri bulunmuştur. Ayrıca, kişilerin stent takıldıktan ne kadar süre sonra antikoagülan ilaçları kullanmaya başladıkları yönünden ilaçlı stent takılanlar ile ilaçsız stent takılanlar mukayese edilmiştir. Çalışmalar ve gözlemler sonucunda, analizde komorbid hastalıkları olanlar ve olmayanlar ayrımının ilk olarak yapılmasının sonrasında da ilaç kullananlar ve kullanmayanlar ayrımına gidilmesinin etkililiği incelemek doğrultusunda daha anlamlı sonuç vereceğine karar verilmiştir.

A- Birden Fazla Kez Stent Takılması Durumuna Göre İlaçlı ve İlaçsız Stentler

İlaçlı stent takılan kişilerin %8'ine, ilaçsız stent takılan kişilerin ise %12'sine birden fazla kez stent takılmıştır. Birden çok kez takılan stentlerin %18'ini ilaçlı stent, %82'sini ilaçsız stent oluşturmaktadır (Şekil 6). Stent takılanların çoğuna ilaçsız stent takılmasının, stent türü tercihinin doktor tarafından hastaya bırakıldığı durumlarda maliyetinin daha az olmasından ötürü hastanın ilaçsız stente yönelmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Stent takılan 256.891 kişiden 40.220'sine birden çok defa stent takılmış olup, iki defa stent takılanlarda birinci stent ile ikinci stent arasındaki süre ortalama 8 aydır. Üç kez stent takılanlarda bu süre yaklaşık 8 ay, dört kez stent takılanlarda ise 6,5 ay olarak gerçekleşmiştir. On defaya kadar stent takılmış kişiler olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Şekil 6. Stent Türlerine Göre Birden Fazla Kez Stent Takılma Durumu



Tablo 4. Birden Fazla Kez Stent Takılan Kişiler için Stent Takılma Sıklığı (Tüm Stent Türleri)

STENT		
Stent Sayısı	Kişi Sayısı	Takılma Sıklığı
2	35.303	8 ay
3	4.192	8 ay
4	622	6,5 ay
5	81	5 ay
6	14	4,5 ay
7	5	4,5 ay
8	1	5 ay
9	1	4 ay
10	1	3 gün

Stent türlerinin etkisini gözlemlemek amacıyla yapılan bu çalışmada restenoz oranları karşılaştırılırken ilaçlı veya ilaçsız stent takılanlar üzerinden stent takılma sıklığı hesaplanmıştır. Birden fazla kez stent takılan kişilerden sadece ilaçlı stent takılan kişi sayısı 5.793, sadece ilaçsız stent takılan kişi sayısı ise 25.827'dir.

İlaçlı stent takılan kişilerin %8'ine (5.793 kişi) iki, üç, dört ve beş defa stent takılmıştır. Birinci stent ile ikinci stent arasındaki süre ortalama 6,5 ay olarak gerçekleşmiştir (Tablo 5).

İlaçsız stent takılan kişilerin %12'sine (25.827 kişi) birden fazla kez stent takılmıştır. İki ve üç kez stent takılanlara yaklaşık 7,5 ayda, dört kez stent takılanlara 6,5 ayda bir stent takılmış olup, diğer sıklıklar tabloda görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 5. Sadece İlaçlı Stent Takılan Kişiler için Stent Takılma Sıklığı

İLAÇLI STENT		
Stent Sayısı	Kişi Sayısı	Takılma Sıklığı
2	5.363	6,5 ay
3	390	6 ay
4	36	5 ay
5	4	4 ay

Tablo 6. Sadece İlaçsız Stent Takılan Kişiler İçin Stent Takılma Sıklığı

İLAÇSIZ STENT		
Stent Sayısı	Kişi Sayısı	Takılma Sıklığı
2	23.452	7,5 ay
3	2.107	7,5 ay
4	236	6,5 ay
5	24	4,5 ay
6	4	5 ay
7	1	5 ay
8	1	5 ay
9	1	4 ay
10	1	3 gün

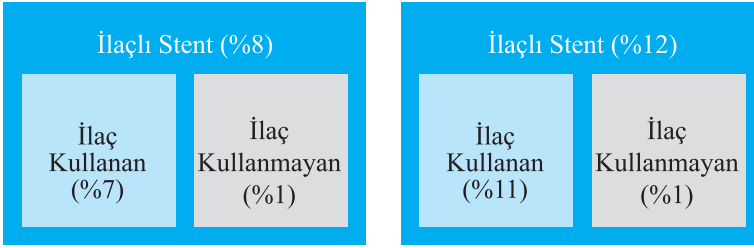
Tablo 7’de görüldüğü üzere, ilaçlı stent takılanlardan birden fazla kez stent takılma durumu olanların %88’i, ilaçsız stent takılanlardan birden fazla kez stent takılma durumu olanların %93’ü ilaç kullananlardır. Her iki stent türünde de ilaç kullananlarda kullanmayanlara göre daha çok birden fazla kez stent takılma durumu gözlenmektedir. Ayrıca, ilaç kullananlar için, ilaçsız stent takılanlarda diğer stent türüne göre daha çok; ilaç kullanmayanlar için ise ilaçlı stent takılanlarda diğer stent türüne göre daha çok birden fazla kez stent takılma durumu görülmektedir.

Tablo 7. Birden Fazla Kez Stent Takılanların Dağılımı

Stent Türü	Antikoagülan İlaç Kullanım Durumu	Birden Fazla Kez Stent Takılanların Dağılımı
İlaçlı Stent	İlaç Kullananlar	88%
	İlaç Kullanmayanlar	12%
İlaçsız Stent	İlaç Kullananlar	93%
	İlaç Kullanmayanlar	7%

İlaçlı stent takılanların %8'ine birden fazla kez stent takılmış olup, bunların %7'si ilaç kullananlara, %1'i ilaç kullanmayanlara takılmıştır. İlaçsız stent takılanların %12'sine birden fazla kez stent takılmış olup, bunların %11'i ilaç kullananlara, %1'i ilaç kullanmayanlara takılmıştır (Şekil 7). İlaç kullananlar için bakıldığında ilaçsız stent tedavisinde ilaçlı stent tedavisine göre daha fazla birden fazla kez stent takılma durumu gerçekleşmiştir. İlaç kullanmayanlarda ise, her iki stent tedavisindeki birden fazla kez stent takılma oranları aynıdır.

Şekil 7. Birden Fazla Kez Stent Takılma Oranları



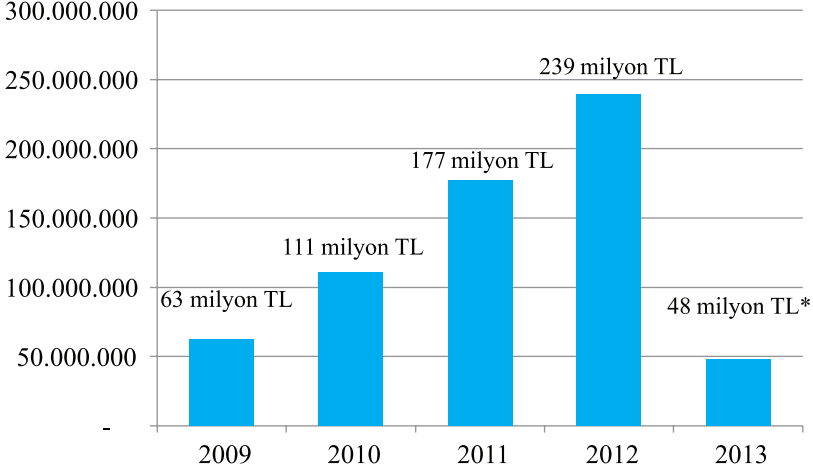
İlaçlı stent ile çıplak metal stentin takılma sıklıkları aynı zamanda restenoz oranlarını da yansıtmaktadır. Her iki stent türünde de bu oranlar birbirine oldukça yakın olduğundan stent takıldıktan ne kadar süre sonra kalp krizi geçirildiğini ve kalp krizi geçirme oranlarını kıyaslamak daha anlamlı olacaktır.

B- Maliyetler Açısından İlaçlı ve İlaçsız Stentler

KAH hastaları için toplam maliyet üç ana kalemden oluşmaktadır. Bunlar; stent (malzeme) maliyeti, ilaç ve tedavi maliyetleridir. İlaç maliyeti içinde antikoagülan ilaçlar ile “Kardiyoloji”, “Kalp ve Damar Cerrahisi” branşından hastanın kullandığı tüm diğer ilaçlar dikkate alınmıştır. Tedavi maliyetleri olarak ise bu branşlardan hastanın tüm tetkik, tahlil, hastaneye yatış, ameliyat işlemleri analiz edilmiştir.

İlk olarak stent maliyeti incelendiğinde 2009-2013 yılları için stent başı maliyet, tüm stent takılanlar için 391 TL olarak gerçekleşmiştir (Şekil 8).

Tablo 8’de görüldüğü gibi, 2009-2013 yılları için ilaçlı stent maliyeti 758 TL, toplam stent maliyeti yaklaşık 109,6 Milyon TL’dir. Toplam stent maliyetinin yıllar itibarıyla arttığı görülmektedir. 2013 yılı için toplam stent maliyeti verisi ilk iki ayı kapsadığı için diğer yıllardan düşüktür.

Şekil 8. Yıllar İtibarıyla Toplam Maliyet (Stent, Tedavi ve İlaç)

*2013 verileri Şubat itibarıdır.

Tablo 8. İlaçlı Stent Maliyeti

Yıllar	Toplam Stent Maliyeti (TL)	İşlem Adedi	Stent Başı Maliyet (TL)
2009	1.061.729	3.160	336
2010	9.089.794	15.299	594
2011	36.131.216	46.853	771
2012	61.754.338	72.778	849
2013	1.583.818	6.442	246
2009-2013	109.620.895	144.532	758

2009-2013 yılları için ilaçsız stent maliyeti 240 TL, toplam ilaçsız stent maliyeti yaklaşık 82,5 Milyon TL'dir. Toplam ilaçsız stent maliyetinin 2009 yılında artış eğilimindeyken, 2010 yılından itibaren azalması dikkat çekmektedir (Tablo 9). Bu azalışın 2010 yılında yapılan SUT değişikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. 2010 yılı öncesinde ilaçlı stent SGK tarafından geri ödenmiyorken, 06.08.2010 tarihli SUT değişikliği ile belirli koşullar ile ilaçlı stentin bedelinin Kurumca karşılanmasının mümkün hale gelmesiyle ilaçsız stent yerine ilaçlı stentin kullanılmasının arttığı tahmin edilmektedir.

Tablo 9. İlaçsız Stent Maliyeti

Yıllar	Toplam Stent Maliyeti (TL)	İşlem Adedi	Stent Başı Maliyet (TL)
2009	13.224.469	52.149	254
2010	20.207.614	90.018	224
2011	19.593.098	89.177	220
2012	21.390.019	102.689	208
2013	8.111.047	9.817	826
2009-2013	82.546.247	343.850	240

2009 Nisan - 2013 Şubat dönemi arasında ilaçlı stent takılan kişilerin toplam stent, ilaç ve tedavi maliyetleri toplamı 332.673.319 TL olup, ilaçsız stent takılan kişilerin toplam maliyetleri 305.904.232 TL'dir. Bu dönemde, Tablo 10'da görüldüğü gibi stent takılan kişilerin toplam maliyetleri tutarı 638.577.551 TL'dir.

Tablo 10. İlaçlı-İlaçsız Takılan Kişilerin Toplam Maliyetlerinin (Malzeme, İlaç Tedavi) Yıllar İtibarıyla Karşılaştırması

Yıllar	İlaçlı Stent	İlaçsız Stent	Toplam Maliyet (TL)
2009	22.892.140	39.769.510	62.661.650
2010	44.350.088	66.669.072	111.019.161
2011	99.227.821	78.212.911	177.440.732
2012	146.915.357	92.435.592	239.350.949
2013	19.287.913	28.817.146	48.105.059
2009-2013	332.673.319	305.904.232	638.577.551

2009–2013 yıllarında stent takılan kişilerin kişi başı toplam malzeme, ilaç ve tedavi tutarları toplamı 2.486 TL'dir (Tablo 11).

Tablo 11. Stent Takılan Kişilerin Toplam Maliyetleri (Malzeme, İlaç, Tedavi) Tablosu

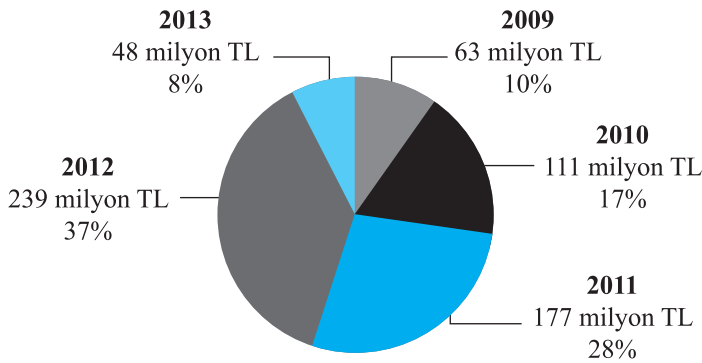
Yıllar	Toplam Maliyet (TL)	Kişi Sayısı	Kişi Başı Toplam Maliyet (TL)
2009	62.661.650	33.526	1.869
2010	111.019.161	58.385	1.902
2011	177.440.732	73.902	2.401
2012	239.350.949	88.120	2.716
2009-2012	638.577.551	256.891	2.486

Kişi başı toplam maliyet açısından bakıldığında, ilaçlı stent takılan kişilere ait kişi başı toplam maliyet 4.826 TL iken, ilaçsız stent takılan kişiler için 1.436 TL'dir. İlaçlı stent takılan kişiler için kişi başı toplam maliyet, ilaçsız stent takılanların yaklaşık 3,4 katıdır. 2009 yılında ilaçlı stent takılan kişiler için 38.699 TL olan kişi başı toplam maliyet, ani bir düşüş ile 2010 yılında 6.745 TL olarak gerçekleşmiştir. Bu durumun, ilaçlı stent teknolojisinin piyasaya çıktıktan sonraki erken dönem içinde bulunulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. 2010 yılından sonraki yıllarda daha az oranda azalma görülmektedir. İlaçlı stentlerin piyasa fiyatlarının düşmesi, 2010 yılı SUT değişikliği ile ilaçlı stentlerin bedelinin belirli koşullarda karşılanmasının mümkün olması, ilaçlı stent takılan kişi sayısının nispeten artması bu dalgalanmayı açıklamaktadır (Tablo 12).

Tablo 12. Kişi Başı İlaçlı-İlaçsız Stent Takılan Kişilerin Toplam Maliyetinin Yıllar İtibarıyla Karşılaştırması

Yıllar	Toplam Maliyet (TL)	Kişi Sayısı	Kişi Başı Toplam Maliyet (TL)
2009	62.661.650	33.526	1.869
2010	111.019.161	58.385	1.902
2011	177.440.732	73.902	2.401
2012	239.350.949	88.120	2.716
2009-2012	638.577.551	256.891	2.486

Şekil 9. Yıllar İtibarıyla Toplam Maliyet (Stent, Tedavi ve İlaç)

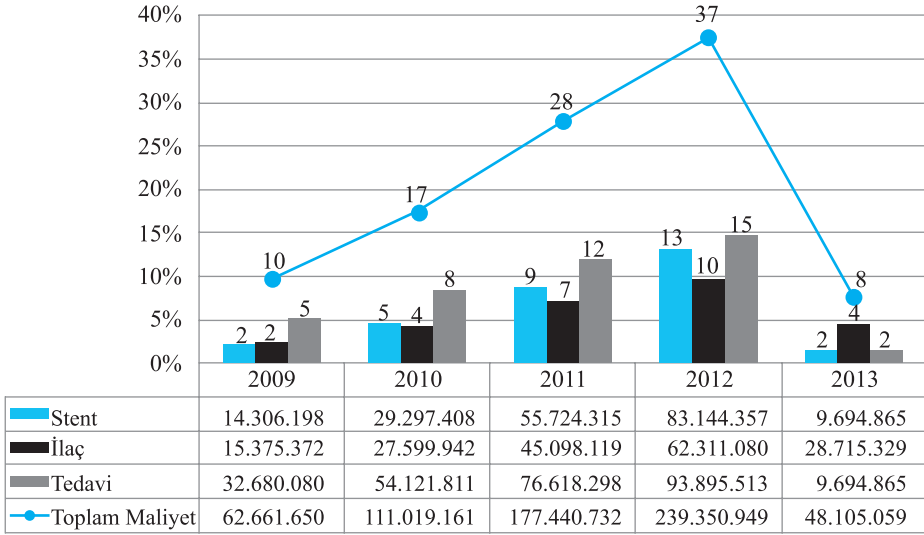


Stent takılan kişilerin toplam maliyetinin yıllara göre dağılımına bakıldığında, 2009 yılında 63 Milyon TL (%10), 2010 yılında 111 Milyon TL (%17), 2011

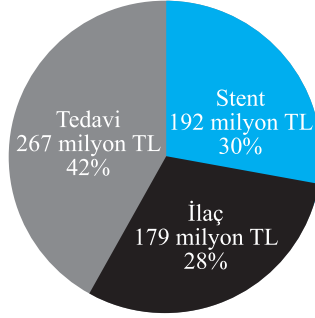
yılında 177 Milyon TL (%28), 2012 yılında 239 Milyon TL (%37) olduğu 2013 yılında ise stent takılan kişi sayısı az olduğu için toplam maliyetin en düşük oran olan %8 ile 48 Milyon TL olarak gerçekleştiği görülmektedir (Şekil 9).

Stent işleminin toplam maliyetinde yıllar itibarıyla artış görülmektedir. Burada 2013 yılı verisinin iki aylık olduğunun dikkate alınması gerekir. İlaç maliyeti, 2010 yılında %44, 2011’de %40, 2012’de %27 oranında artmıştır. Tedavi maliyeti, 2010’da %39, 2011’de %30, 2012’de %18 artmıştır. Aynı dönemler için stent maliyetindeki artış oranlarına bakıldığında, sırasıyla %52, %48 ve yılında %34 oranında artış gerçekleşmiştir. Toplam stent tedavisi maliyetinde ilk yıllar daha yüksek artış görülmesi dikkat çekmektedir. Bu durumun gerçekleşmesinde, yıllar itibarıyla stentin fiyatının düşmesinin etkisinin olduğu düşünülmektedir (Şekil 10).

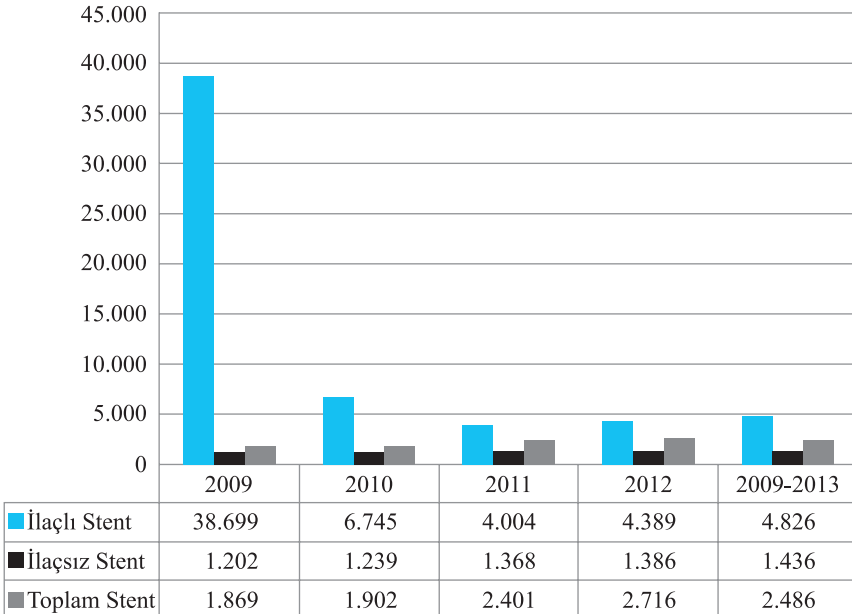
Şekil 10. İşlem Bileşenine Göre Toplam Maliyet (Stent, İlaç ve Tedavi)



2009-2013 yılları için toplam maliyetin %42’sini 267 Milyon TL ile tedavi maliyeti oluşturmaktadır. Bunu %30 oranı ile 192 Milyon TL olan stent maliyetleri takip etmektedir. Toplam maliyet içinde en az paya sahip olan ilaç maliyeti %28’lik oran ile 179 Milyon TL olarak gerçekleşmiştir (Şekil 11).

Şekil 11. Toplam Maliyetin İşlem Bileşenine Göre Dağılımı

Yıllar itibarıyla, ilaçlı stentin kişi başı toplam maliyetinin ilaçsız stentten daha yüksek olduğu görülmektedir. İlaçlı stent kişi başı toplam maliyet, artış ve azalış şeklinde dalgalanmalar göstermektedir. En yüksek düşüş 2009 yılından 2010 yılına geçerken görülmüştür. Bu durumun ortaya çıkmasında, 2009 yılında ilaçlı stent fiyatlarının daha yüksek olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. İlaçsız stentin kişi başı toplam maliyeti yıllar itibarıyla artmaktadır (Şekil 12).

Şekil 12. İlaçlı-İlaçsız Stent Kişi Başı Toplam Maliyetlerinin (Malzeme, İlaç Tedavi) Yıllar İtibarıyla Karşılaştırması

C- Kalp Krizi Geçirme Oranları ve Süresine Göre İlaçlı ve İlaçsız Stent

Stent türleri açısından kalp krizi geçirme durumunun farklı olup olmadığını anlamak amacıyla, ilaç salımlı stent takılanlar ile çıplak metal stent takılanların kalp krizi geçirme oranı kıyaslanmış ve stent takıldıktan ne kadar süre sonra kalp krizi geçirdikleri bulunarak karşılaştırılmıştır.

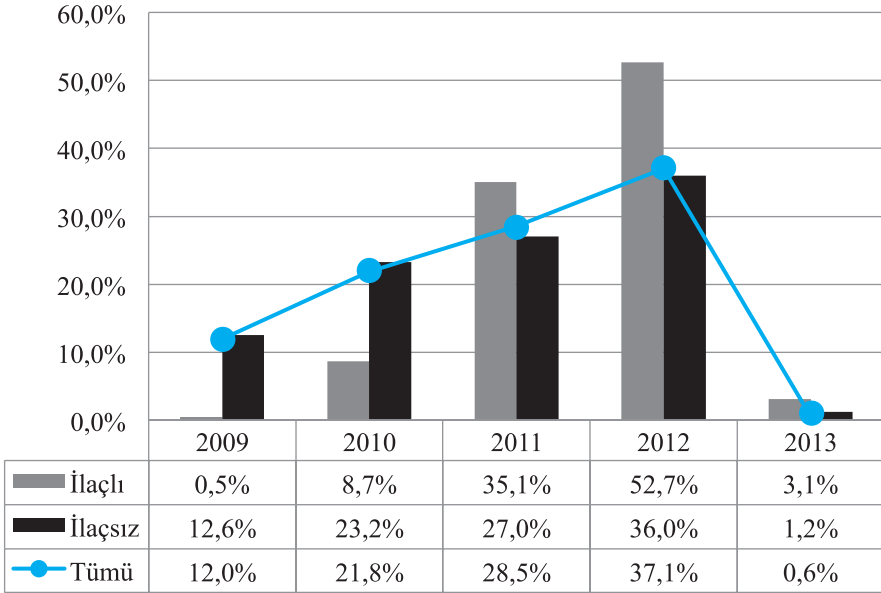
İlaçlı stent takılan kişilerin %26'sı stentten sonra; ilaçsız stent takılanların ise %28'i kalp krizi geçirmiştir ve kalp krizi geçirme süresi bu hastaların tamamı için ilk bir ay içindedir. Bu itibarla, stentten sonra kalp krizi geçirme oranı açısından iki tedavi türü arasında belirgin bir fark görülmemektedir. Bu durum, stent trombozu oranını yansıtmamakla birlikte stent takıldıktan sonraki ilk bir ay içerisinde kalp krizi tanısını alanların oranlarının her iki stent türü için birbirine yakın olduğu ile ilgilidir.

Stent türü ayrımı yapılmaksızın kalp krizi geçirenlerin %17'si 55-59, %16'sı 60-64 yaş grubundadır. Kalp krizi geçirenlerin %25'i kadın, %75'i erkektir. Tüm stent takılan kişilerden stentten sonra kalp krizi geçirenlerin %95'i bir kez, %4'ü iki kez, diğerleri üç, dört veya beş kez geçirmiştir. İlaçlı stent takılan kişiler ile ilaçsız stent takılan kişiler arasında kalp krizi geçirenler açısından yaş grubu ve cinsiyete dağılımda bir fark görülmemektedir.

Şekil 13, yıllar itibarıyla kalp krizi geçirenlerin oranının her stent türünde de arttığını göstermektedir. 2009 ve 2010 yıllarında ilaçsız stent takılan kişilerden kalp krizi geçirenlerin oranı, 2011 ve 2012 yıllarında ise ilaçlı stent takılan kişilerden kalp krizi geçirenlerin oranı diğer stent türüne göre daha yüksektir.

Tablo 13, stent türleri ve antikoagülan ilaç kullanım durumlarına göre kalp krizi geçirme oranlarını ve sürelerini yansıtmaktadır. İlaçlı stent takıldıktan sonra antikoagülan ilaç kullanan 55.058 kişinin %25,5'i; antikoagülan ilaç kullanmayan 13.877 kişinin ise %26,7'si kalp krizi geçirmiştir.

İlaçsız stent takıldıktan sonra antikoagülan ilaç kullanan 182.237 kişinin %28'i; antikoagülan ilaç kullanmayan 30.856 kişinin ise %31'i kalp krizi geçirmiştir.

Şekil 13. İlaçlı, İlaçsız ve Tüm Stent Takılanların Yıllara Göre Kalp Krizi Geçirme Oranları**Tablo 13.** Stent Türleri, Kalp Krizi Geçirme Oranı ve Süresi

Stent Türü	Antikoagülan Durumu	Kalp Krizi Geçirme Sayısı	Kalp Krizi Geçirme Oranı		Kalp Krizi Geçirme Süresi	
			C/A	B/A	1Ay	Ay ve Sonrası
(A)	(B)	(C)				
İlaçlı Stent	İlaç Kullananlar	14.085	20,40%	25,50%	100%	0%
	İlaç Kullanmayanlar	3.705	5,40%	26,70%	100%	0%
İlaçsız Stent	İlaç Kullananlar	50.913	23,90%	28%	100%	0%
	İlaç Kullanmayanlar	9.615	4,50%	31&	100%	0%

İlaç kullananlar açısından iki tedavi türü arasında stentten sonra kalp krizi geçirme oranı açısından belirgin bir fark görülmemektedir. İlaç kullananlarda da ilaçlı stent takılıp stentten sonra kalp krizi geçirme oranı ilaçsız stent takılanlar ile birbirine çok yakındır. Stentten sonra kalp krizi geçirme oranı açısından ilaçlı stent tedavisi ve ilaçsız stent tedavisi

ile ilaç kullananlar açısından her iki tedavi türü arasında belirgin bir fark görülmediğinden bu kişilerin stentten ne kadar süre sonra antikoagülan ilaç kullanımına başladığına bakılmıştır.

D-Antikoagülan İlaç Kullanımı Durumuna Göre İlaçlı ve İlaçsız Stent

Stent maliyeti, birden fazla kez stent takılma durumu ve kalp krizi geçirme sıklıkları açısından ilaçlı ve ilaçsız stent arasında belirgin bir fark bulunamaması nedeniyle stent takıldıktan ne kadar süre sonra damar tıkanmasının gerçekleştiği izlenerek ilaç salımlı stent ile çıplak metal stentin bu yönden karşılaştırması yapılmıştır. KAH tedavisinde, antihemostatik tedaviler (antiagregan, antikoagülan, trombolitik tedavi) kullanılmaktadır. Stent türleri ayırımında stent takıldıktan sonra antikoagülan ilaçların kullanım durumları karşılaştırılmıştır.

2009 Nisan-2013 Şubat döneminde ilaçlı stentten sonra antikoagülan ilaç kullanan kişiler toplam 513.277 ay ilaç kullanmışlardır, bu ilaçların toplam maliyeti 15.055.465 TL'dir. Aylık kişi başı ortalama ilaç maliyeti 29,33 TL'dir (Tablo 14).

Tablo 14. İlaçlı Stent Takılan Kişiler için Antikoagülan İlaçların Kullanım Süresi ve Maliyeti

İlaçlı Stent Takılıp İlaç Kullananlar	Toplam
Kullanılan Ay Sayısı	513.277
İlaç Maliyeti	15.055.465 TL
Kişi Başı Ortalama İlaç Maliyeti	218 TL
Ortalama İlaç Kullanım Süresi (Ay)	7,44
Aylık Kişi Başı Ortalam İlaç Maliyeti	29,33 TL

Aynı dönemde ilaçsız stentten sonra antikoagülan ilaç kullanan kişiler toplam 2.695.475 ay ilaç kullanmışlardır, bu ilaçların toplam maliyeti 60.087.958 TL'dir. Aylık ortalama ilaç maliyeti ise 22,29 TL'dir (Tablo 15).

İlaçsız stent takılanlar, ilaçlı stent takılanlara göre, stentten sonra daha uzun süre antikoagülan ilaç kullanmıştır, fakat ilaçsız stent takılanlar için aylık kişi başı ortalama ilaç maliyeti ilaçlı stent takılan kişilere göre daha düşüktür.

Tablo 15. İlaçsız Stent Takılan Kişiler için Antikoagülan İlaçların Kullanım Süresi ve Maliyeti

İlaçsız Stent Takılıp İlaç Kullananlar	Toplam
Kullanılan Ay Sayısı	2.695.475
İlaç Maliyeti	60.087.958 TL
Kişi Başı Ortalam İlaç Maliyeti	330 TL
Ortalama İlaç Kullanım Süresi (Ay)	14,79
Aylık Kişi Başı Ortalama İlaç Maliyeti (TL)	22,29 TL

İlaçlı stent takılan kişilerin %80'i stentten sonra antikoagülan ilaç kullananlar olup, %20'si ise ilaç kullanmayanlardır. İlaçsız stent takılanların %86'sı ilaç kullanmış olup, %14'ü ilaç kullanmamıştır.

İlaçlı stent takılan ve stent sonrasında antikoagülan ilaç kullanmaya başlayanların; %93'ü stent takılma tarihini takip eden ilk 1 ay içinde, %3'ü 2. ayda, %1'i 3. ayda, %1'i 4. ayda ve %2'si ise 5 ay ve daha sonrasında bu ilaçları kullanmaya başlamıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Stent Takıldıktan Sonra Antikoagülan İlaç Kullanımının Başladığı Süreçlerin Dağılımı

Stent Türü	Stent Sonrası Antikoagülan İlaç Kullanımının Başlama Süreleri				
	1Ay	2Ay	3Ay	4Ay	5Ay
İlaçlı Stent	93%	3%	1%	1%	2%
İlaçsız Stent	91%	4%	1%	1%	3%

İlaçsız stent takılan ve sonrasında antikoagülan ilaç kullanmaya başlayanların %91'i ilk 1 ay içerisinde, %4'ü 2. ayda, %1'i 3. ayda, %1'i 4. ayda ve geri kalan %3'ü ise 5 ay ve daha sonrasında bu ilaçları kullanmaya başlamıştır.

İlaçlı stent takılanlar ve ilaçsız stent takılanlar için stentten sonra ilaca başlayanların oranı açısından anlamlı bir fark görülmemiştir.

Aylık kişi başı ortalama ilaç maliyeti, ilaçlı stent için, 29,33 TL, ilaçsız stent için ise 22,29 TL'dir.

Tablo 17'de görüldüğü gibi, ilaçlı stent takıldıktan sonra antikoagülan ilaç kullananlar için stent başına maliyet 1636 TL, ilaçsız stent takılanlar için

bu tutar 482 TL'dir. İlaçlı stentten sonra antikoagülan ilaç kullanmayanlar için stent başına maliyet 1025 TL; ilaçsız stent için ise 482 TL'dir.

Tablo 17. Kişi Başı Stent Maliyeti

Stent Türü	Antikoagülan Durumu	Stent Maliyeti (TL)
İlaçlı Stent	İlaç Kullananlar	1.636
	İlaç Kullanmayanlar	1.025
İlaçsız Stent	İlaç Kullananlar	482
	İlaç Kullanmayanlar	482

İlaç kullanım durumuna göre kişi başı stent maliyetleri karşılaştırıldığında, ilaçlı stentin maliyetinin ilaç kullananlar ve kullanmayanlar için ilaçsız stentten daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. İlaçlı stentin aylık ortalama antikoagülan ilaç maliyeti ile stent maliyeti daha yüksek olmasına rağmen, İlaçlı stent takılanlar ve ilaçsız stent takılanlar için stentten sonra ilaca başlayanların oranı açısından bir fark bulunmamaktadır.

İlaç kullanım sınıflandırmasının sonucunda elde edilenler sonuçlar birbirinden belirgin bir şekilde farklılaşmadığı için öncelikle komorbid hastalıkları olanlar ve olmayanların ayrımını yapıp sonrasında ilaç kullananlar kullanmayanlar için kalp krizi geçirme oranı, birden fazla stent takılma oranı ve stentten ne kadar süre sonra ilaç kullanıldığına bakılmıştır.

E- Komorbid Hastalık Durumuna Göre İlaçlı ve İlaçsız Stent

Stent takılma süre aralığı, kalp krizi geçirme oranları ve ilaç kullananların stentten sonra ilaca başlama sürelerin aylara dağılımı açısından iki stent türü açısından fark çok belirgin olmadığı için etkililiği incelemek doğrultusunda daha anlamlı sonuç vereceği düşünüldüğünden komorbidite ayrımı yapılmasına karar verilmiştir. Komorbid hastalık durumu; ilaç salımlı stent ile çıplak metal stent için birden fazla kez stent takılma sayısı, sıklığı, stentten sonra kalp krizi geçirme oranı ve süresi açısından kıyaslanmıştır.

Stent takılan kişilerin %99,2'sinin komorbid hastalığı vardır. İlaçlı stent takılan kişilerin %99,5'inin, ilaçsız stent takılan kişilerin ise %99'unun komorbid hastalığı bulunmaktadır (Tablo 18).

Tablo 18. *Stent Türüne Göre Komorbidite*

Stent Türü	Komorbidite	Oran
İlaçlı Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	99.5%
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	0.5%
İlaçsız Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	99%
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	1%

Stent takılan kişilerin %99,5'inin komorbid hastalığı olduğu için, bu hastalıkların dağılımına bakılmıştır. Stent takılan kişilerde en çok görülen komorbid hastalıkların diyabet, hipertansiyon, kalp yetmezliği ve böbrek yetmezliği olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. *Stent Takılan Kişilerin Komorbid Hastalık Dağılımı*

Komorbid Türü	Kişi sayısı	Oran
Diyabet	178.243	69%
Hipertansiyon	68.625	27%
Kalp Yetmezliği	55.785	22%
Böbrek Yetmezliği	29.937	12%

Literatür araştırmasında, ülke örneklerine bakıldığında diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği gibi koroner arterlerde restenozun gelişmesinde etkili olan yüksek risk grubundaki hastalıkların stent ile ilgili geri ödeme kriterlerinin belirlenmesinde etkili olduğu bulunmuştur (Hsieh ve diğerleri, 2013:3787; Ekman ve diğerleri, 2006:17-24). İlaçlı stentin bu hasta gruplarında kullanılması durumunda geri ödemenin sağlanması, bu yüksek risk grubundaki hastaların komorbid hastalıklarının getirdiği komplikasyonların maliyetlerinin daha yüksek olmasındandır.

İlaçlı stent takılıp komorbid hastalığı olanların yaklaşık %8,4'üne, ilaçsız stent takılıp komorbid hastalığı olanların ise %4'üne birden fazla kez stent takılmıştır. İlaçlı stent takılıp komorbid hastalığı olmayanların yaklaşık %9,5'ine, ilaçsız stent takılıp komorbid hastalığı olanların ise %6'sına birden fazla kez stent takılmıştır (Tablo 20). İlaçlı stent takılan kişilerde hem komorbid hastalığı olanlar hem de olmayanlar ayrımlarına göre ilaçsız stente kıyasla daha çok birden fazla kez stent takılma durumu gerçekleşmiştir.

Tablo 20. Birden Fazla Stent Takılanların Komorbiditeye Göre Dağılımı

Stent Türü	Komorbid Durumu	Birden Çok Kez Stent Takılanların Dağılımı
İlaçlı Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	8,40%
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	9.5%
İlaçsız Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	4%
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	6%

İlaçlı stent takılanlardan komorbid hastalığı olanların ve olmayanların tamamı ilk 1 ay içinde kalp krizi geçirmiştir (Tablo 21).

Tablo 21. Komorbidite - Antikoagülan Durumu Ayrımında Kalp Krizi Geçirme Süresi

Stent Türü	Komorbid Durumu	Antikoagülan Durumu	Kalp Krizi Geçirme Süresi	
			1Ay	2 Ay ve Sonrası
İlaçlı Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	İlaç Kullananlar	100%	0%
		İlaç Kullanmayanlar	100%	0%
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	İlaç Kullananlar	100%	0%
		İlaç Kulanmayanlar	100%	0%
İlaçsız Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	İlaç Kullananlar	100%	0%
		İlaç Kulanmayanlar	100%	0%
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	İlaç Kullananlar	100%	0%
		İlaç Kulanmayanlar	100%	0%

İlaçlı stent takılıp komorbid hastalığı olanların %26'sı kalp krizi geçirmiş olup, bunların %80'i ilaç kullananlardır.

İlaçsız stent takılıp komorbid hastalığı olanların %28'i kalp krizi geçirmiş olup, bunların %86'sı ilaç kullananlardır (Tablo 22).

Tablo 22. Stent Türü ve Komorbiditeye Göre Kalp Krizi Geçirme Oranı

Stent Türü	Komorbid Durumu	MI Oranı
İlaçlı Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	26%
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	0%
İlaçsız Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	28%
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	0%

İlaçlı stent ve ilaçsız stent takılan ve komorbid hastalığı olanların kalp krizi geçirme oranları birbirine oldukça yakın çıkmaktadır.

Komorbid hastalığı olanlar ve olmayanlar için bakıldığında, ilaçlı stent tedavisi uygulanan hastaların daha azının ilk bir ay içinde ilaca gereksinim duyduğu bulunmuştur.

Antikoagülan ilaç kullanımını ayırımından sonra komorbid hastalık ayırımı yapılmasının, komorbid hastalığı olan ve olmayan ayırımı sonrasında antikoagülan ilaç kullanma durumuna bakılmasından daha anlamlı sonuç verdiği gözlemlenmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Stent Türü, Komorbidite ve Antikoagülan İlaç Kullanımına Göre Stent Oranı

Stent Türü	Komorbid Durumu	Antikoagülan Durumu	Oran
İlaçlı Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	İlaç Kullananlar	80%
		İlaç Kullanmayanlar	20%
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	İlaç Kullananlar	27%
		İlaç Kullanmayanlar	73%
İlaçsız Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	İlaç Kullananlar	86%
		İlaç Kullanmayanlar	14%
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	İlaç Kullananlar	23%
		İlaç Kullanmayanlar	77%

İlaçlı stent takılanlardan komorbid hastalığı olanların %80'i antikoagülan ilaç kullanmaktadır. İlaçsız stent takılanlardan komorbid hastalığı olanların ise %86'sı antikoagülan ilaç kullanmaktadır. İki tedavi yönteminde de komorbid hastalığı olanlardan ilaç kullananların oranı arasındaki fark çok az olup, anlamlılık testi de farkın anlamsız olduğunu ortaya çıkarmıştır.

İlaçlı stent takılanlardan komorbid hastalığı olmayanların %27'si antikoagülan ilaç kullanmaktadır. İlaçsız stent takılanlardan komorbid hastalığı olmayanların %23'ü antikoagülan ilaç kullanmaktadır. İki tedavi yönteminde de komorbid hastalığı olmayanlardan ilaç kullananların oranı arasındaki fark çok az olup, anlamlılık testi de farkın anlamsız olduğunu ortaya çıkarmıştır.

İlaçlı stent takılan kişiler ile ilaçsız stent takılan kişilerin komorbid hastalığı ve sonrasında da ilaç kullananlara göre dağılımının çok farklı olmadığı görülmüştür.

Tablo 24’te, bir önceki tabloda yer alan her bir ayırdaki hasta grubunun restenoz oranının tespitinde yol gösterecek olan stentten ne kadar süre sonra antikoagülan ilacı kullanmaya başladıklarına bakılmıştır. Tüm hasta gruplarında ilaca başlama stentten sonraki ilk beş ayda yoğunlaşmıştır.

Tablo 24. Antikoagülan İlaç Kullanımına Başlanma Süresi

Stent Türü	Komorbid Durumu	Antikoagülan Durumu	Antikoagülan İlaç Kullanımına Başlanma Süresi					
			1Ay	2Ay	3Ay	4Ay	5Ay	6 Ay ve Üze.
İlaçlı Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	İlaç Kullananlar	59%	9%	5%	4%	0%	2%
		İlaç Kulanmayanlar	20%					
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	İlaç Kullananlar	22%	3%	1%	0%	0%	1%
		İlaç Kulanmayanlar	73%					
İlaçsız Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	İlaç Kullananlar	63%	9%	5%	4%	2%	3%
		İlaç Kulanmayanlar	14%					
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	İlaç Kullananlar	17%	2%	1%	1%	1%	1%
		İlaç Kulanmayanlar	77%					

İlaçlı stent takılanlardan komorbid hastalığı olanların %59’u, ilaçsız stent takılanlardan komorbid hastalığı olanların %63’ü ilk 1 ay içinde ilaca başlamıştır.

İlaçlı stent takılan kişilerden komorbid hastalığı olmayanlar incelendiğinde ise %22’si, ilaçsız stent takılan kişilerden komorbid hastalığı olmayanların %17’si ilk 1 ay içinde ilaca başlamıştır.

İlaçlı stent takılıp komorbid hastalığı olanların %41’i, ilaçsız stent takılıp komorbid hastalığı olanların %37’si ilk 1 ay içinde ilaca gerek duymamıştır.

İlaçlı stent takılıp komorbid hastalığı olmayanların %78’i, ilaçsız stent takılıp komorbid hastalığı olmayanların %83’ü ilk 1 ay içinde ilaca gerek duymamıştır.

Tablo 24'teki sonuçlardan görüldüğü gibi, komorbid hastalığı olanlardan ilaçlı ve ilaçsız stent takılanlar arasındaki fark, stentten sonraki ilk bir ay içindeki ilaç kullananların oranıdır. İkinci aydan itibaren ilaca başlayanların oranı her iki tedavi türündeki hastalar için eşitlenmektedir. Bir başka deyişle, komorbid hastalığı olanlardan ilaçlı stent tedavisi uygulanan hastaların %59'u, stentten sonraki ilk bir ay içinde damarda daralma riski yüksek olduğu için stentin ömrünü uzatmak amacıyla antikoagülan ilaç kullanmaya gerek duymaktadır. Komorbid hastalığı olmayanlardan ilaçsız stent takılan hastaların ise %63'ü, ilk bir ay içinde antikoagülan ilaca gerek duymuştur. İkinci aydan itibaren, her iki tedavi yönteminde de ilaca başlayan hastaların oranı eşitlenmektedir (ikinci ay %9, üçüncü ay %5). Bu durum, ilaçlı stentin komorbid hastalığı olanlarda kullanılması halinde, tıbbi olarak etkililiği artıracaklarını göstermektedir.

Komorbid hastalığı olanlardan, stentten sonraki bir ay içinde hiç ilaca gerek duymayanların oranını iki tedavi yöntemi için karşılaştırıldığında; ilaçlı stent takılan kişilerin %41'i, ilaçsız stent takılan kişilerin ise %37'sinin ilk bir ay içinde hiç ilaca gerek duymadığı görülmektedir. İlaçlı stent takılan kişilerin daha büyük kısmı, ilaçsız stent tedavisi uygulananlara göre stentten sonraki ilk bir ay ilaca hiç gerek duymamıştır. Bu durum, komorbid hastalığı olanlarda ilaçlı stentin daha iyi sonuç verdiğini göstermektedir.

Aynı şekilde, komorbid hastalığı olmayanlar incelendiğinde, iki tedavi yöntemi arasındaki fark, ilk iki ayda antikoagülan ilaca başlayanların oranı açısından ortaya çıkmaktadır. Komorbid hastalığı olmayanlardan ilaçlı stent tedavisi uygulanan hastaların %22'si, stentten sonraki ilk bir ay içinde damarda daralma riski yüksek olduğu için stentin ömrünü uzatmak amacıyla antikoagülan ilaç kullanmaya gerek duymaktadır. Komorbid hastalığı olmayanlardan ilaçsız stent takılan hastaların ise %17'si, ilk bir ay içinde antikoagülan ilaca gerek duymuştur. İkinci ay içerisinde ilaç kullananların oranı, ilaçlı stent takılan kişilerde %3, ilaçsız stent takılan kişilerde ise %2'dir. Bu durum, ilaçsız stentin komorbid hastalığı olmayanlarda kullanılması halinde, tıbbi olarak etkililiği artıracaklarını göstermektedir.

Komorbid hastalığı olmayanlardan, stentten sonraki bir ay içinde hiç ilaca gerek duymayanların oranını iki tedavi yöntemi için karşılaştırdığımızda, ilaçlı stent takılan kişilerin %78'i, ilaçsız stent takılan kişilerin ise %83'ü

ilk bir ay içinde hiç ilaca gerek duymamıştır. İlaçsız stent takılan kişilerin daha büyük kısmı, ilaçlı stent tedavi uygulananlara göre stentten sonraki ilk bir ay ilaca hiç gerek duymamıştır. Bu durum, komorbid hastalığı olmayanlarda ilaçsız stentin daha iyi sonuç verdiğini göstermektedir.

Bu sonuçların istatistiksel olarak anlamlılık testi yapılmış olup, iki tedavi yöntemi arasındaki fark komorbid hastalık ayırımında anlamlı çıkmıştır.

Ortalama ilaç kullanım süresi ilaçlı stentte daha yüksektir ve aylık ortalama kişi başı ilaç maliyeti ilaçsız stentte 22 TL, ilaçlı stentte 29 TL'dir. İlaçlı stent takılan kişilerin aylık ortalama kişi başı ilaç maliyeti %32 oranında ilaçsız stente göre daha yüksektir. İlaçlı stent tedavisinde komorbid hastalığı olan ve olmayanlar arasında ve aynı şekilde ilaçsız stent tedavisinde komorbid hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında aylık ortalama ilaç maliyeti açısından fark yoktur (Tablo 25).

Tablo 25. Stent Türü ve Komorbiditeye Göre İlaç Maliyeti

Stent Türü	Komorbid Durumu	Aylık Kişi Başı Ortalama İlaç Maliyeti (TL)		Kişi Başı Stent Maliyeti (TL)
		Komorbiditeye Göre	Stent Türüne Göre	
İlaçlı Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	30	29	4826
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	29		
İlaçsız Stent	Komorbid Hastalığı Olanlar	22	22	1436
	Komorbid Hastalığı Olmayanlar	22		
	Olmayanlar			

İlaçsız stente göre ilaçlı stentin maliyeti daha yüksektir. Ayrıca, stentten sonra antikoagülan ilaç kullananlar açısından aylık kişi başı ortalama ilaç maliyeti, ilaçlı stent takılan kişilerde ilaçsız stent takılanlara göre daha yüksektir.

Birden fazla kez stent takılma süre farkı ilaçlı stentte 6,5 ay iken, ilaçsız stentte 7,5 ay olarak bulunmuştur (Tablo 5 ve 6). Kalp krizi geçirenlerin hepsi her iki tedavi yönteminde de stentten sonraki ilk bir ay içinde

geçirmiştir. Kalp krizi geçirenlerin oranı açısından iki tedavi yöntemi arasında bir fark görülmemiştir. Bu göstergeler açısından ilaçlı ve ilaçsız stent tedavi yöntemleri arasında bir fark bulunamadığından ilaç kullanımını ve komorbidite durumu incelenmiştir.

İlaç kullanımına bakıldığında, stentten sonra ilaca başlayanların aylara dağılımı arasında bir farklılık görülemediğinden, komorbidite ayrımından sonra ilaç kullanımına ve kalp krizi geçirme oranına bakılmasına karar verilmiştir.

Kalp krizi geçirenlerin oranı açısından komorbid hastalığı olanlar için iki tedavi yöntemi ile komorbid hastalığı olmayanlar için iki tedavi yöntemi arasında bir fark görülmemiştir. Komorbid hastalığı olanlar ve olmayanlardan stentten sonra kalp krizi geçirenlerin tamamı ilk bir ay içinde geçirmiştir. İlaçlı stent tedavisinde komorbid hastalığı olan ve olmayanlar için aylık kişi başı ortalama ilaç maliyeti ilaçsız stent tedavisine göre daha yüksek bulunmuştur.

Komorbid hastalığı olanlarda ilaçlı stent kullanıldığı durumda, ilaçsız stent takılan kişilere göre; stentten sonra ilk antikoagülan ilaca gereksinim duyanlar açısından iki hasta grubu arasında %4 (%63-%59) oranında bir fark tespit edilmiştir. İkinci aydan itibaren bu oranların eşitlendiği yani iki farklı tedavi yöntemindeki hastaların kullandıkları stentten kaynaklanan hastanın damarında tıkanma riski oluşturma oranının eşitlendiği görülmüştür. Ancak, ilk bir ay için; ilaçsız stente göre, ilaçlı stent takılan hasta grubunun daha azının stentinde tıkanma riski oluşturduğu ortaya konmuştur.

Komorbid hastalığı olmayanlarda ilaçsız stent kullanıldığı durumda, ilaçlı stent takılan kişilere göre; stentten sonra ilk antikoagülan ilaca gereksinim duyanlar açısından iki hasta grubu arasında %5 (%22-%17) oranında bir fark tespit edilmiştir. İkinci ay için bu fark %1'e (%3-%2) düşmüştür. Üçüncü aydan itibaren bu oranların eşitlendiği yani iki farklı tedavi yöntemindeki hastaların kullandıkları stentten kaynaklanan hastanın damarında tıkanma riski oluşturma oranının eşitlendiği görülmüştür. Ancak, ilk iki ay için; ilaçlı stente göre, ilaçsız stent takılan hasta grubunun daha azının stentinde tıkanma riski oluşturduğu ortaya konmuştur.

İlaçlı stent tedavisi yönteminin hem stent başına maliyet hem toplam maliyet hem de aylık ortalama ilaç kullanım maliyeti daha yüksektir. Restenoz oranları, kalp krizi geçirme oranları açısından ilaçsız stent tedavisi ile ilaçlı stent tedavisi arasında çok fark bulunmamaktadır.

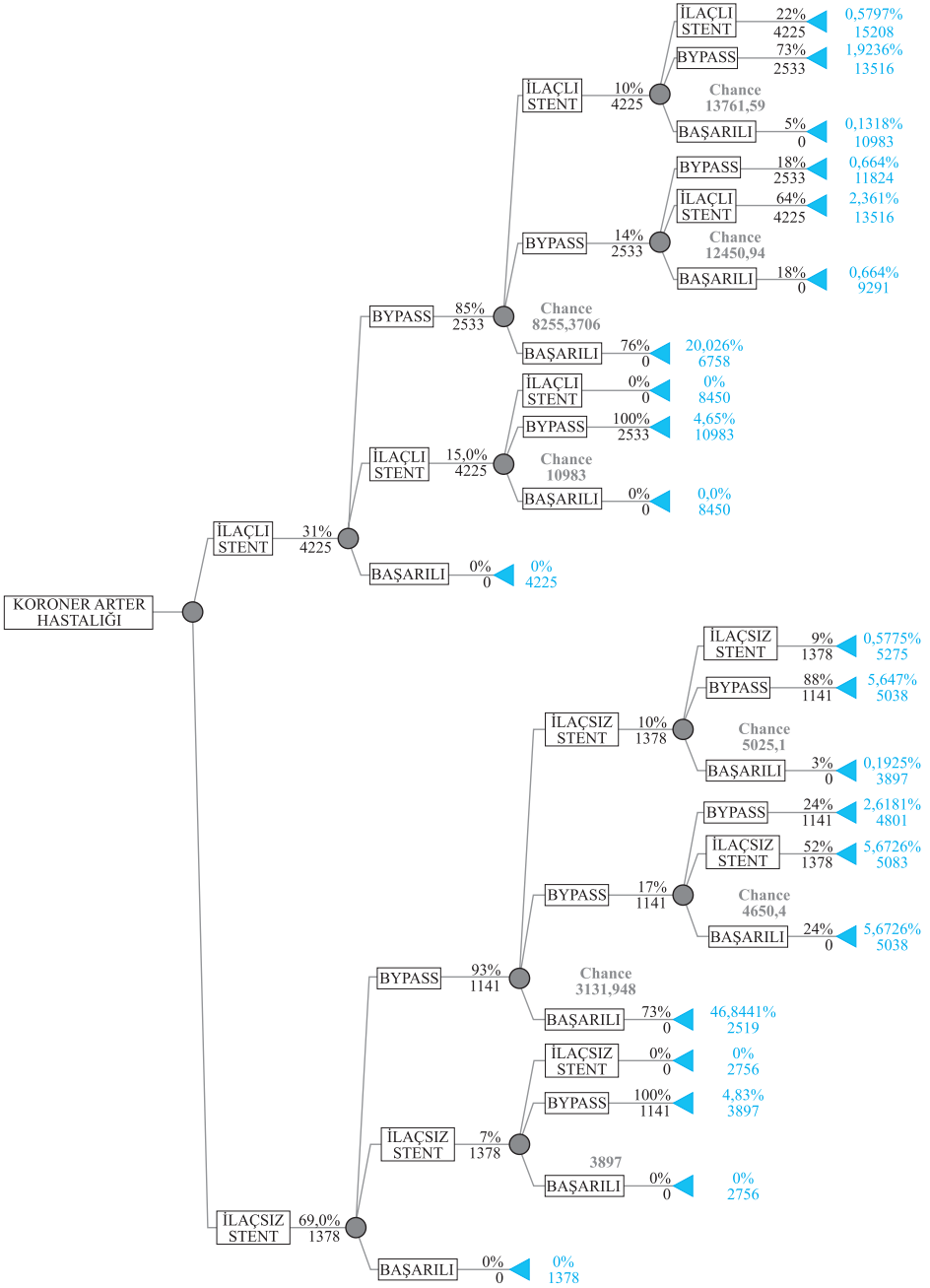
IV- KARAR AĞACI ANALİZİ

İlaçlı stent ile ilaçsız stent tedavilerini, stent takılma sıklığı, stentten sonra kalp krizi geçirme oranı, antikoagülan ilaç kullanmaya başlayanların oranı gibi restenoz göstergeleri açısından kıyasladıktan sonra iki tedavi yönteminin birbirinden çok farklı olmadığı görülmüştür. Bu kısımda, farklı tedavi yöntemlerinin beklenen maliyet ve yararlılıklarını hesaplayarak her kararın ve bunların olası sonuçlarının modellenmesini sağlayan karar ağacı analiz modeliyle, iki tedavi yöntemi maliyet etkililik açısından kıyaslanmıştır.

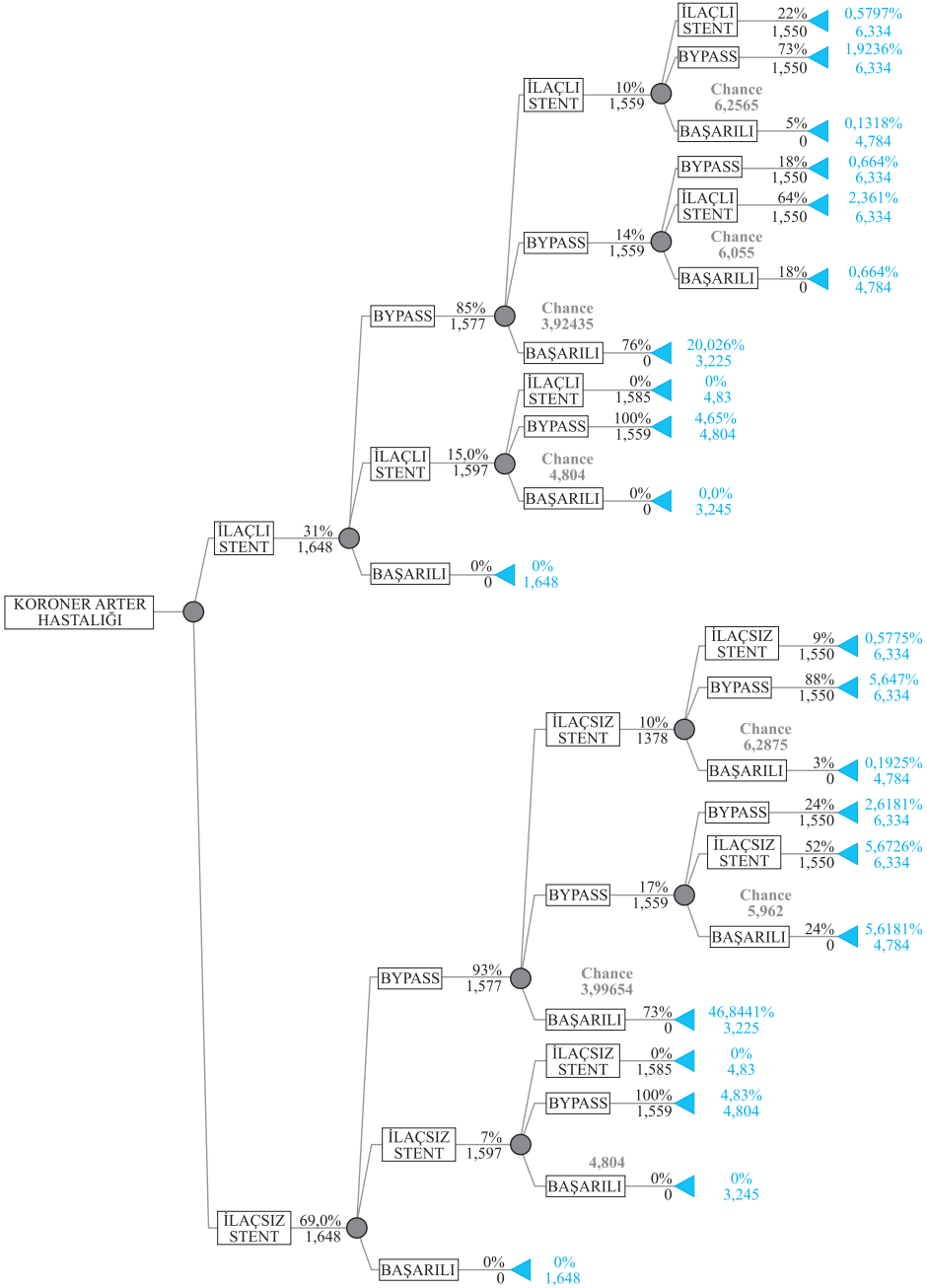
KAH tedavisinde kullanılan ilaçlı ve ilaçsız stent tedavisinin maliyetleri (SGK veri ambarındaki veriler kullanılarak hesaplanan) ve Core HTA on Drug Eluting Stents (2008: 67-73) çalışmasından elde edilen QALY değerleri olasılıklar ile çarpılarak iki ayrı karar ağacında gösterilmiştir. Her bir hasta grubu için maliyet değerleri ile olasılıkların çarpılmasıyla elde edilen “ağırlıklı maliyetlerin” her şans ve karar düğümü için bulunmasıyla oluşturulmuştur (Şekil 14). QALY hesabında, uluslararası bir çalışmadan yararlanılmıştır. Aynı şekilde, her hasta grubundaki QALY değerleri ile olasılıkların çarpılmasıyla “ağırlıklı maliyet” hesaplanmıştır (Şekil 15). Maliyetlerin hesabında, ilaçlı stent, ilaçsız stent, by-pass tedavileri için 2011–2012 döneminde ilaç, malzeme ve tedavi maliyetleri toplamının kişi başı değerleri kullanılmıştır. Böylece, iki tedavi yöntemi maliyet etkililik yönünden kıyaslanmıştır. Bu sürecin sonunda doğru ve rasyonel seçim, karar düğümündeki seçeneklerden beklenen yararı en yüksek olan tedavi olmuştur.

Karar ağacının dallarının nasıl modellendiğine bakıldığında, ilaçlı stent tedavisi sonrasında bu tedavinin hiç bir müdahaleye gerek duyulmaması (başarılı), by-pass yapılması, tekrar ilaçlı stent takılması ihtimali vardır. İlaçlı stent takıldıktan sonra by-pass operasyonu neticesinde hiçbir müdahaleye gerek duyulmaması, tekrar by-pass yapılması, ilaçlı stent takılması seçenekleri oluşturulmuştur. By-pass sonrasında tekrar üçüncü kez stent takılması, üçüncü kez by-pass yapılması ve başka müdahaleye gerek duyulmaması ihtimalleri bulunmaktadır. İkinci kez ilaçlı stent takıldıktan sonra da aynı ihtimaller karar ağaçlarında gösterilmektedir. Aynı şekilde ilaçsız stent tedavisi için de bu karar ve şans düğümleri üzerinden karşılaştırma yapılmıştır.

Şekil 14. "Ağırlıklı Maliyet" Bazında Karar Ağacı Analizi



Şekil 15. “Ağırlıklı Yarar” Bazında Karar Ağacı Analizi



Karar ağacı, Microsoft Excel'in Precision Tree-6 eklentisiyle çizilmiştir. Uluslararası bir çalışmada yer alan QALY değerlerinin kullanıldığı bu analizde, 2011-2012 yıllarını kapsayan iki yıllık periyotta, ilaçsız stent tedavisine göre ilaçlı stent tedavisinin artırımlı QALY değeri (-1,54) olarak hesaplanmıştır.

Ağırlıklı maliyet bazında karar ağacında en sağdan başlanarak başlayarak her dalın maliyetlerinin hesabı şu formülle bulunmuştur:

Maliyet Formülü = (Olasılık (Stent Tedavisi) * Maliyet (Stent Tedavisi) + Olasılık (By-pass Tedavisi) * Maliyet (By-pass Tedavisi) + Olasılık (Başarılı) * Maliyet (Başarılı) + Maliyet (A)) * Olasılık (A) +

Ağırlıklı yarar bazında karar ağacında QALY değerleri ve olasılıkların her dalın en sağdan başlanarak QALY değerlerinin hesabı şu formülle bulunmuştur:

Etkililik Formülü = (Olasılık (Stent Tedavisi) * QALY (Stent Tedavisi) + Olasılık (By-pass Tedavisi) * QALY (By-pass Tedavisi) + Olasılık (Başarılı) * QALY (Başarılı) + QALY (A)) * Olasılık (A) +

Formülde kullanılan "A", uygulanan by-pass, stent tedavileri ve başarılı olma durumunun gösterildiği karar düğümün solundaki tedaviyi ifade etmektedir. Bu şekilde en başa doğru tüm olasılıklar ve maliyetler ve QALY değerleri iki tedavi türü için hesaplanmıştır.

Oluşturulan karar ağacı ile elde edilen iki tedavi yönteminin maliyet etkililik sonuçları Tablo 26'da gösterilmektedir.

Tablo 26. Karar Ağaçları Analizinin Sonuçlarına Göre Stent Maliyet Etkililik Sonucu

Tedavi	Maliyetler (TL)	Artırımlı Maliyet (TL)	QALY	Artırımlı QALY	Maliyet / Etkililik (TL/QALY)	ICER(1)
İlaçsız Stent	2.198		2,79		1.427	
İlaçlı Stent	2.686	488	1,25	-1,54	2.149	-316,9

1 QALY: Bir kişinin mükemmel sağlıkla yaşadığı 1 yıl

ICER = $\Delta C / \Delta E$

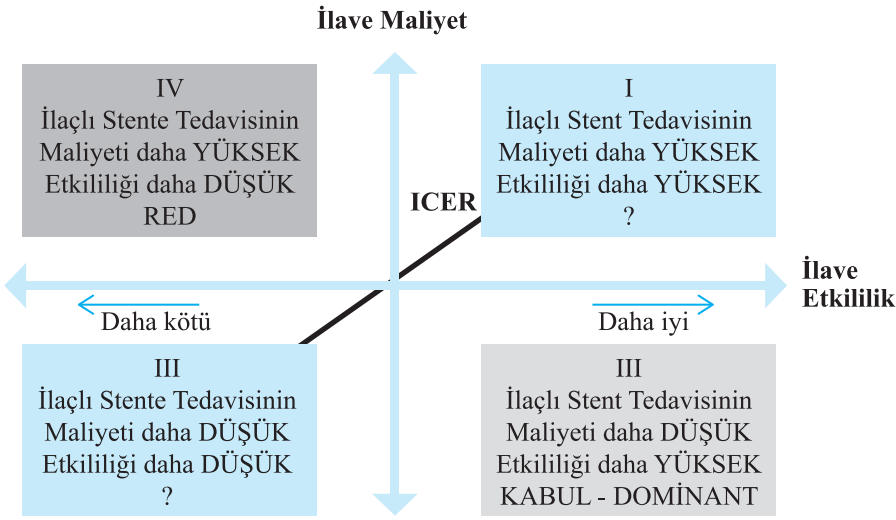
Maliyet Etkililik Oranı = İlave Maliyet / İlave Etkililik

= $(2.686 - 2.198) / (1,25 - 2,79)$

= (-) 316,88 ICER değeri

ICER değerinin negatif olarak çıkması, ilaçlı stent tedavisinin ilaçsız stent tedavisine göre daha maliyet etkili olmadığını göstermektedir. Bu sonuç, Şekil 16'da (IV) numaralı bölgede gösterilmektedir. İlaçlı stent tedavisi, iki yıllık periyotta incelendiğinde, ilaçsız stent tedavisine göre daha yüksek maliyetli ve etkililiği daha düşük olduğu için, maliyet etkililik düzleminde reddedilen bölgedir.

Şekil 16. Stent Tedavilerinin Maliyet ve Etkilik Açısından Karşılaştırması



Kaynak: Drummond ve diğerleri, 2006: 124

Karar ağacı analizlerinin neticesinde, ilaçlı stent kullanımının ilaçsız stent kullanımına göre maliyet etkili olmadığı bulunmuştur. İlaçlı stentin hem maliyeti yüksek, hem de QALY'si ilaçsız stente göre daha düşüktür. Bu yüzden Kurum tarafından ilaçlı stentin geri ödemesinin daha sınırlı koşullar halinde yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Kullanılan QALY değerleri, hastane ortamına, cerrahi ekibin deneyimine ve hastaların seçimine göre farklılık göstermektedir. QALY hesaplaması, yabancı ülkelerin skorlamasistemleri ile yapılabildiği için ülkemizin koşullarına birebir uyan bir durumu yansıtmamaktadır. Ayrıca, mevcut literatürde bulunan QALY değerleri, yalnızca tedavi yöntemlerine göre hesaplanmıştır. Komorbid hastalıklarının çeşitlerine göre QALY değerlerinin araştırılması ve karar ağacı analizinin bu ayrımlara göre

oluşturulmasının daha spesifik bir sonuç ortaya koymayı sağlayacağından bu yönde çalışmaların yapılarak literatüre katkı sağlanması gerekmektedir.

V- ÜLKE ÖRNEKLERİ

Tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi için çalışmalar yapılarak belirli aralıklarla geri ödeme kararlarında değişiklikler yapmak için birçok ülkede, farklı hastalıklar için hasta kayıtları tutulmaya başlanmıştır. Bu tür veriler, sınırlı olmalarına rağmen ekonomik ve klinik olarak disiplinler arası bir yaklaşım edinmek ve kılavuzlar oluşturmak için önemlidir. Sağlık sisteminde yapılacak iyi bir ekonomik değerlendirme, kaynak kullanımının maliyet etkililiği ile ilgili kararlarda olumlu etkiye yol açacaktır (Glisela, 2002:9-23).

Tablo 27’de görüldüğü gibi, stent tedavisiyle ilgili çalışmalar maliyet etkililik üzerine odaklanmaktadır. Bu çalışmalarda, stentlerin ekonomik olarak değerlendirilmesi neticesinde stent türlerine göre geri ödeme ile ilgili kriterlerin değişkenlik gösterdiği dikkat çekmektedir.

İsveç’te yapılan bir çalışmada Taxus salınlı ilaç salınlı stent ile çıplak metal stent takılan hastalar 2 yıl boyunca; çıplak metal stent takılanlarla by-pass yapılanlar 1 yıl boyunca karşılaştırılmıştır. Diyabetli hastalar, küçük damar, uzun lezyon gibi yüksek risk grubunda olanlar için maliyet etkililik oranları daha düşüktür. İlaçsız stent takılanlara 3 ay, ilaç salınlı stent kullananlarda 6 ay Klopidoğrel kullanıldığı hesaba katılmıştır. Analizler sağlık hizmeti ödeyicisi açısından bakılarak yapılmış olup ayakta ve yatan hasta maliyetlerini içermektedir. Çalışmaların sonucuna göre, ilaç salınlı stent, çıplak metal stente göre daha maliyetlidir ancak, damarın yeniden daralma olasılığını azalttığı için hastayı gereksiz yeniden daralma prosedüründen de kurtarmış olmaktadır (Ekman ve diğerleri, 2006:17-24).

NICE Tanı ve Tedavi Kılavuzunda ilaç salınlı stentin kullanımının tavsiye edildiği iki koşul bulunmaktadır (NICE, 2008:4; Amin ve diğerleri, 2012:1143):

- Damar çapı 3 mm’den az ve 15 mm’den yüksek olan hastalarda,
- İlaç salınlı stent ile düz metal çıplak stent arasındaki fiyat farkının 300£’tan az olduğu durumlarda.

Tablo 27. İlaç Salımlı Stentler ile İlgili Literatürdeki Çalışma Örnekleri

Yazarlar / Kurumlar	Çalışma
Bagust A. ve diğerleri	Birleşik Krallık uygulamasında ilaç salımlı stentin maliyet etkinliği, maliyet-hizmet çalışması
Bakhai A. ve diğerleri	Perkütanrevaskülarizasyon tedavisi gören hastalarda paklitaksel-salımlı stentlerin maliyet etkinliği, TAXUS-IV gözleminin sonuçları
Bowen J. ve diğerleri	Perkütan koroner girişiminde ilaç salımlı stent ve çıplak metal stentin sistematik değerlendirmesi ve maliyet etkinlik analizi-Ontario
Brophy J. ve diğerleri	İlaç salımlı stentlerin maliyet etkinliği: Quebec perspektifi
Brophy JM, Erickson U	İlaç salımlı stentlerin maliyet etkinliği, Quebec, Kanada
Cohen DJ. ve diğerleri	Kompleks koroner stenozların tedavisinde kullanılan sirolimus salımlı stentlerin maliyet etkinliği
Ekman M, Sjogren I, James S	İşvec sağlık hizmeti sisteminde TAXUS paklitaksel salımlı stentin maliyet etkinliği
Elezi S. ve diğerleri	Koroner arter hastalığı olan yüksek risk grubu hastalarda Sirolimus salımlı stent ve paklitaksel salımlı stentin karşılaştırmasına yönelik iki rassal deneyin maliyet analizi
Greenberg G. ve diğerleri	Restenozu yok edebilir miyiz? Edemez miyiz?
Hill R. ve diğerleri	Koroner arter stentleri: Hızlı sistematik değerlendirme ve ekonomik değerlendirme
Ikeda S, Kobayashi M	Japonya’da ilaç salımlı stentlerin ekonomik değerlendirmesi
Kaiser C. ve diğerleri	Gerçek veriler ışığında ilaç salımlı stentlerin üçüncü nesil çıplak metale göre artımlı maliyet etkinliği
Lord SJ. ve diğerleri	Avustralya’da bulunan ilaç salımlı stentlerin maliyet etkinlik analizi ve sistematik değerlendirmesi
Tıp Hizmetleri Danışmanlık Komitesi	İlaç salımlı stentler
Mittmann N. ve diğerleri	İlaç salımlı stentlerin ekonomik değerlendirmesi
Ong ATL. ve diğerleri	1 ve 2 yıl takip sonuçlarına göre sınırlandırılmamış sirolimus salımlı stentler kullanımı ile çıplak metal stentlerin karşılaştırılmalı maliyet etkinlik analizi
Polanczyk CA, Wainstein MV, Ribeiro JP	Brezilya’da perkütan koroner girişimlerde sirolimus salımlı stentlerin maliyet etkinliği
Rinfret S. ve diğerleri	Kanada’daki yüksek risk grubu hastalarda sirolimus salımlı stentlerin maliyet etkinliği
Russell S. ve diğerleri	Taxus koroner stentlerin ekonomik etkisi
Shrive FM. ve diğerleri	Sirolimus salımlı stentlerin ekonomik değerlendirmesi
Tarricone R. ve diğerleri	İlaçlı stent kullanılan koroner revaskülarizasyon tedavisinde geri ödeme nasıl olmalıdır?
Van Hout BA. ve diğerleri	Sirolimus salımlı stentlerin çıplak metal stentlere göre tek “native de novo” koroner lezyonlarda kullanımına ilişkin 1 yıllık maliyet etkinlik analizi

İngiltere’de yapılan bir araştırmada, iki önemli ilaç salınlı stent karşılaştırmaya dahil edilmiştir: Sirolimus (antibiyotik salınlı stent türü) ve Paklitaksel (Yew ağacından yapılan madde salınlı stent türü) stent. 2884 hasta 1 ay boyunca klinik olarak izlenmiştir. Çalışmanın sonucuna göre, ilaç salınlı stentlerde damarın yeniden tıkanması riski daha azdır ancak ölüm, MI ve inme riski açısından ilaç salınlı ve çıplak metal stent arasında önemli fark yoktur. İlaç salınlı stent teknolojisi daha pahalı olduğu için fiyatta bir değişiklik olana kadar ya da yeni bir klinik bulguya ulaşılan dek, ilaç salınlı stentin geleneksel stente göre maliyet etkili olmadığı, sadece yüksek riskli hastalarda ve sınırlı olarak kullanılması gerektiği sonucuna varılmıştır (Bagust ve diğerleri, 2006:68-74).

NICE Tanı ve Tedavi Kılavuzuna göre, ilaç salınlı stent ile çıplak metal stentin her ikisinde de stent trombozu riski bulunmaktadır. FDA, ilaç salınlı stent sonrasında uygulanması gereken antiplatelet tedavisinin (stentin uygulanması sırasında ve sonrasında aspirine ilave olarak klopidogrel kullanımı) süresinin uzaması ve AHA kılavuzuna göre, bu sürenin en az bir yıl olması gerektiğini önermektedir (NICE, 2008:8).

Amerika’da ilaç salınlı stentlerin Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından onaylanması gerekmektedir (Neyt ve diğerleri, 2007). İlaç salınlı stentler, Amerika’nın sağlık sisteminde son on yıldır en sık kullanılan sağlık teknolojilerinden biri haline gelmiştir. FDA’nın, Nisan 2003’te Sirolimus salınlı stentlerin (Cyper) kullanımını onaylaması ile ilaç salınlı stentlerin kullanımı artmıştır. Mart 2004’te ise Paclitaxel salınlı stentler (Taxus) onaylanmıştır. İlaç salınlı stentler, hem sağlık hizmeti sağlayıcısının hem de ödeyicinin maliyetlerini artırmıştır. İlaç salınlı stentlerin çıplak metal stentlere göre daha pahalı olmasına rağmen, ilaç salınlı stentlerin damarda yeniden daralma oranını büyük ölçüde azalttığı yapılan çalışmalarda görülmektedir (Groeneveld ve diğerleri, 2008:1097).

Belçika’da yaklaşık otuz yıl öncesinden beri koroner kalp hastalığı için uygulanan perkütan koroner müdahale prosedürü sayısında artış görülmektedir. Perkütan koroner girişim kararı neticesinde ilaç salınlı stent kullanılmasına ya da çıplak metal stent kullanılmasına karar verildiği her iki durumda da kalp krizi geçirme, ölüm, ilaç tedavisi uygulama,

by-pass yapılması olası seçeneklerdir. Son zamanlarda, ilaç salımlı stentlerin kullanımı, çıplak metal stentlere göre çoğu ülkede artmıştır (Neyt ve diğerleri, 2009:313-327).

Avrupa Birliği ülkelerinde ilaç salımlı stentlerin CE kalite standardına sahip olması gerekmektedir. Buna ilişkin kararı Avrupa Komisyonunda oluşturulan bir Kurul vermektedir. 2007 yılı itibariyle Belçika'da 19 farklı ilaç salımlı stent CE belgesini almıştır. Aralarında Belçika'nın da olduğu bazı AB ülkelerinde tıbbi malzemenin uzun dönem etkilerine bakarak karar veren, piyasada CE belgesi alan tıbbi malzemelerin yerel otorite tarafından onaylanması gerekmektedir. Belçika'da 2003 Kasım ayında diyabetli hastalar için ilaç salımlı stentlerin geri ödemesi uygulaması başlamış ve 2004 yılı sonunda bu stentlerin kullanım oranı %23 (büyük çoğunluğunu diyabet hastaları oluşturmaktadır) olduğu tespit edilmiştir. İlaç salımlı stentler, ardından uygulanması gereken dual antiplatelet tedavinin uygulanması nedeniyle tromboz riskini azaltmaktadır. Ancak, yapılan çalışmanın sonucuna göre, ilaç salımlı stentler, revaskülarizasyonu azaltmasına rağmen maliyet tasarrufu sağlamazlar. İlaç salımlı stentlerin yaşam kalitesi (QALY) ve ölüm oranı üzerinde etkisinin bulunmadığı da ayrıca tespit edilmiştir (Neyt ve diğerleri, 2007:320).

Fransa'nın geri ödeme sistemine göre, ilaç salımlı stentler ile çıplak metal stentler, diyabetli hastalarda, damar çapı 3mm'den az ve 15 mm'den yüksek olan hastalarda damarda daralma olduğunda ve kronik total koroner oklüzyon durumunda geri ödenebilmektedir (HAS, 2009:3).

Fransa Yüksek Sağlık Kurumunun (HAS) yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre, ilaç salımlı stentler, çıplak metal düz metal stentlere göre hayatta kalma açısından bir kazanç sağlamamaktadır, klinik fayda açısından farklıdır ve fiyatının yüksek olması açısından etkinliği düşüktür.

HAS'a göre, düz metal stentlerle kıyaslandığında ilaç salımlı stentler onaylanmaktadır, ancak damarın yeniden daralma riskini azaltma açısından yüksek olmayan faydası bulunmaktadır. İlaç salımlı stentlerin sağladıkları klinik fayda en az bir yıl süren ikili antiplatelet terapisinin maliyetiyle sağlanır. Ekonomik veriler, ilaç salımlı stentlerin özellikle iki stent arasındaki fiyat farkına bağlı olarak hastanın sağlık

koşullarına ve lezyona bağlı olduğunu göstermektedir. HAS'a göre ilaç salınımlı stentler, düşük etkinliğe sahiptir ve ilaç salınımlı stentler, takıldıktan sonra antiplatelet (antitrombotik) tedavi (kandaki trombosit sayısının azaltıcı ilaç tedavisi) uygulamasını gerektirmesinden ve maliyetinden ötürü, çıplak metal stentler tercih edilmelidir. Çalışmada, diyabetli hastalarda ilaç salınımlı stentlerin etkinliği için daha çok bulgu ortaya çıkmasının beklendiği ifade edilmektedir.

Kanada'da yapılan analizlere göre ilaç salınımlı stentin yüksek risk grubundaki hastalarda kullanılmasının maliyet etkililik yönünden kabul edilebilir bir strateji olduğu görülmektedir. Söz konusu ülkede bu konuda, ülkenin en büyük iki eyaleti Quebec ve Ontario eyaletleri ile federal sağlık birimi Kanada İlaç ve Sağlık Teknolojileri Ajansı (CADTH) tarafından aşağıda değinilen çalışmalar gerçekleştirilmiştir.

Ontario Eyaleti özelinde yapılan çalışmaya göre genel olarak, ilaç salınımlı stentin diyabetli, uzun ve/veya dar lezyonlu hasta grubu için daha etkin olduğu görülmektedir.

CADTH tarafından, ilaç salınımlı stentlerin, çıplak metal stente göre revaskülarizasyon riskini azalttığı doğrulanmıştır; ancak, anılan ülkede ilaç salınımlı stentler neredeyse dört kat daha pahalıdır. Yüksek fiyat unsuru nedeniyle uygulamanın maliyet etkinliğini tespit etmek amacıyla, klinik uygulamalardan alınan veri ve tedavi yaklaşımlarına dayalı bir ekonomik model kurulmuştur. Bu modelde, tedavi merkezlerinin bir yıl içinde gerçekleştirmiş olduğu ilaç salınımlı stent ile çıplak metal stent tedavilerinin nasıl sonuçlandığı, harcanan kaynaklar ile karşılaştırılarak incelenmiştir. Ayrıca, revaskülarizasyonu önlemek için katlanılacak maliyet de göz önüne alınmıştır. Yüksek restenoz riski bulunan (tüm koroner kalp rahatsızlığı bulunan hastaların yaklaşık %40'ı) hastalarda sadece çıplak metal stentin uygulanması sonucunda bunun bütçeye mali etkisinin 37,9 milyon ABD doları olacağı; ancak, yıllık 1.169 ile 2.113 arasında daha az revaskülarizasyon vakası yaşanacağı belirlenmiştir.

Bununla birlikte, tüm koroner hastalıklarda çıplak metal stent yerine ilaç salınımlı stent kullanılırsa bunun bütçeye etkisinin 126,8 milyon ABD doları olacağı; fakat, yıllık 2.923 ile 5.283 arasında daha az revaskülarizasyonla karşılaşılacağı sonucuna ulaşılmıştır (Mittmann ve diğerleri, 2005:3).

SONUÇ

KAH, çok yaygın görülen bir kronik hastalıktır. KAH'ın tedavi yöntemleri; by-pass, balon anjiyoplasti ve koroner stent yerleştirilmesidir.

2009 Nisan-2013 Şubat döneminde stent takılan kişilere yapılan stent, tedavi ve ilaç harcama toplamı, 638,6 Milyon TL, ilaçlı stent takılan kişilerin için 332,7 Milyon TL, ilaçsız stent takılan kişiler için ise 305,9 Milyon TL'dir. Toplam maliyetin %42'sini tedavi, %30'unu stent, %28'ini ise ilaç maliyetleri oluşturmaktadır. Aynı dönemde bu kişiler için 192,1 Milyon TL olan toplam stent maliyetinin 82,5 Milyon TL'sini ilaçsız stent, 109,6 Milyon TL'sini ise ilaçlı stent oluşturmaktadır. Hasta sayısı dikkate alındığında ülke kaynaklarından stent tedavisine aktarılan tutarın yüksek olduğu görülmektedir. Stent takılan kişilerin %27'sine ilaçlı stent, %83'üne ilaçsız stent, bu kişilerin toplamının %10'una ise hem ilaçlı hem ilaçsız stent takılmıştır. 2009 Nisan-2013 Şubat döneminde stent takılan kişiler için kişi başı ilaçsız stent toplam maliyeti 1.436 TL, kişi başı ilaçlı stent toplam maliyeti 4.826 TL'dir.

Ortalama ilaç kullanılan ay süresi (ilaç kullanım süresi) ilaçlı stentte daha yüksektir. İlaçlı stent için aylık ortalama ilaç maliyeti 29 TL, ilaçsız stent için 22 TL'dir. İlaçlı stent takılanlar ilaçsız stentlilere göre stent sonrasında daha uzun süre ilaç kullanmış olup, aylık ortalama ilaç maliyetinin daha yüksek olması dikkat çekmektedir. Aylık ortalama antikoagülan ilaç maliyeti açısından ve komorbid hastalığı olanlar ile olmayanlar açısından her iki stent tedavisi arasında belirgin fark gözlemlenmemiştir.

Yapılan analiz sonucunda, ilaç salımlı stent ile ilaçsız stent takılan hastalar arasında stentten sonra kalp krizi geçirme oranı açısından belirgin bir fark görülmemiştir. İlaçlı stent takılanların %26'sı, ilaçsız stent takılanların %28'i stentten sonra (ve bir ay içinde) kalp krizi geçirmiştir.

İlaçlı stent takılanların %8'ine, ilaçsız stent takılanların %12'sine birden fazla kez stent takılmıştır. Birden fazla stent takılmada stentler arası süre aralığı, ilaçlı stent takılanlarda 7,5 ay, ilaçsız stent takılanlarda 6,5 aydır. Bu restenoz (tıkanma) oranlarına bakıldığında, ilaçlı stentin ilaçsız stente göre yaklaşık bir ay daha erken tıkanmışlığı gözlemlenmiştir.

İlaçlı stent takılanların %80'i, ilaçsız stent takılanların %86'sı stentten sonra antikoagülan ilaçları kullanmaya başlamıştır. Stentten ne kadar süre

sonra antikoagülan ilaç kullanımına başlandığı, takılan stentin tıkanma süresini gösteren önemli bir ölçüttür. İlaçlı stent takıldıktan sonra ilaç kullananların %93'ü, ilaçsız stentten sonra ilaç kullananların ise %91'i ilk bir ay içinde ilaç kullanmaya başlamıştır. Bu açıdan bakıldığında, ilaçlı stent ile ilaçsız stent arasında belirgin bir fark gözlemlenmediğinden analiz komorbid hastalıkları olan ve olmayanlar ayrımı üzerinden genişletilmiştir. Stent takılan kişilerin %99.5'inin komorbid hastalığı bulunmaktadır.

Birden fazla kez stent takılma oranı açısından iki tedavi yöntemi arasında komorbid hastalıkları olanlar ve olmayanlar için birbirine yakın sonuçlar elde edildiği için genel olarak komorbid hastalığı olanlarda olmayanlara göre çok daha fazla birden fazla kez stent takılma durumu olduğu gözlenmiştir.

İlaçlı stent takılanlar ile ilaçsız stent takılan hastalar arasında, komorbidite ayrımı yapıldıktan sonra kalp krizi geçirme oranı ve birden fazla kez stent takılma oranı açısından bir fark görülmemiştir. Ayrıca, aylık ortalama antikoagülan ilaç maliyeti açısından ilaçlı stent tedavisinin daha maliyetli olduğu ortaya çıkmıştır. Bu yüzden aynı ayrım üzerinden stentten ne kadar süre sonra antikoagülan ilaç kullanımına başlandığı ve stentten sonra ilk bir ay içinde ilaca hiç gerek duymayan hasta grubu tespit edilmiştir.

Her hasta grubunun ne kadar süre sonra ilaca başladığı takip edilmiş ve büyük kısmının ilk beş ay içinde ilaca başladığı gözlenmiştir. Komorbid hastalıkları olanlar için iki tedavi yöntemi arasındaki fark, ilk ayda antikoagülan ilaca başlayanların oranı ile ilk bir ay içinde hiç ilaca gerek duymayanların oranı açısından ortaya çıkmaktadır. İlaçlı stent takılan ve komorbid hastalığı olanların %59'u ilk bir ay içinde, %9'u ikinci ayda; ilaçsız stent takılan ve komorbid hastalığı olanların ise %63'ü ilk bir ay içinde, %9'u ikinci ayda antikoagülan ilaç kullanmaya başlamıştır. İkinci aydan itibaren, her iki tedavi yönteminde de ilaca başlayan hastaların oranının eşitlendiği görülmüştür. İlaçlı stent takılan ve komorbid hastalığı olanların %41'i, ilaçsız stent takılan ve komorbid hastalığı olanların ise daha küçük kısmı %37'sinin ilk bir ay içinde ilaç gereksinimi olmamıştır. Tüm bu sonuçlar, ilaçlı stentin komorbid hastalığı olanlarda kullanılması halinde, tıbbi olarak etkililiği artıracakını göstermektedir.

Komorbid hastalığı olmayanlar için bakıldığında, iki tedavi yöntemi arasındaki fark, ilk iki ayda antikoagülan ilaca başlayanların oranı ve ilk bir ay içinde hiç ilaca gerek duymayanların oranı açısından ortaya çıkmaktadır. İlaçlı stent takılan kişilerin %22'si ilk bir ay içinde, %3'ü ikinci ayda, ilaçsız stent takılan komorbid hastalığı olmayanların ise %17'si ilk bir ay içinde, %2'si ikinci ayda ilaç kullanmaya başlamıştır. Komorbid hastalığı olmayanları incelediğimizde, ilaçlı stent takılanların %78'i ilk bir ay içinde, ilaçsız stent takılanların ise daha büyük bir kısmı (%83)'ü ilk bir ay içinde ilaca gerek duymamıştır. Bu durum, komorbid hastalığı olmayanlarda ilaçsız stent kullanımının daha iyi sonuç verdiği şeklinde değerlendirilmektedir.

Analizle elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlılık testiyle kontrol edilmiştir.

Stent takılan kişilerden komorbid hastalığı olanların hastalıklarının dağılımına bakılmıştır. Bu kişilerin %69'unun diyabeti, %27'sinin hipertansiyonu, %22'sinin kalp yetmezliği, %12'sinin böbrek yetmezliği bulunmaktadır.

Literatür araştırmasında, seçilmiş ülke uygulamalarına bakıldığında, stentlerin geri ödemesiyle ilgili farklı koşullara göre değişen durumlar olduğu görülmektedir. Örneğin; diyabetli hastalar, küçük damarlı hastalar ile damar çapı 3 mm'den az ve 15 mm'den yüksek olan hastalar gibi yüksek risk grubundaki hastalarda damarda daralma olduğunda ilaçlı stentin geri ödemesi mümkün olmaktadır.

İlaçlı stent tedavisi; stent, tedavi ve ilaç maliyetleri açısından ilaçsız stente göre daha yüksek maliyetlidir. Ancak, komorbid hastalığı olanlarda ilaçlı stent kullanımının, komorbid hastalığı olmayanlarda ise ilaçsız stent kullanımının stentin tıkanmasını geciktirdiği bulgusuna ulaşılmıştır.

Karar ağacı ile maliyet etkililik analizi yapılmıştır. İlaç salımlı stentlerin ilaçsız stentlere göre maliyet etkili olmadığı sonucu bulunmuştur. Daha detaylı bir maliyet etkililik analizi için komorbid hastalıklar bazında QALY değerlerinin bulunması gerekmektedir. SGK veri ambarında ölüm nedeni bilgisi olmadığı için bu veri analize dahil edilmemiş olup, bundan sonra yapılacak çalışmaların kapsamını genişletmesi açısından ölüm nedeni bilgisinin kayıtlarının tutulması önemlidir.

Mevcut mevzuat itibarıyla her iki stent tedavisi her durumda SGK tarafından karşılanmaktadır. İlaçlı stentin sağladığı fayda ve mevcut maliyeti çerçevesinde yapılan analizin neticesinde, ilaçlı stentin ilaçsız stente göre maliyet etkili olmadığı gözlemlenmiştir. Bu husus veri iken, uluslararası çalışmalar ve literatür dikkate alınarak yüksek risk grubu hastalarda (küçük damarlı hastalar ile damar çapı 3 mm'den az ve 15 mm'den yüksek olan hastalar) ve/veya belirli komorbid hastalıklar için (diyabet, hipertansiyon, böbrek yetmezliği ve kalp yetmezliği hastalıkları olanlarda) ilaçlı stent ödemesinin Kurum tarafından yapılmaya devam edilmesi; bununla birlikte, bahsi geçen risk grubu ve komorbidetelere özgü detaylı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynakça

- Akdağ, Recep “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu” (2003-2010), Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.
- Bagust, Adrian; Greyson A. D., Palmer N. D., Perry R. A. ve T. Walley “Cost Effectiveness of Drug-Eluting Coronary Artery Stenting in a UK Setting: Cost-Utility Study”, *Heart Journal*, Cilt:92, Sayı:1, 2006.
- Baim, Donald S., “Grossman’s Cardiac Catheterization, Angiography and Intervention, Lippincott Williams & Wilkins”, Boston, 2006.
- Bowen, James; Hopkins Robert, He Yaohua, Bcoom Gord Blackhouse, Lazzam Charles, Tu Jack, Cohen Eric, Tarride Jean-Eric ve Ron Goeree “Systematic Review and Cost-Effectiveness Analysis of Drug Eluting Stents Compared to Bare Metal Stents for Percutaneous Coronary Interventions in Ontario”, Interim Report Prepared for the Ontario Ministry of Healty & Long-Term Care, Report No: HTA002-0512, 2005.
- Brophy, James M. ve Lonny J. Erickson “Cost Effectiveness of Drug-Eluting Coronary Stents in Quebec, Canada”, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Cilt: 21, Sayı:3, Temmuz 2005.
- Drummond, Michael F.; Sculper Mark J., Torrance George W., O’Brien Bernie J. ve Greg L. Stoddart (2006) “Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes”, *Oxford University Press Inc.*, New York, 2006, s. 124.
- Eisenberg, J. Mark “Drug-Eluting Stents: The Price is not Right”, American Heart Association, 2006.
- Ekman, Mattias; Sjögren, Iwar ve Stefan James, “Cost Effectiveness of the Taxus Paclitaxel-Eluting Stent in the Swedish Health Care System”, *Scandinavian Cardiovascular Journal*, Cilt. 40, Sayı.1, Şubat 2006, s. 17-24.
- EUNET HTA (2008), “Core HTA on Drug Eluting Stents, Work Package 4”, *Avrupa Komisyonu*, Aralık 2008, s. 67-73, Finlandiya.

Food and Drug Administration (FDA) "Many New Heart Devices, Such as Valves and Stents, are Approved for use by the US Food and Drug Administration Without Good Studies Showing That They Offer Any Benefits Beyond Existing Treatments, According to a New Study", Monday Morning, Cilt: 20, Sayı: 43, Kasım 2012.

Gisela Kobelt, *Health Economics: An Introduction to Economic Evaluation*, Office of Health Economics, Londra, Mart 2002, s. 9-23.

Groeneveld Peter; Matta Peter, Matta Anne, Greenhut P. Alexis ve Feifei Yang "The Costs of Drug-Eluting Coronary Stents Among Medicare Beneficiaries", *American Heart Journal*, Cilt: 155, Sayı: 6, s.1097.

HAS, Assessment of Drug-Eluting Stents, Medical Device and Health Strategies Assessment Department, Fransa, 2009.

Mittmann Nicole "Economic Evaluation of Drug Eluting Stents-Technology Report No 53", Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, Ottawa, 2005, s. 3.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2009), "Drug Eluting Stents for the Treatment of Coronary Artery Disease", *NICE Technology Appraisal Guidance 152*, 2009, s.5.

Nice, Drug Eluting Stents for the Treatment of Coronary Artery Disease, Nice Technology Appraisal Guidance 152, 2008.

Neyt, Mattias; Brabant Hans Van, Devriese Stephan, Mahieu Joris (UA), De Ridder Annemieke (UA), De Graeve Diana (UA) ve Chris De Laet "Drug Eluting Stents in Belgium: Health Technology Assessment", the Belgian Health Care Knowledge Centre, 2007.

Neyt, Mattias; De Laet Chris, De Ridder Annemieke and Hans Van Brabant "Cost Effectiveness of Drug-Eluting Stents In Belgian Practice: Healthcare Payer Perspective", *Pharmacoeconomics*, Cilt: 27, Sayı: 4, 313-327, Nisan 2009.

Normand, Charles ve Axel Weber, *Social Health Insurance: A Guide Book For Planning*, World Health Organization, 1994.

Amin, Amit P. ve diğerleri, "Use of Drug-Eluting Stents as a Function of Predicted Benefit", *JAMA International Medicine*, Cilt:172, Sayı: 15, Ağustos 2012, s. 1143.

Serruys, Patrick W., Anthony H. Gershlick, "Handbook of Drug-Eluting Stents", Taylor and Francis Group, Global, 2005.

Smith, Sidney C.; Feldman Ted E., Hirsfeld John W., Jacobs Alice K., Kern Morton J., King Spencer B., Morrison Douglas A., O'Neill William W., Schaff Hartzell V. ve Patrick L. Whirlow "Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention-Summary Article: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines", *American Heart Association Journals*, Cilt:113, Sayı:1, 2006.

Sosyal Güvenlik Kurumu Veri Ambarı MEDULA Sistemi (2013), 2009-2013 Dönemi Stent, MI, Antikoagülan İlaç ve Komorbidite Verileri, 2013, Ankara.

Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, "Kadın Kalbinde Kırmızı Alarm Sonuç Raporları", *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, Cilt.38, 2010, s.9-10.

Vasarwala Samip ve diğerleri, "Comparison of Bare-Metal Stents and Drug-Eluting Stents in Coronary Ostial Lesions (from the National Heart, Lung, and Blood Institute Dynamic Registry)", *Amerika Kardiyoloji Dergisi*, Cilt: 110, Sayı: 8, 15.10.2012.

Yeh, Robert W.; Normand Sharon-Lise T., Wolf Robert E., Jones Philip G., Ho Kalon KL, Cutlip Donald E., Mauri Laura, Kugelmass Aaron D., Amin Amit P. ve John A. Spertus "Predicting the Restenosis Benefit of Drug-Eluting Versus Bare Metal Stents in Percutaneous Coronary Intervention", American Heart Association, 2011 [http://en.wikipedia.org/wiki/Canadian_Agency_for_Drugs_and_Technologies_in_Health]

SGD YAYIN İLKELERİ

1. Sosyal Güvenlik Dergisi altı aylık periyotlarla yılda iki kez yayımlanır.
2. Sosyal Güvenlik Dergisi, Sosyal Güvenlik Kurumunun faaliyet alanına, sosyal güvenlik, sosyal politika ve endüstri ilişkileri disiplinine katkısı olabilecek her alanda çalışmalara yer vererek, ülkemizin düşünsel birikimine katkıda bulunmak, toplumda sosyal güvenlik ve sosyal politika bilincini geliştirmek, geleceğe dönük hedef ve beklentileri ortak bir noktada buluşturmak amacıyla yayımlanmaktadır.
3. Dergiye gönderilen yazılar başka bir yerde yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır. Yazıların uzunluğu yazım kurallarında belirtilen formatta kaynakça hariç en az 5.000 en fazla 8.000 sözcük olmalıdır.
4. Yazılar yayımlanmak üzere kabul edildiği takdirde, SGD elektronik ortamda tam metin olarak yayımlamak da dâhil olmak üzere, tüm yayın haklarına sahip olacaktır. Yayımlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yazı ve tablolardan bilimsel amaçlarla kullanılmak şartıyla kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.
5. Yazılar Sosyal Güvenlik Dergisi'ne e-posta olarak gönderilecektir. SGD'ye gönderilen yazıların yazım bakımından son denetimlerinin yapılmış olduğu, yazı için "basıla" verildiği kabul edilecektir. Teslim edilen metinde yazım yanlışlarının olmasının üzerinde olması yazının geri çevrilmesi için yeterli görülecektir. Yazarın adı-soyadı, kısa özgeçmiş, çalıştığı kurum varsa akademik unvanı, açık adresi, elektronik posta adresi ve telefon numarası ayrı bir sayfada gösterilecektir.
6. Dergiye gönderilen yazılar önce Yayın Kurulunca dergi ilkelerine uygunluk açısından incelenir. Uygun görülmeyenler düzeltilmesi için yazarına iade edilir. Düzeltme yapılmış yazılar en geç 2 ay içerisinde Yayın Kuruluna geri gönderilmelidir. Değerlendirme için uygun bulunanlar ilgili alanda iki bağımsız hakeme gönderilir. Hakemlerin ismi gizli tutulur ve raporlar beş yıl süreyle saklanır. Hakem raporlarından biri olumlu biri olumsuz olursa üçüncü hakeme gönderilebilir veya Yayın Kurulu, hakem raporlarını inceleyerek nihai kararı verir. Yazıların değerlendirilmesi sürecinde "kör çift hakem" sistemi uygulanır.
Dergide yayımlanmayan yazılar iade edilmez.
7. SGD'de de Türkçe ve İngilizce dillerinde yazılmış yazılar yayımlanır. Yazı bu dillerden hangisinde yazılmış olursa olsun en az 150 en çok 200 sözcükten oluşan Türkçe ve İngilizce özetler de yazının sonuna eklenerek gönderilecektir. Aynı şekilde, hangi dilde yazılmış olursa olsun yazının başlığının Türkçe ve İngilizce olarak yazıya eklenmesi, ayrıca yine Türkçe ve İngilizce olarak en az 3, en fazla 5 anahtar sözcüğün belirtilmesi gerekmektedir.
8. SGD'de de "yargı kararı incelemeleri"ne yer verilebilir.
9. Yazarlara "Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Ödenecek Telif ve İşleme Ücretleri Hakkında Yönetmelik" çerçevesinde telif ücreti ödenecektir.
10. Yazara yazının yayımlandığı dergiden 5 adet gönderilecektir.
11. SGD'ye yazı gönderenler Sosyal Güvenlik Dergisi yazı yayımlama ilkelerini kabul etmiş sayılırlar.

II. Yazım Kuralları

1. Yazı, word formatında, 1,5 satır aralığında, ana bölümlerine 12 punto; dipnot, özet, kaynakça, tablo gibi bölümlerinde ise 10 punto harf büyüklüğünde ve (Times New Roman) karakterinde yazılmalıdır.
2. Yazar tarafından yazıda yer alması istenilen görsel malzeme basım tekniklerine uygun olmalıdır.
3. Tablolar ve şekiller metin içinde yer almalıdır. Bütün tablolar ve şemalara başlık ve sıra numarası verilmelidir. Denklemlere de ayrıca sıra numarası verilmeli ve sıra numarası parantez içinde sayfanın sağ tarafında yer almalıdır.
4. Tablolar ve şekiller ayrıca “Excel” formatında gönderilmelidir.
5. Yazının giriş ve sonuç bölümlerine numara verilmemelidir. İzleyen bölümler yalnızca ilk harfleri büyük olacak şekilde numaralandırılmalıdır.

III. Yollamalar, Dipnot ve Kaynakça

Yazar dipnot yerine metin içinde yollama yapmayı tercih edebilir. Metin içinde yollama yapılması halinde yollamalar parantez içinde gösterilecektir. Metin içinde yapılacak yollamalar ayrıca içinde gösterilecektir. Kaynakça da bu yollama sistemine uygun olarak hazırlanacaktır. Aşağıda farklı nitelikteki kaynakların metin içindeki yollamalarda ve kaynakçadaki yazılış biçimleri örneklerle gösterilmiştir:

a) Tek Yazarlı Kitaplar ve Makaleler:

Metin içindeki yollamada (kitap):
(ARICI, 1999: 26).

Aynı yazarın, aynı yıl birden fazla eserine yollama yapılması durumunda:
(ARICI, 1999a: 35, 1999b:40).

Kaynakçada:

Arıcı, Kadir (1999a) *Sosyal Güvenlik Dersleri*, (Ankara: Basımevi/Yayınevi Adı)

Arıcı, Kadir (1999b) *Kitap Adı*, (Ankara: Basımevi/Yayınevi Adı)

Metin içindeki yollamada (makale):

(Alper, 1997: 10).

Kaynakçada:

Alper, Yusuf (1997) “Sosyal Güvenlik ve Emeklilik Yaşının Tespiti”, *Dergi Adı*, Cilt, Sayı, sayfa aralığı.

b) İki Yazarlı Kitaplar ve Makaleler:

Metin içindeki yollamada (kitap):
(Tuncay ve Ekmekçi, 2011:188).

Kaynakçada:

Tuncay, Can ve Ömer Ekmekçi (2011) *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*, (İstanbul: Basımevi/Yayınevi Adı)

Metin içindeki yollamada (makale):

(Tiryaki ve Tatar, 2000:125).

Kaynakçada:

Tiryaki, Derya ve Mehtap Tatar (2000) “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (1),103-132.

c) İki'den Çok Yazarlı Kitaplar ve Makaleler:

Metin içindeki yollamada (kitap):

(Fişek, Özşuca vd., 1998:98).

Kaynakçada:

Fişek, Gürhan; Özşuca, Şerife Türcan ve Mehmet Ali Şuğle (1998) *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996*, Ankara: Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, Sosyal Sigortalar Kurumu Yayın No: 598.

İki'den çok yazarlı makaleler de yukarıdaki örneğe göre kaynakçada yer alacak ve yollamalar da bu örneğe göre yapılacaktır.

d) Derleme Yayınlar İçinde Yer Alan Makaleler:

Metin içindeki yollamada:

(Riddell, 1994:53).

Kaynakçada:

Riddell, Peter (1994) "Major and Parliament," *The Major Effect*, (Ed: Dennis Kavanagh ve Anthony Seldon), London: Macmillan, 46-63.

Metin içindeki yollamada:

(Üstündağ ve Yoltar, 2007: 73-76).

Kaynakçada:

Üstündağ, Nazan ve Çağrı Yoltar (2007) "Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü, Bir Devlet Etnografisi", *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar* (Derleyenler: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar), İstanbul: İletişim Yayınları, 55-9.

e) Kurum Yayınları:

Metin içindeki yollamada:

(Sosyal Güvenlik Kurumu, 2012: Sayfa No).

Kaynakçada:

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2012) *Avrupa Birliğinde Sosyal Güvenlik*, Ankara.

f) İnternet Kaynakları:

Metin içindeki yollamada:

(Makal, 2006).

Kaynakçada:

Makal, Ahmet (2006) "Zonguldak ve Türkiye Toplumsal Tarihinin Acı Bir Deneyimi Olarak İş Mükellefiyeti", [<http://80.251.40.59/politics.ankara.edu.tr/makal/ZOKEV.pdf>] (05.02.2013).

Metin içindeki yollamada:

(SGK, 2012).

Kaynakçada:

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2012) *Ev Kadınlarına Sağlanan Farklı Sigortalılık Şartları ve Emeklilik İmkânı* (20.12.2012), [<http://www.sgk.biz.tr/evkadinlarinasaglanan-farklisisgortalilik-sartlari-ve-emeklilik-imbani/>] (10.07.2013).

g) Bunların dışında adı uzun çeşitli resmi yayınlara ya da mevzuata metin içinde yapılacak yollamalarda kısaltmalar kullanılmalıdır. Örneğin Devlet Memurları Kanunu için DMK, Ateşli Silahlar ve Bıçaklar Hakkında Kanun için ASBHK gibi.

h) Yollamalar dışındaki açıklamalar için dipnot kullanılmalıdır.