

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi

Cilt:3 Sayı:2 Yıl:2021 ISSN:2057-5888

**SDU Healthcare
Management**

Journal

ISSN:2057-5888

Cilt:3 Sayı:2 Yıl:2021

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2021

Cilt / Volume: 3

Sayı / Issue: 2

Derginin Sahibi / Owner of the Journal

Prof. Dr. Ramazan ERDEM
(Süleyman Demirel Üniversitesi Adına / On Behalf of Süleyman Demirel University)

Editör / Managing Editor

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Erdal EKE

Editör Yardımcıları / Editorial Assistants

Arş. Gör. Dr. / Res. Asst. Dr. Dilruba İZGÜDEN
Arş. Gör. Dr. / Res. Asst. Dr. Merve KİŞİ
Arş. Gör. Dr. / Res. Asst. Dr. Selin KALENDER

Yabancı Dil Editörü / Foreign Language Editor

Arş. Gör. Dr. / Res. Assist. Dr. Merve KİŞİ

Kapak Tasarımı / Cover Design

Durmuş Ali GÜRTOKLU
(SDÜ Kurumsal İletişim Merkezi Grafik Tasarım Bölümü)

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Mehmet GENÇTÜRK
Süleyman Demirel Üniversitesi
Prof. Dr. Belma KEKLİK
Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Vahit YİĞİT
Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Aygen OKSAY
Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ
Süleyman Demirel Üniversitesi

Doç. Dr. Üyesi. Arzu YİĞİT
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Aynur TOROMAN
Süleyman Demirel Üniversitesi

Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. Sıdıka KAYA
Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA
Erciyes Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI
İstinye Üniversitesi
Prof. Dr. Haydar SUR
Üsküdar Üniversitesi
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşegül KAPTANOĞLU
Beykent Üniversitesi

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
Atılım Üniversitesi
Prof. Dr. Nilgün SARP
İstanbul Bilgi Üniversitesi
Prof. Dr. Mahmud KHAN
University of South Carolina
Prof. Dr. Motasem HAMDAN
Al-Quds University
Assoc. Prof. Dr. Amir Hossein TAKIAN
Tehran University

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2021

Cilt / Volume: 3

Sayı / Issue: 2

Amaç / Aim

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nün yayın organıdır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, sağlık yönetimi alanındaki ulusal ve uluslararası gelişmelerin takip edilmesi, sağlık yönetimi odaklı akademik yayınları içermesi ve alanla ilgili nitelikli ve güncel bir kaynak oluşturması başta olmak üzere çeşitli amaçlarla yayın hayatına başlamıştır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, hakemli ve yılda iki kez yayınlanan süreli bir yayındır.

Kapsam / Scope

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, iktisadi ve idari bilimler ile ilgili tüm konularda Türkçe veya İngilizce hazırlanmış araştırma makaleleri, derleme makaleler ve olgu sunumlarını kabul etmektedir. Dergi Haziran ve Aralık aylarında olmak üzere yılda iki sayı olarak yayımlanmaktadır. Dergiye gönderilen makalelerden değerlendirme ücreti ve başvuru ücreti alınmamaktadır. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları yönetimi, sağlık politikası ve planlaması, sağlık ekonomisi, sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi, sağlık hizmetlerinde pazarlama, üretim, finansman ve kalite yönetimi, hastane işletmeciliği, sağlık kurumlarında muhasebe-finance, sağlık hukuku, halk sağlığı ve epidemiyoloji başta olmak üzere sağlık yönetimi alanındaki konularda yazılmış araştırma, derleme, gözlem ve görüş, bildiri, rapor, çeviri ve duyuru türündeki Türkçe ve İngilizce bilimsel yazılar yayımlanmaktadır.

İletişim Adresi / Contact Info

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi
Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Doğu Kampüsü, 32260, Çünür, Isparta / TURKEY
<http://dergipark.gov.tr/sdusyd>
<http://saglikyonetimibolumudergisi@sdu.edu.tr>
+90 246 2110568

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2021

Cilt / Volume: 3

Sayı / Issue: 2

Hakem Kurulu / Referee Board

- | | |
|---|---|
| Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Gökhan ABA
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi | Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Aynur TORAMAN
Süleyman Demirel Üniversitesi |
| Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Arzu YİĞİT
Süleyman Demirel Üniversitesi | Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Şerife GÜZEL
Selçuk Üniversitesi |
| Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Aslı METİN
Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi | Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Hamdi MÜCEVHER
Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi |
| Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Nur Perihan TOSUN
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi | Arş. Gör. Dr. / Res. Asst. Dr. Dilek KOCABAŞ
Akdeniz Üniversitesi |
| Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Fatih BUDAK
Kilis 7 Aralık Üniversitesi | Arş. Gör. Dr. / Res. Asst. Dr. Durmuş GÖKKAYA
Yozgat Bozok Üniversitesi |

Liste dergimizin bu sayısında yayınlanan makaleleri değerlendiren hakemlerden oluşmaktadır. Hakemlerimize dergimize yapmış oldukları katkıdan dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Derleme Makalesi / Review Article

Dr. Öğr. Üyesi Kazım BAŞ
Prof. Dr. Haydar SUR

Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon ve Türkiye'deki Uygulamaları
Decentralization in Health Services and its Applications in Turkey

79-97

Derleme Makalesi / Review Article

Uzm. Ömer TAŞKIN

Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi: İkinci Basamak Uygulamaları
Performance Management in Healthcare Institutions: Second Stage Applications

98-115

Derleme Makalesi / Review Article

Merve TAVUKCU
Doç. Dr. Erdal EKE

Covid-19 Pandemi Yönetim Süreci: Türkiye Perspektifi
Covid-19 Pandemic Management Process: Turkey Perspective

116-133

Derleme Makalesi / Review Article

Uzm. Hem. Dilek ÇALIŞKANER

Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Profesyonellik, Etik Davranışlar, Liderlik ve Teknolojinin Etkisi
The Effect of Professionalism, Ethical Behaviors, Leadership and Technology on Nursing Services Management

134-148

YAYIN İLKELERİ

1. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, altı ayda bir ve gerektiğinde özel sayı olarak yayınlanır. Derginin yayın dili Türkçe olup gerektiğinde İngilizce yazılara da yer verilebilir.
2. Dergiye iktisadi ve idari programlar ile ilgili tüm konularda bilimsel ve özgün makaleler gönderilebilir.
3. Dergiye gönderilen makaleler başka bir yerde yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır.
4. Makaleler Türkçe veya İngilizce dillerinde yazılmış olmalıdır.
5. Makaleler yazım kurallarımıza uygun bir şekilde hazırlanarak sisteme yüklenmelidir. Yazarlar; unvanlarını, görev yaptıkları kurumları ve iletişim bilgilerini sisteme eksiksiz bir şekilde eklemelidir.
6. Çalışmalarını gönderen yazarlar; makalede hiçbir şekilde intihal yapmadığını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmaktadır.
7. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır.
8. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler ilk olarak intihal programından geçirilmektedir. Benzerlik indeksi oranı yüksek olan makaleler değerlendirme sürecine alınmadan reddedilmektedir.
9. Makaleler içerik ve biçim açısından incelenmek üzere en az iki hakeme gönderilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmemektedir. Hakem raporlarından biri olumlu, diğeri olumsuz olduğu takdirde, editör makaleyi üçüncü hakeme gönderilebilir veya hakem raporları çerçevesinde nihai kararı verebilir.
10. Hakemlerden gelen değerlendirme raporları doğrultusunda makalenin yayınlanmasına, yazardan düzeltme istenmesine ya da makalenin geri çevrilmesine karar verilecektir. Yazardan düzeltme istenmesi durumunda, düzeltmenin en geç üç ay içinde yapılarak dergimize ulaştırılması gerekmektedir.
11. Yazım yanlışlarının çok fazla olması, bilimsellik şartlarına uyulmaması makalenin geri çevrilmesi için yeterli görülecektir.
12. Yayınlanmayan makaleler yazarına geri gönderilmeyecektir.
13. Dergide yayınlanan makalelerdeki görüşler derginin görüşleri değildir. Tüm sorumluluk yazarına aittir.
14. Dergide yayınlanan makalelerin her hakkı saklıdır. Derginin ismi olmadan hiçbir şekilde çoğaltılamaz.
15. Dergide yayınlanan makalelerin yazarlarına nakit olarak telif ücreti ödenmez.
16. Yayın ilkelerine uygun olmayan makaleler hakem değerlendirme sürecine alınmayacaktır.

YAYIN ETİĞİ

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi yayın etiği konusunda COPE (Committee on Publication Ethics) ve ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) tarafından belirlenen yayın etiği ilke, standart ve tavsiyelerini gözetmektedir. Buna göre kabul edilen etik standartlara uygun olmayan tüm makaleler yayından çıkarılır. Yayından sonra tespit edilen olası kuraldışı, uygunsuzluklar içeren makaleler de buna dahildir. Yayın etiği kapsamında tüm paydaşların özetle aşağıdaki etik sorumlulukları taşıması beklenmekte olup, her türlü etik vakası COPE kuralları gereğince değerlendirmeye tabi tutulacaktır.

Yazarların Etik Sorumlulukları:

- Yazarlar dergiye gönderdikleri makaleleri başka bir yerde yayınlamamış ya da yayınlanmak üzere göndermemiş olmalıdır.
- Yazarlar makalelerinde kullandıkları tüm alıntılara kaynak göstermiş olmalıdır.
- Yazarlar makalenin kendi çalışmaları olduğunu, hiçbir şekilde intihal yapmadıklarını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmalıdır.
- Yazarlar makaleye bilimsel katkı verdiklerini garanti etmeli ve tüm yazarların makale üzerinde eşit sorumluluğa sahip olduğu bilinmelidir.
- Sorumlu yazar makalede adı geçen tüm ortak yazarların yayına ve ortak yazar olarak adlandırılmaya razı olduğunu garanti etmelidir. Çalışmaya önemli katkılar sağlayan tüm kişiler ortak yazar olarak adlandırılmalıdır. Bunun dışındaki kişilere teşekkür kısmında yer verilmelidir.
- Yazarlar gönderdikleri çalışmaları destekleyen kuruluşları, finansal kaynakları veya çıkar çatışmasını beyan etmekle yükümlüdür.
- Yazarlar gerekli görülmesi halinde makalede yer alan veri setlerine ulaşım imkânı sağlamalıdır.

Hakemlerin Etik Sorumlulukları:

- Araştırmayı incelemek için yeterli nitelikte olmayan veya makaleyi hızlı bir şekilde değerlendirmesinin imkânsız olacağını bilen seçilmiş herhangi bir hakem, editöre bu durumu bildirmeli ve inceleme sürecinden mazurunu istemelidir.
- Hakemler kendilerine ulaşan makaleleri gizli tutmak ve hakemlik sürecinden elde ettikleri bilgileri kişisel menfaatleri için kullanmamakla yükümlüdürler.
- Hakemler raporlarını veya makale hakkındaki bilgileri başkalarıyla paylaşmamalıdır ve editörün izni olmadan yazarlarla doğrudan iletişim kurmamalıdır.
- Hakemler makaledeki potansiyel etik meseleler konusunda özenli olmalı ve bunları editörün dikkatine sunmalıdır. Buna, değerlendirmedeki makale ile hakemin kişisel bilgi sahibi olduğu herhangi başka bir yayınlanmış çalışma arasındaki özlü benzerlik ve örtüşme dâhildir.
- Hakemlik nesnel bir şekilde yapılmalıdır. Yazarlara dair kişisel eleştirilerde bulunulmamalı, değerlendirmeler yapıcı, dürüst ve kibar olmalıdır.
- Hakemler yazarlarından herhangi biriyle rekabetçi, işbirlikçi veya başka türlü bir ilişki veya bağlantıdan kaynaklanabilecek potansiyel bir çıkar çatışmasına sahip olduğu bir makaleyi değerlendirmeyi kabul etmeden önce editöre danışmalıdır.

Editör Kurulunun Etik Sorumlulukları:

- Dergide hangi makalelerin yayınlanacağına karar vermek editör kurulunun sorumluluğundadır. Yazarların makalelerini değerlendiren editör kurulu; ırk, cinsiyet, cinsel yönelim, dini inanç, etnik köken, vatandaşlık ya da politik felsefelerinden bağımsız olarak değerlendirme yapmalıdır. Alınacak karar, makalenin doğruluğu, geçerliliği ve önemi ile derginin kapsamının uygunluğuna dayanmalıdır. İftira, telif hakkı ihlali ve intihal ile ilgili mevcut yasal gereklilikler de dikkate alınmalıdır.
- Editör veya herhangi bir editör kurulu üyesi, ilgili yazar, hakemler, potansiyel hakemler, diğer editör danışmanları ve yayıncılardan başka kimseye bir makale hakkında bilgi ifşa etmemelidir.
- Sunulan bir makalede açıklanan yayınlanmamış malzemeler, yazarın açık yazılı izni olmaksızın editörün veya editör kurulunun kendi araştırmalarında kullanılmamalıdır.

YAZIM KURALLARI

1. Makaleler “Office Word” programında A4 boyutlarında hazırlanmalıdır.
2. Makalelerin uzunluğu dergi formatında 30 sayfayı geçmemelidir.
3. Sayfa düzeni; Üst: 3 cm, Alt: 3 cm, Sol: 4 cm ve Sağ: 2,5 cm olmalıdır.
4. Makaleler 11 punto ve “Times New Roman” karakteri ile tek satır aralığı kullanılarak yazılmalıdır. Yazımda, virgül ve noktalardan sonra bir karakter ara verilmelidir.
5. Paragraflarda başlangıç girintisi kullanılmamalı, paragraftan önce ve sonra ise 6nk boşluk bırakılmalıdır. Paragraflar arasında ilave boş satır bırakılmamalıdır.
6. Makalenin ilk sayfasında 11 punto olarak Türkçe ve İngilizce başlık, 9 punto olarak 150 kelimeyi geçmeyecek Türkçe ve İngilizce özet ile en az 3 en fazla 5 tane olmak üzere Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler bulunmalıdır.
7. Yazarın unvanı ile ad ve soyadı, 10 punto olarak makale başlığının sağ altında belirtilmelidir. Aynı sayfanın dipnotlar için ayrılan kesim çizgisinin altında ise 8 punto olarak yazarın görev yeri ve e-mail adresi gösterilmelidir.
8. Makalede ana başlıklar ve alt başlıklar kalın (bold) ve sola yaslı (girintisiz) olarak 1., 1.1., 1.1.1., 1.1.2., 1.1.2.1. gibi ondalıklı şekilde numaralandırılmalıdır. Ana başlıkların bütün harfleri büyük yazılmalı, alt başlıkların ise sadece baş harfleri büyük yazılmalıdır. Ana başlıklardan önce 1 satır boşluk bırakılmalı, başlık sonrasında ise boşluk bırakılmamalıdır. Alt başlıkların ise hem öncesinde hem de sonrasında herhangi bir satır boşluğu bırakılmamalıdır.
9. Makale içindeki tüm tablo, şekil ve grafikler metnin uygun yerlerinde ardışık olarak numaralandırılmış bir şekilde sayfaya ortalı olarak gösterilmelidir. Her tablo, şekil veya grafiğe bir başlık verilmelidir. Başlık; tablo, şekil veya grafiğin üstünde, sayfaya ortalı, yalnızca kelimelerin baş harfleri büyük olacak şekilde ve 10 punto olarak yer almalıdır. Tablo, şekil ve grafik içindeki metin 8-10 punto aralığında olmalıdır. Tablo, şekil veya grafikler yukarıda verilen sayfa yapısına (sayfa marjlarını aşmayacak şekilde) uygun olmalıdır.
10. Dergiye gönderilecek başvurularda aşağıdaki kurallar göz önüne alınacaktır.

KİTAP

Tek Yazarlı Kitap

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.
Dağ, R., (2007), Kırsal Kalkınma Siyaseti, 2. Baskı, Ankara: Dipnot Yayınları.

İki -Altı Yazarlı Kitap

Uyarı: İki- altıya kadar (altı yazar da dâhil) yazarı olan kitaplarda tüm yazarlar kaynakçada gösterilmelidir.

Birinci Yazar Soyadı, Birinci Yazar isminin baş harf(ler)i., İkinci Yazar Soyadı, İkinci Yazar isminin baş harf(ler)i. ve Üçüncü Yazar Soyadı, Üçüncü Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Üçok, C., Mumcu, A. ve Bozkurt, G., (2008), Türk Hukuk Tarihi, 3. Baskı, Ankara: Turhan Kitabevi.

Not: İngilizce yayınlarda “ve” yerine “and” kullanılmalıdır.

Yedi ve Daha Fazla Yazarlı Kitap

Altıncı yazara kadar (altıncı yazar da dâhil) tüm yazarlar kaynakçaya yazılarak altıncı yazardan sonra Türkçe kitaplarda “vd.” İngilizce kitaplarda “et al.” kısaltması yapılmalıdır.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i. vd., (yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Erdem, R., Alkan, A., Yılmaz, N., Çelik, R., Akkaş, E., Erdem, İ. vd., (2018), Sağlık Kurumlarına Sosyolojik Bakış, 1. Baskı, Isparta: Hayal Yayınları.

Not: İngilizce yayınlarda “vd.” yerine “et al.” kullanılmalıdır.

Editörlü Kitap

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), “İçerideki makalenin veya bölümün adı”, içinde Editörün İsmi'nin Baş Harf(ler)i. Editör Soyadı (Ed.), Kitabın Adı, (ss. Makale veya bölümün sayfa aralığı), Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Çarıkcı, İ. H. ve Arslan, E. T., (2010), “Türk Yönetim Geleneğinde Kayırmacılığın Tarihi Seyri”, içinde R. Erdem (Ed.), Yönetim ve Örgüt Açısından Kayırmacılık, (ss. 27-39), 1. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları.

Not: Editör ikiden fazlaysa ikinci yazardan sonra “vd.” kısaltması yapılmalıdır.

Çeviri Kitap

Uyarı: Çeviri kitaplarında metin içerisinde ve kaynakçada kitabın orijinalinin hangi yılda yayımlandığı belirtilmelidir.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), Kitap Adı, (Çev. Kitabı Çeviren Yazarın İsmi'nin Baş Harf(ler)i. Yazarın Soyadı), Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi

Neiman, S., (2006), Modern Düşüncede Kötülük, (Çev. A. Sargüney), 1. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Orijinal Baskı: 1999)

Not: Metin içi: (Neiman, 1999/2006: 155).

Bildiri Kitabı

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Bildirinin adı”, içinde Editörün İsmi'nin Baş Harf(ler)i. Editör Soyadı (Ed.), Kongrenin Adı, (ss. Bildirinin sayfa aralığı), Yayın Yeri: Yayınevi.

Atman, Ü., (2010), “Kalite, Hastane Yönetimi ve Liderlik”, içinde H. Kırılmaz (Ed.), II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, (ss. 80-88), Ankara: Bakanlık Yayınları

MAKALE

Tek Yazarlı Makale

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Pazarlıoğlu, M. V., (2007), “İzmir Örneğinde İç Göçün Ekonometrik Analizi”, Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 14(1): 121-135.

Stouffer, S. A., (1940), “Intervening Opportunities: A Theory Relating Mobility and Distance”, American Sociological Review, 5(6): 845-867.

İki -Altı Yazarlı Makale

Uyarı: İki'den altıya kadar (altı yazar da dahil) yazarı olan makalelerde tüm yazarlar kaynakçada gösterilmeli, son yazarın soyadından önce Türkçe makalelerde “ve” yabancı makalelerde “and” konulmalıdır.

Birinci Yazar Soyadı, Birinci Yazar isminin baş harf(ler)i., İkinci Yazar Soyadı, İkinci Yazar isminin baş harf(ler)i., Üçüncü Yazar Soyadı, Üçüncü Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Koçak, Y. ve Terzi, E., (2012), “Türkiye’de Göç Olgusu, Göç Edenlerin Kentlere Olan Etkileri ve Çözüm Önerileri”, Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3(3): 163-184

Pissarides, C. A. and Wadsworth, J., (1989), “Unemployment and the Inter-Regional Mobility of Labour”, The Economic Journal, 99(397): 739-755.

İslamoğlu, E., Yıldırım, S. ve Benli, A., (2013), “Türkiye’de Tersine Göç ve Tersine Göçü Teşvik eden Uygulamalar: İstanbul İli Örneği”, Sakarya İktisat Dergisi, 2(4): 46-66.

Yedi ve Daha Fazla Yazarlı Makaleler

Uyarı: Altıncı yazara kadar (altıncı yazar da dâhil) tüm yazarlar kaynakçaya yazılarak altıncı yazardan sonra Türkçe makalelerde “vd.” İngilizce makalelerde “et al.” kısaltması yapılmalıdır.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i. vd., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, A. Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. et al., (2010), “Health Professionals For A New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World”, The Lancet, 376: 1923-1958.

Erdem, R., Gökkaya, D., Vergili, A., İzgüden, D., Eroymak, S., Uysal, M. vd., (2009), “Sağlık Hizmetlerinde Ters Bakım Yasasının Kent-Kır Ekseninde Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5(4): 95-104.

TEZ

Sağır, M., (2006), Eğitim ve İnsan Kaynağı Yönünden Türk Beyin Göçü: Geri Dönen Türk Akademisyenler Üzerine Alan Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İstanbul.

SÖZLÜK

Jackson, Y. (Ed.). (2006). Encyclopedia of Multi Cultural Psychology, London & New Delhi: Sage Publications.

İNTERNET KAYNAĞI

http://dictionary.cambridge.org/dictionary/british/discrimination_1?q=discrimination, Erişim Tarihi: 03.07.2013.

DİĞER KAYNAKLAR (Rapor, Yasa, Sözleşme, Bildiri vs.)

1961 Anayasası (Kabul tarihi: 09.07.1961, Karar sayısı: 10859, Resmî Gazete: 20.07.1961).

AİHS: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, (Kabul edildiği yer: Roma, Kabul tarihi: 04.11.1950, Değişiklik: 01.06.2010).

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirisi (Kabul: 05.04.1975, Resmî Gazete: 27.04. 1977).

Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Çalışan Personelin Kılık ve Kıyafetine Dair Yönetmelik (Karar sayısı: 5105, Kabul Tarihi: 16. 07. 1982, Resmî Gazete: 25. 10. 1982).

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DESANTRALİZASYON VE TÜRKİYE'DEKİ UYGULAMALARI*

DECENTRALIZATION IN HEALTH SERVICES AND ITS APPLICATIONS IN TURKEY

Dr. Öğr. Üyesi Kazım BAŞ¹
Prof. Dr. Haydar SUR²

ÖZET

Desantralizasyon kavramı, 1990'lı yıllardan sonra dünya ülkelerinde sağlık hizmetlerinde yapılan reformların temel bileşeni olmuştur. Sağlık hizmetlerinde desantralizasyon uygulamaları her ülkenin kendine özgü tarihsel deneyiminden etkilenir. Türkiye'de 2003 yılında Sağlık Dönüşüm Programıyla sağlık hizmetlerinin verimli, kaliteli daha etkin sunulması için bazı reformlar yapılmıştır. Bu reformlarla merkezi düzeyde politika belirleyen ve hizmet üreten birimler birbirinden ayrılmıştır. Ayrıca yöneticilere daha fazla yetki verilmiştir. Sağlık hizmetlerinde rekabet ve performansa dayalı çalışma anlayışı benimsenmiştir. Sağlıkta dış kaynak kullanımıyla piyasalaştırma gibi uygulamalara da ağırlık verilmiştir. Günümüzde de koronavirüs tedbirleri kapsamında il ve ilçe hıfzıssıhha kurulularına verilen yetkiler ile desantralizasyon uygulamalarının benimsendiği görülmektedir. Desantralizasyon, sağlık hizmet sunumunu teşvik etme, kaynakları ihtiyaçlara göre tahsis etme, toplum katılımını sağlama ve sağlıktaki eşitsizlikleri azaltma ve hizmet kalitesini artırma gibi nedenlerle, yaygın şekilde önerilmektedir. Literatür incelendiğinde Türkiye'de sağlık hizmetlerinde desantralizasyon konusunda sınırlı sayıda çalışma olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmada, desantralizasyonun sağlık hizmetlerindeki önemi açıklanarak, literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Desantralizasyon, sağlıktaki desantralizasyon, yönetim.

ABSTRACT

The concept of decentralization has been the main component of reforms in health services in the world countries after the 1990s. It was emphasized that the decentralization practice in health services is affected by the unique historical experience of each country. In the process that started with the Health Transformation Program in 2003 in Turkey, some reforms were made until 2012 in order to provide more efficient and quality services. With these reforms, the units that determine policy at the central level and produce services were separated from each other. In addition, managers have been given more authority. An understanding of work based on competition and performance has been adopted in healthcare services. Practices such as marketing through outsourcing in healthcare have also been emphasized. Today, within the scope of coronavirus measures, it is seen that decentralization practices have been adopted with the authorities given to provincial and district health boards. Decentralization is widely recommended for reasons such as promoting health service delivery, allocating resources according to needs, ensuring community participation and reducing inequalities in health and improving service quality. When the literature is examined, it is understood that there are a limited number of studies on decentralization in health services in Turkey. In this study, it is aimed to contribute to the literature by explaining the importance of decentralization in health services.

Key Words: Decentralization, health decentralization, management.

* Bu çalışma doktora tezinden türetilmiştir.

¹ Munzur Üniversitesi Tunceli Meslek Yüksekokulu/kbas@munzur.edu.tr

² Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi/ haydar.sur@uskudar.edu.tr

1. GİRİŞ

Seksenli yıllardan sonra neoliberal ekonomik politikalar, küreselleşme, toplumsal, ekonomik, siyasal gelişmelerle birlikte ulus devletlerin yenilenmesi öngörülüp, daha etkin yönetim sisteminin ortaya çıkması benimsenmiştir. Bu anlayışıyla devletin kamu hizmetlerindeki rolünün sınırlandırılması amaçlanmıştır. Bu kapsamda dünyanın çoğu ülkesinde devletin merkezi rolü çerçevesinde bazı yetkiler yerel/bölgesel birimlere aktarılmıştır. Aktarılan bu yetkiler desantralizasyon (yerinden yönetim) kavramıyla açıklanmıştır. Kamu yönetiminde desantralizasyon uygulamaları başlıca üç aşamadan geçerek günümüze gelmiştir. İlk aşamada (1970-1980'li yıllar) hiyerarşik hükümet yapıları ile merkezileşen bürokrasilerden kaynaklı sorunların giderilmesine odaklanılmıştır. İkinci aşamada (1980'li yıllardan sonra) kamuda özelleştirmelerle birlikte özel sektörün kamuda karar verme kapsamının genişletilmesi amaçlanmıştır. Üçüncü aşamaya 1990 yılından sonra geçilerek, seçilmişler ve sivil toplum örgütleri aracılığıyla halkın yönetime daha geniş katılımı hedeflenmiş, yönetişim kavramı benimsenmiştir (Cheema ve Rondinelli, 2007:11).

İkinci Dünya Savaşından sonra (1945) başlayan soğuk savaş döneminde merkezi yönetim (devlet) ekonomik büyümenin temeli olarak görülmüş, devletin ekonomik ve kamudaki rolü güçlenerek devam etmiştir. Yetmişli yıllardan sonra devletin rol ve işlevine olan bakış açısı değişerek devletin ekonomik ve kamudaki rolünün azaltılması amaçlanmıştır. Bu süreçte iyi yönetişim için devlet (hükümet) dışı kuruluşlar ve sivil toplumun güçlenerek piyasadaki yerini aldığı bildirilmiştir (Nadeem, 2016:8). Seksenli yıllardan sonra ise uluslararası yardım kuruluşları tarafından, gelişmekte olan ülkelerde yürütülen kalkınma planları ve politikalarıyla merkezi yönetimin yerel üzerindeki aşırı yetkileri tartışılmaya açılmıştır. Kalkınma planında, özellikle gelişmekte olan ülkelerde eşit ekonomik büyümeyi teşvik etme ve dar gelirli kesimlerin temel ihtiyaçlarını karşılama konuları üzerinde durulmuştur. İlk olarak, desantralizasyonun ekonomik büyümeyi artırarak, büyümenin faydalarının toplumun geniş kesimlerine ulaştıracağı öngörülmüştür. Böylece bölgeler arası gelişmişlik farkını azaltıp, bölgelerin entegrasyonunu sağlayarak, yoksulluğu azaltmada ve kalkınmayı dengelemede, desantralizasyonla başarılı olacağı vurgulanmıştır. İkincil olarak ise gelişmekte olan toplumlarda dar gelirli kesimlerin devlet hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları için desantralizasyonun kamu hizmetinin yerel birimlerce planlanıp sunumuyla, karar süreçlerine toplum katılımını sağlamada uygun araç olacağı ifade edilmiştir (Rondinelli, 1981:134; Kigume ve Maluka, 2018:14). Bu süreçte uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri aracılığıyla yerelleşme yönelimleri artarak devam etmiştir. Ayrıca, ülkeler düzeyinde yapılan serbest ticaret anlaşmaları, uluslararası anlaşmaların koşullarına bağlı sağlanan krediler nedeniyle de merkezi hükümetler geleneksel rolleri konusunda seçim yapmak zorunda kalmıştır. Bu durum gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde merkezden uzaklaştıkça kritik rolleri dışındaki yetkilerin merkezi olmayan birimlere bırakılmasına neden olmuştur (Schneider, 2003:35). Türkiye'de 2004 yılından itibaren desantralizasyon kavramı altında toplanan bir dizi reformla, merkezi hükümet ile yerel / bölgesel otoriteler arasındaki ilişkilerin yeniden organize edilmesi amaçlanmıştır (Bayraktar ve Massicard, 2012:7). Sağlık hizmetlerinde başta Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olmak üzere diğer reform çabalarıyla sağlık hizmetlerinde rekabet, desantralizasyon gibi ilkeler vurgulanmış ve sağlık hizmetlerinde mali ve idari özerkliğin sağlanacağı belirtilmiştir (Ünal ve Tagiyev, 2016:484).

Desantralizasyon kavramı 1990'lı yıllardan sonra dünyanın çoğu ülkesinde sağlık sektöründe reform planlarının merkezinde yer aldığı belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kaynakların ihtiyaçlara göre daha iyi tahsis edilmesini sağlamak, toplumu önceliklerle ilgili kararlara katılımını sağlama ve sağlıktaki eşitsizliklerin önleyeceğinden desantralizasyonun etkili bir

araç olduğuna inanılmaktadır (Østergren ve ark., 2007:225). Ayrıca desantralizasyon uygulamasının sağlık sektörü üzerinde büyük etkisinin olabileceği, sağlık hizmetlerinde hizmet sunumu, finansmanı ve kalitesini arttıracığından yaygın şekilde önerilmektedir (Panda ve Thakur 2016:4).

Günümüzde yaşanan koronavirüs pandemisi nedeniyle dünyanın bazı ülkelerinde salgınla mücadelede, merkezi yetkilerle birlikte desantralizasyon uygulamalarına da ağırlık verildiği görülmektedir. Ülkemizde de koronavirüs tedbirleri kapsamında il ve ilçe hıfzıssıhha kurulları yetkilendirilmiştir (İçişleri Bakanlığı Genelgesi, 2020). Literatür incelendiğinde Türkiye’de sağlık hizmetlerinde desantralizasyon konusunda sınırlı sayıda çalışma olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmada, desantralizasyonun sağlık hizmetlerindeki önemi açıklanarak, literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır.

2. DESANTRALİZASYON KAVRAMI VE TÜRLERİ

Desantralizasyon birçok bileşeni olan kavramdır olup, iyi anlaşılması için tanım ve sınıflandırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Desantralizasyon kavramı kısaca “sorumluluğun alt birimlere, yerel otoritelere, özerk kuruluşlara, bölge temsilciliklerine devredilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Desantralizasyon uygulamasında merkezi düzeydeki yetkilerin devri aşağıdaki gibi belirlenebilmektedir.

- Merkezi hükümetin saha birimleri, bakanlıklar veya ajanslar,
- İkincil birimler ya da hükümet seviyeleri düzeyinde,
- Yarı-özerk kamu kurumları ya da kuruluşları,
- Bölge çapında bölgesel veya işlevsel makamlar,
- Hükümet dışı özel veya gönüllü kuruluşlar olarak yetki devri olacağı belirtilmiştir (Rondinelli vd., 1983:14; Akyar, 2008:21).

Yukarıda belirlenen bu yetki düzeylerinin çerçevesi merkezi hükümet/otorite tarafından belirlenmekte, yetkiler merkezi otoriteye bağlı geniş ya da kısıtlı olabilmektedir. Merkezi yönetimle yerel yönetim arasında yetki, sorumluluk, gelir paylaşımı ilişkisi yeni kamu yönetimi literatüründe desantralizasyon (yerinden yönetim/ adem-i merkeziyetçilik) kavramıyla ifade edilmiştir. Geniş anlamıyla ise daha üst düzeydeki yetkilerin daha alt düzeydeki birimlere, kamu işlevlerini içeren yetki ve sorumluluğun merkezi otoriteye bağlı yarı özerk yapıdaki hükümet kuruluşlarına, sivil toplum örgütlerine ve özel sektöre aktarılmasıdır (Seval, 2013:21) Desantralizasyon uygulamasıyla;

- Daha istikrarlı demokratik bir sistem oluşturmak,
- Hükümet verimliliğini ve etkinliğini arttırmak,
- Yerel ve ulusal düzeyde ekonomik kalkınmayla birlikte istikrarı sağlamak,
- Daha şeffaf bir yönetimi benimsemek,
- Vatandaşların karar alma sürecine katılımını sağlamak amaçlanmaktadır (Isufaj, 2014:460).

2.1. Desantralizasyon Türleri

Desantralizasyon daha önce ülkelerin kamu sektöründe uygulamaları sonucunda elde edilen deneyimlerle birlikte, siyasi, idari, mali, piyasa olarak isimlendirilen dört boyutu ve dekonsantrasyon (yetki genişliği), delegasyon (yetki transferi), devolüsyon (yetki devri), özelleştirme olmak üzere dört alt tipi ile sınıflandırılmıştır. Dünya ülkelerinin geçmiş

desantralizasyon tecrübeleri incelendiğinde, desantralizasyonun farklı düzeylerde uygulandığı görülmüştür (Akyar, 2008:21; Cheema ve Rondinelli, 2007:3).

2.1.1. İdari (Yönetimsel) Desantralizasyon

İdari desantralizasyon merkezi yönetim yapılarında bürokratik işleyişle ilgili karar ve bazı yetkilerin yerel düzeye aktarılmasıdır. Uygulamada dekonsantrasyon, delegasyon, devolüsyon olmak üzere üç şekilde gerçekleşmektedir. Merkezi hükümetten, idari ve yerel yönetim birimlerine yetki aktarılmasıyla siyasi sürecin yaygın katılımı sağlanarak, yerelleşme için kurumsal bir çerçeve sağlanmaktadır (Cheema ve Rondinelli, 2007:7; Berkün, 2017:642).

2.1.1.1. Dekonsantrasyon (Deconcentration)

Dekonsantrasyon, sorumluluk ve yetkinin daha az sayıda paylaşıldığı resmi bir idari yapı (dikey dekonantrasyon) içinden daha fazla sayıda idari aktöre aktarılmasıdır. Yani merkezi yönetim düzeyindeki yetki ve sorumluluğun sağlık uzmanlarına (yatay dekonsantrasyon), yönetim dışı gruplara aktarılmasını içermektedir (Vrangbaek,2007:45). Dekonsantrasyon yetki genişliği olarak da ifade edilmekle beraber, yönetim birimlerinde karar verme yetkisinin alt birim sorumluları ile uygulayıcılarına bırakılmasıdır (Mills, 1990:16; Berkün, 2017:651). Dekonsantrasyon uygulamada dikey ve bütünleşmiş (entegre) şekilde yapılandırabilmektedir. İdarenin dikey yapılanmasında, yerel birimlerde çalışan memurlar bakanlığına karşı sorumludur. Bütünleşmiş olan yapılarda ise merkezi idarenin yerelde yetkilisi bulunmaktadır. Yerel yetkili olarak vali, başkan ya da yerel yönetimin bakanı, kendi bölgesindeki bütün devlet işlevlerinden sorumlu olup merkezi yönetime karşı sorumludur (Mills, 1990:16). Türkiye’de sağlık hizmetlerinde idari bütünlük içinde sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli yürütülmesi için merkezin idari yetkilerinin (Sağlık Bakanlığı) bir kısmı yerel birimlere verilmiştir. Bakanlık adına sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi il sağlık müdürleri ve il müdürlüğüne bağlı ilçe sağlık müdürlerine verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ilde vali, ilçede ise kaymakam birinci derece yetkili kılınmıştır (Erdemir vd., 2019:11).

2.1.1.2. Delegasyon (Delegation)

Delegasyon, kavram olarak görevlerin devredilmesi anlamına gelmektedir. Merkezi hükümetin hizmet sunum sorumluluklarını yerine getirmek için merkezi (bakanlık) birime karşı tam sorumlu olan yarı özerk devlet kurumları, devlet dışı kuruluşlara, yetkilerin aktarıldığı heyet olarak ifade edilmektedir (Keskin, 2004:125). Delegasyonla, merkezi hükümet tarafından belirlenen sınırlar içinde asıl sorumluluk kendi üzerinde olmak koşuluyla tüm yetkiler devredilmektedir. Burada amaçlanan hizmet üreten birimler arasında rekabeti sağlayarak hizmet yarışıyla kaliteyi arttırmaktır (Akyar,2008:26). Ülkemizde Üniversite ve Vakıf hastaneleri delegasyona örnek verilmektedir (Hayran, 2017:4).

2.1.1.3. Devolüsyon (Devolution)

Devolüsyon merkezi yetkilerin bölgeler, belediyeler gibi alt düzey siyasi makamlara aktarılmasıdır (Vrangbaek, 2007:45). Aynı zamanda devolüsyon, karar alma yetkisinin merkezi hükümet ile bölgesel hükümetler arasında paylaşılmasını ifade etmektedir. Devolüsyonla özerk ve bağımsız olan yapılara geliri toplama ve harcama yetkisi verilmektedir. Verilen bu yetkilerle merkezi hükümete bağlı ulus-altı ve özerkliği olan yapılar oluşturulmaktadır (Keskin, 2004:126). Devolüsyonla yeni yerel otoriteler kurulup yetki devri yapılarak bazı işlevlerin denetimi de yerel otoritelere bırakılmaktadır. Devolüsyonda coğrafi sınırlar içinde belirlenen yasal çerçeveye yerel birimler merkezi otoriteden ayrılarak özerk, bağımsız yapılara dönüşmektedirler. Devolüsyon yerelleşmenin siyasi yönü olup bu uygulamayla karar verme yetkisi daha alt kademelere verilmektedir. Bu uygulamada kamu

faaliyetlerinin yerel otoriteye bırakılması önemli avantajı oluşturmaktadır. Ancak, maliyetin yüksek olması nedeniyle, özellikle sağlık hizmetleri sunumuyla ilgili yerel birimlerde bazı finansal sorunlar yaşanabilmektedir (Çoban, 2009, s:78). Sağlık hizmetlerinde ülkemizde devölüsyon aşamasına geçilmediği ancak yerel yönetimlere bu konuda bazı yetkilerin verildiği belirtilmiştir (Hayran, 2017:4).

2.2. Siyasi (Politik) Desantralizasyon

Demokratik desantralizasyon olarak da adlandırılan siyasi desantralizasyon, idari, mali ve siyasi güçlerin, kamu hizmeti sunum işlevlerinin seçilmiş yerel yönetimlere aktarılmasını içeren bir kavramdır (Rondinelli, 1981:134). Yerel yönetimler, karar verme ve bunları kendi yetkileri kapsamında uyguladığından en geniş kapsamlı desantralizasyon türü olarak görülmektedir. Siyasi desantralizasyon yerel hizmet sunumunda vatandaşın etkili katılımı için elverişli ortam yaratmaktadır. Ayrıca siyasi desantralizasyon hükümetleri teşvik ederek, özgür ve adil seçimler yoluyla siyasi çoğulculuk için meşruiyet sağlamaktadır. Aynı zamanda siyasi desantralizasyon için bağışçı ülkelerden ve uluslararası kalkınma kurumlarından güçlü destek sağlanmaya çalışılır (Cheema ve Rondinelli, 2007:13). Siyasi/demokratik desantralizasyon iktidarın seçilmiş hükümetler aracılığıyla yetkilerin aşağıya doğru aktarılması olarak tanımlanmıştır (Larson, 2004:31). Siyasi desantralizasyon sürecinin bir ülkede başlaması için genellikle anayasal reformların kabul edilmesi, çoğulcu partilerin gelişmesi, yerel siyasi birimlerin ortaya çıkması, sivil toplumun tanınması ve katılımı gerekmektedir. Teorik olarak bakıldığında, siyasi desantralizasyon sivil toplum ile toplum temelli sivil alan yaratabilmektedir. Bu yapılanmayla, kamu çıkar grupları ve komiteleri, iş dernekleri, sendikalar, medya, dini liderler aracılığıyla yerel düzeyde önemli kurumsal kapasite geliştirilerek karar alma süreçlerine dinamik katılım sağlanması amaçlanmaktadır (Diep vd., 2016:8).

2.3. Mali (Fiscal) Desantralizasyon

Mali desantralizasyon, kamu gelirlerinin hükümetin tüm düzeyleri arasında paylaşılmasında mali işbirliği araçları ve mekanizmalarını gerektirmektedir (Cheema ve Rondinelli, 2007:8). Mali desantralizasyonun önemli iki özelliği bulunmaktadır. Birincisi yerel yönetimlerin kendilerine verilen işlevleri yerine getirmek için yeterli kaynaklara sahip olmaları gerekmektedir. İkincisi ise yerel yönetimin finansmanı için mali kaynağa ihtiyaç duyulmaktadır (Hart ve Welham, 2016:11). Finansal sorumluluk desantralizasyonun önemli temel bileşenidir. Yerel yönetimler ve özel kuruluşların merkezi olmayan işlevlerini etkin bir şekilde yerine getirebilmeleri için yeterli geliri (yerel olarak yükseltilmiş veya merkezi hükümetten transfer edilmiş) ve harcama kararlarını verme yetkisine sahip olması gerekmektedir (Oplotnik ve Finžgar, 2000:43).

2.4. Piyasa/Ekonomik Desantralizasyon

Piyasa desantralizasyon devlete ait kamu işletmelerinin özelleştirilmesini ve piyasaların serbestleştirilmesini içeren bir kavramdır (Cheema ve Rondinelli, 2007:7). Piyasa desantralizasyon özelleştirme ve serbestleşme yoluyla merkezi hükümetin kamudaki fonksiyonlarının özel sektöre kaydırılmasıdır. Öncelikli olarak hükümetin sorumluluğunda olan işlevlerin, özel işletmeler, topluluk grupları, kooperatifler, gönüllü dernekler ile diğer sivil toplum kuruluşları tarafından yürütülmesine izin verilmesini ifade etmektedir. Piyasa desantralizasyonun deregülasyon ve özelleştirme olmak üzere iki yanı bulunmaktadır. Deregülasyon, özel katılımı ilgili yasal kısıtlamaları azaltarak, devlet tarafından ya da düzenlenmiş tekeller tarafından daha önce sunulan hizmetler için özel tedarikçiler arasında rekabete izin veren düzenlemeleri içermektedir. Özelleştirme, tamamen piyasanın serbest

işleyişine dayanan mal ve hizmetlerin sağlanmasından, hükümetin ve özel sektörün hizmet ya da altyapı sağlamak için iş birliği yaptığı kamu-özel sektör ortaklıklarına kadar değişebilmektedir (Ford, 2002:6).

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme

Seksenli yıllarla birlikte bazı ülkelerde sağlık hizmetlerindeki kamu-özel karması konusunda tartışmalar yapılmıştır. Serbest piyasanın, hizmetlerin üretim ve dağıtımında en verimli yol olduğu belirtilmiştir. Piyasa başarısızlığı durumunda da kamu sektörünün sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda baskın rolünü oynayarak eşitsizlikleri önleyeceği belirtilmiştir. 1980'li yıllardan sonra dünyanın çoğu ülkesinde sağlık hizmetleri kamudan özel sektöre kayarak, sağlık sektöründe değişim sürecini başlatmıştır. Bu süreç özelleştirme kavramıyla açıklanmıştır. Özelleştirmeler sadece ulusal sağlık sistemiyle sağlık hizmeti sunan ülkelerde değil aynı zamanda sosyal sigorta ve karma sağlık sistemiyle sağlık hizmeti veren ülkelerde de (Hollanda gibi) gerçekleşmiştir (Janssen ve Made, 1990:193).

Sağlık hizmetleri uzun yıllar kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olarak görülmüş, hükümetin (devlet) rolü ise sağlık örgütlerini desteklemek ve geliştirmekle sınırlandırılmıştır. 1970 yılında dünyada yaşanan petrol krizi ve ekonomik durgunlukla birlikte hükümetlerin sağlık hizmetlerine müdahalesi artarak devam etmiştir. Sağlıkta yürütülen reform çabaları tüm dünyada yıllarca devam ederek özelleştirme uygulamalarıyla da sağlık alanında önemli değişim yaratmıştır. Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin son otuz yılındaki reform trendi sürecinde özelleştirme ve desantralizasyon arasında ilişki kurulmuştur (André vd., 2016:21). Ayrıca sağlıkta özelleştirme uygulamaları; sağlık hizmetlerinde piyasa başarısızlığı, sağlıkta dışsallıklar, bilgi asimetrisi, ahlaki tehlike (talep ve arz eksenli) ve sigortasız riskler gibi nedenlerle kamu yararı gözetilerek eleştirilmiştir (Atun, 2007:247).

Koronavirüs Pandemi sürecinde dünyanın bazı ülkelerinde piyasalaştırılmış sağlık sistemlerinin zayıflıkları ve başarısızlıklarının açığa çıktığı vurgulanmıştır. Pandemi sürecinde özel sağlık hizmeti sunucularının bazıları likidite krizine bağlı hizmet sunumunu durdurarak çalışanlarını toplu işten çıkarmıştır. Bazı ülkelerde ise özel hastaneler yatak sayılarını azaltarak ya da yetkililerden gizleyerek koronavirüs hastalarının tedavisini kabul etmemiştir. Koronavirüs salgınıyla birlikte özel sağlık hizmetlerinde yaşanan piyasa başarısızlıklarını önlemek için ülkeler geliştirdikleri kamu politikalarıyla piyasaya müdahale etmiştir. Ayrıca salgınla daha etkin mücadele etmek için bazı ülkelerde özel hastaneler kamulaştırılmıştır. Dünya genelinde, pandemi ile birlikte kamu sağlık hizmetlerinin önemi bir kez daha önemli hale gelmiştir (Williams, 2020; Ang, 2020; BY DAILY SABAH WITH AFP,2020).

2.5. Desantralizasyonun Avantajları

Desantralizasyonun uygulandığı ülke örnekleri ve deneyimlerinden yola çıkılarak siyasi, idari, mali ve piyasa alanında bazı yararlarının olduğu vurgulanmıştır. Desantralizasyonun avantajlarını aşağıdaki olduğu gibi özetlemek mümkündür.

- Halkın beklenti tahminlerine uygun daha iyi hizmet verilebilmektedir.
- Merkezi yönetime göre yerelin daha esnek olmasından dolayı değişen koşullara uyum kolaylaşarak ihtiyaçların daha hızlı karşılanması sağlanabilmektedir.
- Çalışanların motivasyonu (istekliliğini) arttırabilmektedir.
- Demokratik kültürün gelişmesine katkı yapmaktadır.
- Yerel düzeyde toplumla bütünleşme sağlanarak hizmet sunumunu ve kalitesi arttırmaktadır.
- Düşük gelirli ve dezavantajlı kesimlerin yerel hizmetlere katılımını kolaylaştırmaktadır.

- Toplumun, kamu politikalarının belirlenmesinde söz sahibi olmasını sağlamakta,
- Yönetime kolay erişimi sağlayıp, bilgi edinme ve hesap sorma için ortam oluşturmaktadır.
- Yerelde sorunların sahiplenilmesini sağlayıp, buna bağlı sorunlara çözüm üretilmesini kolaylaştırmaktadır
- Yerel birimlerde işbirliğinin gelişmesiyle birlikte yönetimin yükünün azalmasına katkı yapmaktadır.
- Aşırı merkeziyetçi yapılar ve bürokrasiden kaynaklı sorunların azalmasına yardımcı olabilmektedir (Rondinelli, 1981:135; Akyar, 2008: 28; Isufaj, 2014:461; Hayran, 2017:4).

2.6. Desantralizasyonun Dezavantajları

Ülkelerin siyasal, ekonomik, tarihi koşullarına bağlı desantralizasyon deneyimleri sonucunda bazı olumsuz yanlarının da olduğu vurgulanmıştır. Desantralizasyonun dezavantajlarını aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür.

- Yerel birimler hizmet ve yönetimi finanse edecek mali kaynaklardan yoksun kalabilmektedir.
- İnsan kaynaklarında özellikle belli uzmanlık gerektiren işlerin yerelde yürütülmesinde sorunlar yaşanabilmektedir.
- Merkezi otorite/devlet siyasi birliği olumsuz etkileyeceği kaygısı nedeniyle desantralizasyon konusunda istekli davranmayabilir,
- Yerel birimlerde kamu hizmetlerinin bütünlük içinde ve eşit yürütülmesi zorlaşabilir. Dolayısıyla bu durum bölgesel farklılıklar ve eşitsizliklere neden olabilmektedir.
- Yerel birimler merkezi yönetimin bütçe ve denetimlerine tabi olmak istemediğinde mali sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir.
- Hizmetler yerel güç sahibi grupların (siyasiler, kanaat önderi gibi) müdahalesine açık hale gelebilmektedir.
- Merkezi otorite yetkileri yerele devrettiğinde ve merkezi otorite kamu üzerindeki gücünü kaybedebilmektedir.
- Desantralizasyonla ülke içinde toplumsal maliyet ve fayda eşit dağılmadığı durumlarda göreceli olarak hizmetlerin daha iyi sunulduğu bölgelerde yoğunluk yaşanabilmektedir (Vaughan, 1990:148; Akyar, 2008:28; Hayran, 2017:4).

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE DESANTRALİZASYON

Sağlık hizmetlerinde desantralizasyon, hizmet verilen hedef nüfusu daha iyi tanımlayarak (özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde), kentsel ve kırsal alanlar arasındaki eşitsizlikleri azaltıp, yerel katılımı artırıp, kamu ve özel kuruluş faaliyetlerinin daha kolay uyumunu sağlayıp, yerel tercihlere göre rasyonel sağlık hizmeti sunulacağı gibi nedenlerle cazibeli görülüp, savunulmuştur (Aitken-Liissa,2002:57; Rubio ve Gomez, 2017:69). Kamu tarafından sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların çoğunun kamu hastaneleri tarafından tüketildiği vurgulanmaktadır. Bu kaynakların verimli kullanılabilmesi için gelişmekte olan ülkeler ve diğer ülkelerde kamu hastanelerinin acil reformla yapılandırılıp, özerk yapılar/yönetimlere dönüştürülmesi amaçlanmıştır (Şahin ve Sur, 2010:50).

Sağlık hizmetlerinin çeşitli özellikleri ve karmaşıklığı nedeniyle desantralizasyon uygulaması diğer hizmetlere göre zorlaşmaktadır. Sağlıkta hizmetlerinde desantralizasyonun iyi

planlanmadan ve tüm kesimlerin onayı olmadan uygulanması halinde hayal kırıklıklarıyla da sonuçlanacağı bildirilmiştir (Aitken-Liissa 2002:57). Sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun amaç ve gerekçeleri aşağıda Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon ve Gerekçeleri

Amaç	Gerekçeler
Teknik geliştirmek ve verimlilik	- Daha az bürokrasi ve daha fazla maliyet bilinci - Alıcı ve sağlayıcıların işlevlerinin birbirinde ayrılması
Tahsis verimliliğini artırmak	-Kamu hizmetlerinin yerel tercihlerle iyi eşleştirilmesi - Hasta duyarlılığı gelişmesi
Yerel yönetimleri güçlendirmek	- Aktif yerel katılım - Yerel yönetim kapasitesinin gelişmesi
Hizmet sunum yeniliklerini artırmak	- Deneyim ve yerel koşullara uyum - Yerel yönetimlerde özerkliğin artması
Eşitliği artırmak	- Kaynakları yerel ihtiyaçlara göre ayırma - Belirli grupların ihtiyaçlarını daha iyi karşılaması - Kaynakların marjinal bölgelere ve gruplara dağıtılması (çapraz sübvansiyon mekanizmaları yoluyla)

Kaynak; Bankauskaite ve Saltman, (2007:16).

Sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun faydaları yaşanan ülke deneyimleri de göz önünde bulundurularak aşağıda verilmiştir.

- 1- Küçük yerleşim yerleri için coğrafi ve idari alanlar temelinde daha rasyonel ve bütünleştirici sağlık hizmeti düzenlenebilir (özellikle koruyucu sağlık hizmetleri için).
- 2- Desantralizasyonla yerel toplulukların kendi sağlık yönetimine daha fazla katılımları sağlanır. Bu da yerel sağlık ihtiyaçları ve sorunlarının daha uygun planlamasına olanak sağlar.
- 3- Yereldeki hedef nüfusu ile ilişkilendirilip, sorumlulukları tanımlanmış sağlık hizmetleri faaliyetiyle maliyetler içeren hizmetlerin tekrarlanmasını azaltılabilir.
- 4- Merkezi kaynakların seçici olarak yeniden tahsisi ile hem sağlık statüsünde hem de hizmet sunumunda bölge ile kentsel ve kırsal alanlar arasında eşitsizlikler azaltılabilir.
- 5- Hükümet, sivil toplum ve özel sağlık kuruluşlarının faaliyetleri daha yakından bütünleştirilebilir.
- 6- Merkezi düzeyde (Sağlık Bakanlığı) sağlık politikası ve planlama işlevleriyle birlikte üst düzey personeli birçok idari ve rutin sorumluluktan çıkararak güçlendirilebilir.
- 7- Sağlık programlarının uygulanmasında yerel idari konular üzerindeki merkezi kontrol azaltılarak geliştirilmesine olanak sağlar.
- 8- Birinci basamak sağlık tesisleri ve personeli üzerinde daha fazla toplum finansmanı ve kontrolünü teşvik edebilir.
- 9- Sağlık sektöründe sektörler arasındaki koordinasyon sağlanarak özellikle yerel yönetimlerde ve kırsal kalkınma faaliyetlerinde iyileştirilmeler sağlayabilir.
- 10-Uzun mesafeler, yetersiz iletişim, kötü yol şartları gibi nedenlerden kaynaklanan sorunlar ve gecikmeler önlenebilir (Mills,1990:27; Aitken-Liissa , 2002:61).

Desantralizasyonda beklenen faydanın ortaya çıkmasında politika tasarımı, finansman, standart belirleme, hizmet dağıtımı ve yasal sorumluluğun belirlenmesi önemlidir. Genel olarak, yerel birimlere hangi fonksiyon ve programların transfer edileceği ve hangilerinin

merkezin kontrol altında tutulacağına karar verilirken sağlık hizmeti ihtiyaçlarına ve önceliklerine dikkat edilmelidir. Bir işlev merkezi düzeydeki hedeflere ulaşmak için kritikse ve yerel düzeydeki sürdürülebilirliğinin garantisi yoksa bu durumda desantralizasyon yaklaşımı benimsenmeyebilir (Aitken-Liissa, 2002:60).

Sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun başarıya ulaşmasında bazı genel kuralların önemli olduğu bildirilmiştir.

- 1- Program tasarımı: Merkezi yönetim bilgi oluşturma ve yayma, aile planlaması, aşılama programları gibi öncelikli ulusal programlar için bireysel toplulukların ötesine ulaşan dışsalılıklara sahip parametreler oluşturma konusunda genellikle karşılaştırmalı bir avantaja sahiptir. Öte yandan yerel yönetimler, yerel koşullara uygun hizmet sağlama mekanizmalarının ayrıntılarını seçmek için daha iyi bir konuma sahip olabilmektedir.
- 2- Finansman: Sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetli olması yerel yönetimin sorumluluklarını yerine getirebilmesini sağlamak için genellikle merkezi hükümet transferlerini gerektirir. Sağlık bakımı, sağlık eğitim, asgari harcama seviyeleri gibi koşullar ile tutarlı, kaliteli ve sürdürülebilirliği sağlamak kaynaklara bağlıdır. Yerel hükümetler/birimler, ulusal standartlar tarafından belirlenen parametreler çerçevesinde harcama tahsislerini planlayarak kullanıcı ücretlerini ve diğer maliyet kurtarma mekanizmalarını daha iyi belirleyebilir ve topluluklarının ihtiyaçlarını karşılayabilir.
- 3- Standartları belirleme: Merkezi hükümetler genellikle sağlık profesyonellerinin ruhsatlandırılması için standartların belirlenmesi, ilaçların tescili ve kalite kontrolü gibi benzer işlevler için tek yetkiye sahiptir. Lisans kapasitesi dünya ülkelerinde nadiren yerel düzeyde yürütülür ve bu işlevi desantralize olan bazı ülkelerde az da olsa bazen tercih edilebilir. Hindistan gibi.
- 4- Hizmet dağıtımı: Sağlık hizmetlerinin en düşük hükümet seviyesine dağıtılması gerektiği söylene de farklı hizmetler arasındaki karmaşık bağlantılar nedeniyle uygun organizasyon rolleri için ilişkilerin ve organizasyon yapılarının dikkatli bir şekilde planlanması gereklidir. Sağlık yöneticilerinin tam katılımı olmadan fonksiyonel roller ve organizasyon yapıları tasarlanırsa dahi sağlık hizmet sunumunda ciddi aksaklıklar, engeller oluşmaktadır. Örneğin; Filipinler'de yıllarca süren entegre ilçe sağlık ocağı konsepti kapsamında, illere hastaneleri yönetme sorumluluğu verildiğinden, belediyelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumluluğunu yok etmiştir.
- 5- Yasal sorumluluk: Sağlık personelinin riske atılmasını önlemek, sağlık personelinin çalışması için desantralizasyonun yasal ve düzenleyici etkileri göz önünde bulundurulmalıdır. Papua Yeni Gine'de desantralizasyondan sonra il sağlık müfettişleri semt pazarları, restoranlar ve işyerlerinin temizliğine ilişkin ulusal mevzuatta tanınan yasal yetkilerini uygulayamadığı vurgulanmıştır (Vaughan, 1990:142; Vrangbaek, 2007:44; Aitken-Liissa, 2002:60).

3.1. Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon Uygulamasında Hastane Özerkliği

Türk Dil Kurumuna göre özerklik, “Bir topluluğun, bir kuruluşun ayrı bir yasaya bağlı olarak kendi kendini yönetme hakkı, muhtariyet, otonomi, otonomluk” olarak ifade edilmektedir (TDK, 2020). Kavram Yunancadan “autonomos” kelimesinden gelmiş olup, otonomi; yani kendi kurallarına göre yönetim anlamına gelmektedir. Birçok ülkede sağlık hizmetlerinde reform çabasında kamu hastanelerinin özerkliği ilk tartışılan konusu olmuştur. Dünya ülkelerinde artan sağlık maliyetlerinde kamu hastanelerinin önemli bir payı olduğu

belirtilmiştir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kıt sağlık kaynaklarının önemli bir kısmının kamu hastaneleri tarafından tüketildiği vurgulanmıştır. Hastane özerkliği sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve verimliliğini artırmak, hakkaniyete uygun hizmet verilmesini sağlamak için sağlık sektöründe reformların en önemli kısmını oluşturmuştur (Şahin, 2010: 77). Dünya ülkelerinin çoğunda sağlık sistemi reformları ve politikalarında sağlık alanındaki sorunlarına çözüm bulmak için kamu hastanelerinin özerk yapılarla yönetilmesi gerektiği savunulmuştur. Özel sektör ile kamu hastaneleri karşılaştırıldığında, kamu hastaneleri genellikle verimsiz olarak değerlendirilmiştir. Kamu hastanelerinin sağlıkta yapılan toplam harcamalarının yaklaşık %60'ını tükettiği belirtilmiştir (Abdullah ve Shaw, 2007:45).

Kamu hastanelerinde, hükümetlerin hastaneye işlevlerine üzerinde kontrolü hastane özerklik derecesine bağlı olarak değişebildiği vurgulanarak, beş başlık altında gruplandırılmıştır.

- 1- Stratejik genel yönetim
- 2- Finansal yönetim
- 3- İnsan kaynakları yönetimi
- 4- Tedarik
- 5- İdari yönetim (Evelyn, 2004:152).

3.2.Resantralizasyon ve COVID-19 Sürecinde Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon

Nordik ve bazı Avrupa ülkelerinde 2000'li yıllardan sonra sağlık hizmetlerinde desantralizasyon süreci yeniden merkezileşme politikalarıyla resantralizasyon düzenlemelerine yönelmiştir. Bu ülkelerde resantralizasyon politikalarının uygulanmasında yerelde sağlık sistemlerinde desantralizasyonla izlenen tutarsız politikalar olduğu belirtilmiştir. Yerelde (eyalet, belediye, il) desantralize olmuş sağlık hizmeti uygulamalarında bazı eşitsizlik ve mali sorunlar yaratacağı endişesiyle yeni merkezileşme önlemleri uygulamaya konulmuştur. Yine Avrupa'nın bazı ülkelerinde coğrafi eşitlik ve mali disiplin konuları öne sürülerek sistemin ulusal yapısını güçlendirmede merkezi hükümetin önemi ve gerekliliğine olan ihtiyaç vurgulanmıştır. Örneğin idari olarak Finlandiya, Norveç, Danimarka gibi ülkelerde, sağlık sektöründe yerelin kontrolünde sağlanan hizmetlerde özellikle savunmasız nüfusa yönelik artan eşitsizliklere bağlı kanıtlar olduğu bildirilmiş ve desantralizasyonun bazı bölgelerde eşitlikle ilgili sorunları arttırdığı vurgulanmıştır. Ayrıca yerel sağlık hizmetlerini finansmanında gelecekte pahalı bakım ihtiyaçlarını finanse etmek için yerelin yetersiz kalacağı belirtilip, yerelde idari düzenlemelerin de verimsiz olacağı vurgulanmıştır (Saltman, 2008:105; Terlizzi, 2018:13).

Günümüzde yaşanan koronavirüs pandemisi sürecinde dünya ülkelerinin başta sağlık sistemleri olmak üzere, ekonomik, sosyal ve toplumsal yapıları olumsuz etkilenmiştir. Salgını kontrol etmek için ülkeler çeşitli tedbirler uygulamıştır. Salgının kontrol edilmesi ve durdurulmasıyla ilgili bir yandan hükümetler düzeyinde merkezi kararlar alınmış, diğer yandan salgın kontrolü için yerele önemli yetkiler verilmiştir. Aynı zamanda salgın süreci tüm ülkelerin yönetim sistemlerinin gücünü de test etmiştir. Salgınla birlikte merkezi hükümetin koordinasyonu ile yerel birimlerle yönetimin önemi daha iyi anlaşılmıştır (Bello-Gomez ve Pulido, 2021:1). İtalya'da bölgesel sağlık hizmetlerinde yönetim (merkezi, bölgesel, yerel), hizmet sağlayıcılar, prosedür ve performans açısından heterojen yapıda olduğu ve bölgelere göre farklılık gösterdiği vurgulanmıştır. Yaşanan koronavirüs salgınıyla mücadelede merkezi olmayan yetkinliklerin entegrasyonunun modelin başarısında önemli olduğu belirtilmiştir (Carinci, 2020:1). Salgın sürecinde sağlık hizmetleri sisteminde evde bakım hizmetleri, mobil sağlık birimleri, tele tıp uygulamaları gibi desantralize sağlık hizmetlerinin önemi daha da

artarak dijital tıp teknoloji gelişerek hizmetlerin yerelleşmesine katkı sağladığı belirtilmiştir (Jayamani vd., 2020:2).

Türkiye’de korona virüs tedbirleri kapsamında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu kapsamında il ve ilçe hıfzıssıhha kurulları yetkilendirilmiştir. Böylece ülkemizde 1930’lu yıllarda bulaşıcı hastalıklarla mücadelede yerele inisiyatif sağlayan 1593 sayılı kanun günümüzde korona virüs salgınıyla güncelliğini korumuştur (İçişleri Bakanlığı Genelgesi, 2020). Ayrıca ülkemizde salgının durdurulması ve kontrol altına alınmasında merkezi çabalarla birlikte yerelde belediye, meslek odaları, sivil toplum örgütleriyle yönetim önemli unsur olduğu vurgulanmıştır.

4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE DESANTRALİZASYON

Türkiye’de sağlık hizmetleri örgütlenme yapısının merkezi ve bürokratik bir yapıya sahip olduğu, sağlık hizmetlerinde sorumlu kurumun Sağlık Bakanlığı olduğu belirtilmiştir. Merkezi yapıya bağlı sorunları gidermek için merkezin bazı yetkileri yerel birimlere verilmiştir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından desantralizasyon uygulaması 1990’lı yıllardan sonra sağlık reformu çalışması kapsamında tartışılmıştır. Bu dönemde sağlık reformlarıyla amaçlanan, sosyal güvenlik kurumlarının tek yapıda birleştirilmesi, 1.Basmak sağlık hizmetlerinde aile hekimliğine geçiş, kamu hastaneleri yönetimde özerklik sağlanarak birer işletmeye dönüştürülmesi, sağlık bakanlığının yeniden yapılandırılarak daha işlevsel hale getirilmesi amaçlanmıştır. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planıyla (2001-2005) Türkiye’de kamu yönetiminin yeniden yapılandırılacağı vurgulanmıştır. Sağlık hizmetlerinde ise; Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda, sağlık hizmetlerinin yerinden yönetim ilkesiyle yapılandırılarak yerel birimlere daha fazla yetki ve sorumluluk verileceği ifade edilmiştir (Aktel vd., 2013: 35; Aba, 2018:145; Biçer ve İlman, 2019:17). 2004 yılından sonra desantralizasyon uygulamalarını da içeren reformlarla merkezi hükümet ile yerel/bölgesel otoriteler arasındaki yetkilerin yeniden organize edilmesini amaçlamıştır (Bayraktar ve Massicard, 2012:7). Bu kapsamda 2004 yılında 5227 sayılı kanunla “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun” tasarısı kabul edilmiştir. 5227 sayılı kanunla özelleştirme, yerelleşme ve yönetimi güçlendirecek uygulamaların benimseneceği ifade edilmiştir. Ancak Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı 2004 tarihinde TBMM’de kabul edilerek cumhurbaşkanlığına gönderilmiştir. Fakat dönemin cumhurbaşkanı yapılan düzenlemelerin merkezi yönetimi zayıflattığı ve diğer gerekçelerle birlikte anayasaya aykırı bularak veto edip bazı maddelerinin görüşülmesi için meclise (TBMM) geri gönderilmiştir. Dönemin hükümeti ise bu süreçte birlikte Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı’nın parça parça yürürlüğe koymayı tercih ettiği belirtilmiştir (Sevinç ve Özer, 2016:1377). 2005 yılında yürürlüğe giren 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu’yla il özel idarelerine yerelde bazı sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında görevler verilmiştir. 2005 tarihli 5393 sayılı Belediye Kanunu ile belediyelere yerel ya da ortak nitelikte her türlü sağlık tesisi açma ve işletebilme hakkı verilmiştir. 2005 yılında 5396 sayılı kanun ile 1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na ek madde eklenmiştir. “Sağlık Bakanlığının kullanımında bulunan sağlık tesislerinin, öngörülecek proje ve belirlenecek esaslar doğrultusunda yenilenmesi; tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında, sözleşmeyle gerçek ya da özel hukuk tüzel kişilerine yaptırılabilir”. İfadesi yer almıştır. Bu düzenlemeyle Türkiye’de sağlık hizmetlerinde, Şehir Hastaneleri gibi özel sektörün önü açılarak, bazı sağlık yatırımlarının kamu özel işbirliğiyle yapılması amaçlanmıştır (Sözer, 2013, s:220; Kara, 2016, s:255). Yeni kamu yönetimi anlayışıyla 2003 yılında 4982 sayılı Bilgi Edinme Kanunu ve 2004 yılında da

5176 sayılı Kanun'la Kamu Görevlileri Etik Kurulu'nun kurulması gibi önemli düzenlemeler yapılmıştır (Eryılmaz, 2013:57).

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde sağlık hizmetlerinde desantralizasyon uygulamasına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. 2004 yılı 5258 sayılı "Aile Hekimliği Kanunu" ile 2007 yılında hazırlanan "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" ve 2011 yılı 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname"yle yürürlüğe konulan kanunlar olmuştur (Yavuz ve Hamzaoğlu, 2009:354; Yavuz, 2015:4). Bu dönemde sağlık hizmetlerinde benimsenilen benimsenen değişiklikler aşağıda özetlenerek verilmiştir.

- Bakanlık bünyesinde politika belirleyen birimler ile hizmet sunan birimler birbirinden ayrılarak hizmet sunan kuruluşlar daha özerk bir yapıya dönüştürülmüştür.
- Hizmet sunumunda taşradaki birimlere daha fazla yetki devri yapılarak yatay örgütlenme tercih edilmiştir.
- Hizmet sunan kamu hastane birlikleri ile hastanedeki yöneticiler birimlerindeki faaliyetinden sorumlu tutularak, bu yöneticiler için esnek istihdamla birlikte performansa dayalı sözleşme imzalanmıştır. Böylece yönetici atamalarında kurum dışından (özel sektörden) yönetici atamasının önü açılmıştır.
- Koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunu yapan kuruluşların yönetimleri birbirinden ayrılmıştır.
- Bakanlık merkez ve taşra teşkilatlarında uzmanlaşmaya dayalı bir yapı benimsenmiştir.
- Kamu hastanelerinde kaynak kullanımında verimlik, etkinlik ve ekonomiklik ilkeleri ön planda tutulacağı vurgulanmıştır.
- Dış kaynak kullanımı yaygınlaşmıştır ve bu kapsamda kamu hastanelerinde bazı hizmetler (temizlik, yemek, bazı tıbbi hizmetler gibi) kurum dışından özel sektörden hizmet satın alınma yoluna gidilmiştir.
- Yapılan yasal düzenlemelerle kamu sağlık kurumları rekabetin ön planda olduğu ve özel sektör işletmeciliğine göre yapılandırılması amaçlanmıştır (Lamba vd., 2014: 53).

Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında 663 sayılı Kararnameyle değişiklik yapılmıştır. Merkezi düzeyde Bakanlık teşkilatı yapısında "Sağlık Politikaları Kurulu" ve "Hizmet Birimleri" şeklinde iki ayrı yapı oluşturulmuştur. Bu değişiklikte Bakanlığın hizmet üreten ve politika belirleyen birimler birbirinden ayrılarak merkeziyetçi olan yapısının azaltılıp, daha işlevsel olması amaçlanmıştır. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur. Böylece İl düzeyinde de sağlık hizmetlerinin sunumunda üç idari yapı öngörülüp, aşırı merkezi yapılardan uzaklaşarak mali ve idari özerkliğe sahip sağlık kurumlarının ön plana çıkacağı bir modelin benimseneceği ifade edilmiştir. 663 sayılı KHK'nin 30. maddesinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun taşradaki görevlerini Kamu Hastane Birliklerinin yerine getireceği ifade edilmiştir. Taşradaki Kamu Hastane Birlikleri'nin ise genel sekreterliğe bağlı hastane yöneticilerinden oluşacağı belirtilerek, tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmet başkanlıklarının kurulup genel sekreterlik bünyesinde görevlerini yürüteceği vurgulanmıştır. Hastane yöneticisine bağlı başhekim, başhekim yardımcıları, mali hizmetler, idari hizmetler, tıbbi hizmetlerin her biri için ayrı hastane müdürleri görevlendirilerek, yöneticilerle performansa dayalı sözleşmeler imzalanmıştır. Ancak kamu hastaneleri birlikleri modeliyle istenilen başarı elde edilemediğinden, kamu hastanelerinin yönetiminde 2017 tarihli 694 sayılı KHK ile yeniden değişiklik yapılarak, Kamu Hastane Birlikleri yönetim modeline son verilmiştir. 694 sayılı kararnameyle (Mad.188) "Hastaneler

hastane başhekimini tarafından yönetilir” denilerek. 663 sayılı kararnamede Kamu Hastaneleri Birliklerine bağlı hastane yönetimini üstlenen “Hastane Yöneticisi” kadrosu kaldırılmıştır (Resmi Gazete, 2011; Yılmaz, 2018:183; Durmuş ve Durmuş, 2019:227). Farklı kurumlar tarafından işletilen kamu hastaneleri (SSK hastaneleri vb.) tek çatı altında toplanarak Sağlık Bakanlığı’na devredilip daha etkin ve verimli hizmet verilmesi amaçlanmıştır. SDP ile her bölgenin sağlık hizmetine duyulan ihtiyacı, coğrafik yapısı, hastaların akışı, sağlık kurumlarına ulaşılabilirliğiyle birlikte sosyal-ekonomik yapısı dikkate alınarak, Türkiye’de 30 Sağlık bölgesi belirlenmiştir. Bu kapsamda sağlık hizmeti sunum açısından ülke geneli için belirli sağlık alanları ve bağlı bölge sağlık merkezleri ile merkezi konumdaki iller belirlenmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında yapılan değişiklikle Kamu Özel Ortaklığı Daire Bakanlığı’nın Bakanlık ana hizmet birimleri arasında yerini alarak kamu özel ortaklığı yöntemi ile birlikte Türkiye’de bütünleşmiş sağlık kampüsleri uygulaması hayata geçirilebilmiştir. Böylece hem hastane sayısı hem de yatak sayısında iyileşme sağlanması hedeflenmiştir. SDP kapsamında hastanelerin rolleri, yönetim ve örgütlenme biçimleri kurumsal olarak A, B, C, D ve E grubu olarak sınıflandırılarak hastanelerin daha işlevsel hale gelmesi amaçlanmıştır. SDP ile sağlık kuruluşlarında daha şeffaf yönetimin oluşturulması ve bürokrasinin azaltılması için bazı önemli çalışmalar yapılmıştır. Bu kapsamda Türkiye’de sağlık sektöründe başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere kamu hastane hizmetleri yeniden yapılandırılarak, merkezi hastane randevu sistemi, sağlık bilgi sistemi, evde sağlık bakımı, performans sistemi, kalite ve akreditasyon, acil sağlık hizmetleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde değişiklik yapılarak sağlık sektörü daha etkin hale getirildiği belirtilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan değişiklikle sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Yine 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu kanunuyla da SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, Sosyal Güvenlik Kurumu çatısında bir arada birleştirilmiştir. Genel Sağlık Sigortası (GSS) reformuyla da sağlığın finansmanı için kaynak oluşturulmaya çalışılmıştır (Eke, 2014:145; Eke ve Kerman, 2014: 67; Gülşen ve Yıldırım, 2017:164).

Türkiye’de sağlık hizmetleri (Koruyucu ve tedavi edici) uzun yıllar toplumun tümünü kapsayacak şekilde kamu tarafından yürütülen hizmet olarak görülmüştür. Fakat SDP ile sağlık sektöründeki reform çabalarıyla temel sağlık hizmetleri yine devletin asli görevleri arasında görülmüştür. Ancak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde piyasa tarafından üretilmesi ve desteklenmesi (özel sağlık hizmetleri) politikaları benimsenmiştir. Buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin piyasa tarafından sunumunda yıllara göre artış gözlenmektedir (Altay, 2007: 42). Örneğin Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre 2006 yılında Türkiye’de 278 olan özel hastane sayısı artarak 2016 yılında 571’e ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018:3).

Türkiye’de 2002 yılında 58. Hükümet tarafından yayınlanan acil eylem planında “Herkes için sağlık” başlıklı stratejiler içinde kamu sağlık sektöründe alt kademelere doğru yetki devri yapılarak önemli düzenlemelerin hayata geçirileceği ifade edilmiştir. Ayrıca bu dönemde sağlık alanında rekabet, dış kaynak kullanımı, performans, desantralizasyon gibi ilkeler vurgulanıp, sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamalarına ağırlık verilmiştir (Balcı, 2005: 58; Ünal ve Tagiyev, 2016:484; Doğan, 2017:6; Yılmaz, 2018:193). Bu dönemde Türkiye’de Kamu Hastaneleri Birlikleri aracılığıyla kamu hastanelerinde öngörülen yönetim modelinin başarısız olduğu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde istenilen başarının elde edilemediği vurgulanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2016 yılında “Sağlık Dönüşüm Programı- 2. Fazı” açıklarak, Sağlık hizmetlerinde; “Sağlıkta Gelişim Kalite ve Sürdürülebilirlik Dönemi”ne geçildiğini bildirmiştir (Aba, 2018:160).

5. SONUÇ

Dünyada sağlık hizmetlerinde desantralizasyon uygulamaları 1990'lı yıllardan itibaren çoğu ülkede sağlıkta yapılan reformların önemli bileşeni olmuştur. Desantralizasyonla, kamu sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumu, kaynakları yerel ihtiyaçlara göre planlanması, belirli grupların ihtiyaçlarını daha iyi karşılanması, dezavantajlı ya da öncelikli gruplara daha iyi hizmet sağlayarak eşitsizlikleri giderip ve demokrasinin gelişmesine katkı sağladığı için önerilmiştir. Sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun olumlu yanları kabul edilmekle birlikte bazı olumsuzluklarının da olduğu bildirilmiştir. Desantralizasyon uygulamasında başarının ülkelerin desantralizasyon deneyiminin yanında tarihi, siyasi, ekonomik ve kültürel yapısına da bağlı olduğu vurgulanmıştır.

Türkiye'de sağlıkta desantralizasyon uygulaması Sağlık Bakanlığı tarafından 1990'lı yıllardan sonra sağlık reformu çalışması kapsamında tartışılmıştır. 2003 yılında Sağlık Dönüşüm Programıyla başlayan süreçte 2012 yılına kadar sağlık hizmetlerinin verimli, kaliteli daha etkin sunulması için bazı reformlar yapılmıştır. Bu reformlarla merkezi düzeyde politika belirleyen ve hizmet üreten birimler birbirinden ayrılarak daha işlevsel hale gelmiştir. Yöneticilere daha fazla yetki verilerek yatay örgütlemeye gidilmiştir. Sağlık hizmetlerinde rekabet ve performansa dayalı çalışma anlayışı benimsenmiştir. Sağlıkta dış kaynak kullanımı yaygınlaşarak ve piyasalaştırma gibi uygulamalara ağırlık verilmiştir. Kamu hastanelerinde idari ve mali özerklik sağlamak için kamu hastaneleri birlikleri modeliyle yeni yönetim modeli uygulamaya konulmuştur. Türkiye'de bu süreçte sağlık hizmetlerinde desantralizasyon uygulamalarında istenilen başarıya ulaşılmadığı da vurgulanmıştır. Bu kapsamda Türkiye'de sağlık hizmetlerinde desantralizasyon uygulamalarının başarılı olması için:

- Sağlık hizmetlerinde desantralizasyon konusunda daha fazla araştırma yapılması,
- Sağlık yönetimi ve çalışanlarının desantralizasyon konusunda bilinçlendirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin başarısında, sağlık dışı kurumların olumlu etkileri yadsınamaz farklı sektörlerin sağlık hizmetlerinde (özellikle belediyelerin koruyucu sağlık hizmetlerindeki işlevi) rolü ve yerel kapasitesinin artırılması,
- Piyasa desantralizasyonu ile kamu-özel sağlık hizmetleri arasında sağlıklı dengenin kurulabilmesi için kamu sağlık hizmetlerinin sağladığı sosyal faydaların göz önünde bulundurulmasının,
- Koronavirüs salgını ve toplumun sağlığını tehdit edebilecek diğer olası risklerde sağlık sorunlarının çözümünde yerelin yönetsel, kamu sağlık hizmet kapasitelerini geliştirip ve daha fazla yetki verilmesi,
- Merkezi düzeyde kapsayıcı yaklaşım politikalarıyla birlikte yerelin yetkilerini artırıcı politikaların geliştirilmesi ve benimsenmesi önerilmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

6. KAYNAKÇA

Aba, G., (2018), Sağlık Politikası ve Planlaması, 1.Baskı, Ankara: Nobel.

Abdullah, M.T, and Shaw, J., (2007), “A Review of the Experience of Hospital Autonomy İn Pakistan”, *International Journal of Health Planning And Management*, 22: 45-62.

Aitken-K. RL., (2002), “Decentralization of the Health Sector”, in J,Litvack and J. Seddon, (Ed.). *Decentralization Briefing Notes:Strengthening Operational Skills in Community Driven Development*, (pp.57-61), Washington, D.C. World Bank Institute.

Aktel, M. Altan, Y. Kerman U. ve Eke, E., (2013), “Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz”, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2): 34-62.

Akyar, F. K., (2008), *Kamu Hizmetlerinin Desantralizasyonu Sürecinde Türkiye’de Belediye Hizmetleri ve Gelirleri, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.*

Altay, A., (2007), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, 64: 33-58.

André, C. Batifoulier, F. and Ferreira, M. J., (2016), “Health Care Privatization Processes İn Europe: Theoretical Justifications and Empirical Classification”, *International Social Security*, 69(1): 1-23.

Ang, Cynthia, A., (2020). “Oman: Private Hospitals Cannot Turn Away COVID-19 Patients”, *Middle East Insurance Review*. 7 July. <https://www.meinsurance.com/News/View-NewsLetter-Article?id=72520&Type=MiddleEast> .

Atun, R. (2007), “Privatization as Decentralization Strateg”, in J. Figueras, M. McKee, E. Mossialos and R. B. Saltman (Ed.), *Decentralization in Health Care, Strategies and Outcomes*, (pp.246-272). *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. First Published 2007: Open University Press.

Balcı, A., (2005), *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim; Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması*, 1. Baskı, Ankara: Nobel Basımevi.

Bankauskaite, V. and Saltman, R.B. (2007), “Strategic Dimensions; Central Issues İn the Decentralization Debate”, in J. Figueras, M. McKee, E. Mossialos and R. B. Saltman (Ed.), *Decentralization in Health Care, Strategies and Outcomes*, (pp.9-21). *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. First Published 2007: Open University Press.

BY DAILY SABAH WITH AFP (2020). “France, Italy, Spain İn Bid To Nationalize Businesses, Hospitals As Virus Hits”, *Istanbul Business*, Mar 17, 2020 1:26 Pm Gmt+3, <https://www.dailysabah.com/business/france-italy-spain-in-bid-to-nationalize-businesses-hospitals-as-virus-hits/news>. Erişim Tarihi: 14.06.2021.

Bayraktar, U. and Massicard, E., (2012), “Decentralisation in Turkey”, *Agence Française de Développement, Focales*: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00800106>.

Bello-Gomez, R.A., and Sanabria-Pulido, P.,(2021), “The Costs And Benefits of Duality: Colombia’s Decentralization and the Response to The COVID-19 Pandemic”, *Revista de Administração Pública*, <https://doi.org/10.1590/0034-761220200567>.

Biçer, E.B. ve İlman, E., (2019), “Türkiye’de Sağlık Sisteminin Yapısı”, *İçinde, Z. Öztürk (Ed.), Sağlık Kurumlarında Yönetim (ss.9-41)*, 1.Baskı,Ankara: Siyasal Kitabevi.

Berkün, S.. (2017), “Kamu Açısından Yönetim”, HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, 6(16): 638-663.

Carinci, F., (2020), “Covid-19: Preparedness, Decentralisation, and the Hunt For Patient Zero”, Editorials, BMJ 2020;368:bmj.m799 doi: 10.1136/bmj.m799.

Cheema, G.S. and Rondinelli, D.A., (2007), “From Government Decentralization to Decentralized Governance”, in D.A. Rondinelli and G.S.Cheema (Ed.), Decentralizing Governance: Emerging Concepts and Practices, (pp.1-20), Washington: Brookings Institution Press.

Çoban, H., (2009), Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, İzmir.

Diep, L. Archer, D. and Gueye, C., (2016), “Decentralisation in West Africa: The Implications For Urban Climate Change Governance”, London; Working Paper: 1-60. ISBN 978-1-78431-293-0.

Durmuş, A. ve Durmuş, M.N., (2019), “Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi”, 5(2); 216-229.

Eke, E., (2014), Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.

Eke, E. ve Kerman, U., (2014), “Sosyal Devletten Neoliberal Devlete Türk Sağlık Sektöründeki Paydaşların Sağlıkta Dönüşüm Algısı”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 19(1): 65-80.

Erdemir, L. Korkmaz, Z.F. Ünal, H. Bilen, H.İ. Karataş, M.O. Dokuyucu, O. vd., (2019), İl Sağlık Müdürlüğü Yöneticileri El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.

Eryılmaz, B. (2013), “Temel Kavramlar” İçinde S. Sözen (Ed.), Kamu Yönetimi (ss.2-55), 1. Baskı, Eskişehir: Web-Ofset.

Evelyn, A., (2004), “Autonomy of Apex Hospitals In Uganda: Too Little, Too Slow”, Health Policy And Development, 2(2): 151-160.

Ford, J., (2002), “Rationale for Decentralization”, in J.Litvack and J. Seddon (Ed.), Decentralization Briefing Notes: Strengthening Operational Skills in Community Driven Development (pp.6-9), Washington, D.C.: 1-75. World Bank Institute.

Gülşen, M. A. ve Yıldırım, M., (2017), “Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Uygulanan Sağlık Regülasyonlarının Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkisi”, Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,10(4):159-172.

Hart, T. and Welham, B., (2016), Fiscal Decentralisation, A Public Financial Management Introductory Guide, Shaping Policy For Development, London: Overseas Development Institute.

Hayran, O., (2017), “Sağlık Reformlarının Başarısı Açısından Desentralizasyon-Resantralizasyon Döngüsü ve Ülkemizdeki Son Durum”, J Biotechnol and Stratejic Healt Res.,1: 1-6.

Isufaj, M., (2014), “Decentralization And The Increased Autonomy İn Local Governments”, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 109: 459 -463.

İçişleri Bakanlığı Genelgesi (01.12.2020), “Koronavirüs ile Mücadele Kapsamında-Yeni Kısıtlama ve Tedbirler Genelgeleri”, <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirus-ile-mucadele-kapsaminda-sokaga-cikma-kisitlamalari-yeni-kisitlama-ve-tedbirler-genelgeleri>, Erişim Tarihi: 05.02.2021.

Janssen, R. and Made, J, V. D., (1990), “Privatisation İn Health Care: Concepts, Motives And Policies”, *Health Policy*, 14: 191-202.

Jayamani, J., Thangaraju, P., Thangaraju, E. and Venkatesan, S., (2020), “Decentralisation of Healthcare System Due to COVID-19 and Its Impact on Hospital Based Laboratories- Pandemic Panic Patients’ Reflection?”, *Journal of Responsible Technology*, Volume 1,100003, <https://doi.org/10.1016/j.jrt.2020.100003>.

Kara, M., (2016), “Türkiye’de Merkezileşme-Yerelleşme Tartışmaları ve Hizmet Sunumunda Ölçek Sorunu”, *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 14(27): 249-276.

Keskin, N. E., (2004), “Eğitimde Reform”, *Mülkiye Dergisi*, 245: 125-148.

Kigume R. and Maluka, S., (2018). “Health Sector Decentralisation İn Tanzania: How Do İnstitutional Capacities İnfluence Use Of Decision Space?” *International Journal of Health Policy and Management*:1-17.

Lamba, M. Altan, Y. Aktel, M. ve Kerman, Uysal., (2014), “Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme”, *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1): 53-78.

Larson, A. M., (2004), “Democratic Decentralisation İn The Forestry Sector: Lessons Learned From Africa, Asia And Latin America”, *Managua-Nicaragua:Center For International Forestry Research (CIFOR)*: 1-37. ISSN 0854-9818.

Mills, A., (1990), “Decentralization Concepts And İssues: A Rewiev”, in M. Anne, J.P.Vaughan, D.L.Smith, T. Iraj. (Ed.), *Health System Decentralization. Concepts, İssues And Country Experience* (pp.11-39),WHO, Geneva:Printed in England.

Nadeem, M., (2016), “Analyzing Good Governance and Decentralization in Developing Countries”, *Journal of Political Sciences & Public Affairs*, 4(3): 1-8.

Østergren, K. Silvia, B. Danishevski, K. and Oddvar, K. (2007), “Implementation of health care decentralization”, in J. Figueras, M. McKee, E. Mossialos and R. B. Saltman (Ed.), *Decentralization in Health Care, Strategies and outcomes*, (pp.225-245). European Observatory on Health Systems and Policies Series. First Published 2007: Open University Press.

Oplotnik, Ž. and Finžgar, M., (2000), “Eu Member States And Fıscal Decentralization-Empirical Comparison”, *Innovative Issues and Approaches in Social Sciences*, 6(3): 39-64.

Panda, B. Thakur, H. P., (2016), “Decentralization And Health System Performance -A Focused Review Of Dimensions, Difficulties, And Derivatives İn India”, *BMC Health Services Research*, 16(6):561.

Resmî Gazete (KHK/663-2011), “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, T.C. Resm Gazete: 11.02.2011/ 28103. Ankara. <https://www.resmigazete.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 03.11.2020.

Rubio, D.J. and Gomez, P.G., (2017). “Decentralization of Health Care Systems and Health Outcomes: Evidence From a Natural Experiment”, *Social Science & Medicine*: 188: 69-81.

Rondinelli, D.A. (1981), “Government Decentralization İn Comparative Perspective: Theory And Practice İn Developing Countries. *International Review of Administrative Sciences*”, (47):133-145.

Rondinelli, D. A. Nellis, J. R. and Cheema G. S., (1983), *Decentralization in Developing Countries: A Review of Recent Experience*. The World Bank, Staff Working Paper: 581, Management And Development Series, Number: 8. Washington, D.C., U.S.A.

Sağlık Bakanlığı (2018), <https://www.saglik.gov.tr/TR,11024/>, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017 Haber Bülteni, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara. . Erişim Tarihi: 05.01.2020.

Seval, Ç.Z. (2013), *Türkiye'de Desantralizasyon Çabaları Çerçevesinde Yerel Yönetimlerin Kamu Altyapı Yatırımlarının Finansmanında Sermaye Piyasasından Yararlanma İmkanları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Bilim Dalı, Ankara.*

Schneider A., (2003), “Decentralization: Conceptualization and Measurement”, *Studies in Comparative International Development*, 38(3):32-56.

Sevinç, İ. ve Özer, K., (2016), “Yeni Kamu Yönetimi Bağlamında Sağlık Bakanlığı Yeniden Yapılandırma Çalışmaları”, *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2(4):1373-1387.

Sözer, A. N., (2013), “Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastaneleri”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, özel Sayı, 15: 215-253.*

Şahin, S.,(2010), *Kamu Hastanelerinin Özerkleştirilmesi ve Ülkemizdeki Gelişmelere Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.*

Şahin, S. ve Sur, H., (2010), “Kamu Hastanelerinin Özerkleştirilmesi ve Ülkemizdeki Gelişmelere Yönelik Bir Araştırma”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 15: 50-58.*

Saltman, R.B., (2008), “Decentralization, Re-Centralization and Future European Health Policy”, *European Journal of Public Health, 18(2): 104-106.*

Terlizzi, A., (2018), “Health System Decentralization And Recentralization İn Italy”: Ideas, Discourse, and Institutions *Social Policy & Administration, 2018;1-15. DOI: 10.1111/spol.12458.*

Türk Dil Kurumu Sözlükleri (2020), Özerklik, <http://tdk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 06.03.2020.

Ünal A. ve Tagiyev, R., (2016), “Sağlık Sisteminde Desantralizasyon: Türkiye ve Azerbaycan Sağlık Sistemleri Üzerine Bir İnceleme”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, CİEP Özel Sayısı: 480-497.*

Vaughan, J.P., (1990), “Lessons From Experience”, İn M. Anne, J.P.Vaughan, D.L.Smith, T. Iraj. (Ed.), *Health System Decentralization. Concepts, İssues And Country Experience (Pp.132-151)*,WHO, Geneva: Printed İn England.

Vaughan, J.P. (1990), *Health System Decentralization. Concepts, İssues And Country Experience, İn M. Anne, J.P.Vaughan, D.L.Smith, T. Iraj. (Ed.). Chapter in; Lessons From Experience (p.132-151). WHO, Geneva: Printed İn England.*

Vrangbaek, K., (2007), “Towards a Typology For Decentralization İn Health Care, Key Factors İn Assessing Decentralization And Recentralization İn Health Systems”, in R. B. Saltman, B. Vaide. V. Karsten. (Ed.), Decentralization in Health Care, Strategies and outcomes (pp.44-66), European Observatory on Health Systems and Policies Series. First Published, 2007: Open University Press.

Yılmaz. A. (2018), “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Reformlar”, içinde D.Tengilimoğlu (Ed.) Sağlık Politikası (ss.183-210), 1.Baskı, Ankara: Nobel.

Yavuz M. ve Hamzaoğlu O., (2009). “Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştirilmesi: Ülke Örnekleri ve Türkiye”, Toplum ve Hekim, 24(4-5): 348-356.

Yavuz, C, I., (2015), “Kamu Hastane Birlikleri ve Hastanelerde Yapısal Dönüşüm”, Toplum ve Hekim, 30(1): 3-12.

Williams, O. D. (2020). “COVID-19 and Private Health: Market and Governance Failure”, Society for International Development, <https://doi.org/10.1057/s41301-020-00273-x>.

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS YÖNETİMİ: İKİNCİ BASAMAK UYGULAMALARI

PERFORMANCE MANAGEMENT IN HEALTHCARE INSTITUTIONS: SECOND STAGE APPLICATIONS

Uzm. Ömer TAŞKIN¹

ÖZET

Çağdaş kamu yönetimi kavramının getirdiği en yeni yaklaşımlardan biri de performans olgusudur. Performans, belirli bir süre içinde bireylerin veya grupların görevlerini yerine getirmek için yaptıkları planlı eylem ve çabalarının nicel ve nitel sonucudur. Öte yandan performans yönetimi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin, verimliliğinin, kapsayıcılığının, erişilebilirliğinin, adaletli ve etkin dağılımının iyileştirilmesi gibi hedeflere ulaşmak için yararlı bir araçtır. Bu çalışmada performans ve yönetimi kavramları değerlendirilerek, performansa dayalı ek ödeme yönteminin olumlu yönleri yanında son zamanlarda ortaya çıkan olumsuz ve amacından uzaklaşan yönleri de değerlendirilerek çözüm önerileri üzerinde durulmuştur. Sisteminin daha iyi anlaşılabilmesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci basamak sağlık tesislerindeki uygulamalar ve yansımaları örnek olarak incelenmiştir. Sistemin zamanla amacından uzaklaştığı, suiistimallere yol açtığı ve kapsamlı bir şekilde revizyona ihtiyacı olduğu tespitleri yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Performans, Performans Ölçümü, Performansa Dayalı Ek Ödeme.

ABSTRACT

One of the newest approaches brought by the concept of contemporary public administration is the performance phenomenon. Performance is the quantitative and qualitative result of the planned actions and efforts of individuals or groups to fulfill their tasks in a given period of time. On the other hand, performance management is a useful tool to achieve goals such as improving the quality, efficiency, inclusiveness, accessibility, fair and effective distribution of health services. In this study, the concepts of performance and management are evaluated, and the positive aspects of the performance-based additional payment method as well as the negative and deviating aspects that have emerged recently are evaluated and solution suggestions are emphasized. In order to better understand the system, the applications and reflections in the secondary health care facilities affiliated to the Ministry of Health have been examined as an example. It has been determined that the system deviated from its purpose over time, led to abuses and needed a comprehensive revision.

Key Words: Performance, Performance Measurement, Performance Based Additional Payment.

¹ Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü, Doktora Öğrencisi, omertaskin2@trakya.edu.tr

1. GİRİŞ

Günümüzde kuruluşlar, yoğun rekabet ortamı içindedirler. Kuruluşların rekabette avantaj sağlaması insan kaynaklarının geliştirilmesine bağlıdır. Ayrıca yöneticilerle birlikte tüm çalışanların belirli bir standardın üzerinde başarı göstermeleri gereklidir. Çalışanların gelişimi ve üstün performansı için iyi bir performans yönetimi sistemine ihtiyaç vardır. Kuruluşlar için yaşamsal bir öneme sahip performans yönetimi uygulamaları ile çalışanların becerilerinin tanınması, eğitim ihtiyacının belirlenmesi, çalışmaların yeterince değerlendirilmesi mümkün olacak ve çalışan performansı bundan olumlu bir şekilde etkilenecektir (Uysal, 2015:33).

Performans yönetim sistemi, insan kaynakları yönetiminin stratejik bir birim olması öngörülerek geliştirilmiştir. Bu sistem, çalışanları potansiyellerini ortaya çıkaracak şekilde motive eden ve onlardan daha etkili sonuçlar alınmasını sağlayan sistematik bir yönetim yaklaşımıdır. Performans yönetimi sürecinde; öncelikle kuruluşun (şirketin), departmanların (ekiplerin) ve bireylerin (çalışanlar) dönem başında hedefleri üzerinde anlaşmaya varılır. Böylece, çalışanlar ve yöneticiler karşılıklı olarak hem iş sonuçlarını hem de iş ilişkilerini iyileştirmeye çalışırlar. Dönem sonunda hedefler ve gerçekleştirmeler değerlendirilerek sapmalar veya iyileştirmeler ortaya çıkar (Işığışık, 2008:2).

Çağdaş kamu yönetimi düşüncesinin getirdiği en önemli düşüncelerden biri de performans kavramıdır. Kamu yönetiminin eski dönemdeki işi (veya etkinliği) girdilerle (yani çalışan kişi sayısı ve ayrılan bütçe) ve ortaya koydukları (çıktılar) ile değerlendirilip ölçülürken, yeni yaklaşımda somut eylemin faydaları ve sonuçları giderek en belirgin kriter haline gelmiştir. Bu yaklaşım aynı zamanda performans kaygısının karmaşık yönlerine de odaklanmıştır. Bu gelişme, performansın nasıl ölçüleceği, performans kriterlerinin neler olması gerektiği ve performans ile bütçe arasındaki ilişkinin nasıl düzenleneceği gibi ciddi soruları da gündeme getirmiştir (Akçakaya, 2012:172).

Hastaneler; teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve koruyucu sağlık hizmeti sunan, bilimsel araştırmaların gerçekleştirilmesini sağlayan ve aynı zamanda bir eğitim kurumu olarak faaliyet gösteren sağlık hizmeti işletmeleridir. Bu hizmetlerin gerçekleştirilmesinde belirtilen amaç ve hedefler doğrultusunda faaliyetlerin planlanması; faaliyet sonuçlarını ölçmek ve planlananla karşılaştırmak; Sonuçları değerlendirmek ve bu temelde kararlar vermek önemlidir. Performans ölçümü olarak tanımlanan bu süreç ile hastaneler geleceklerini şekillendireceklerdir (Dereköy ve Kalmış, 2013:140).

Kamu sektöründe performans ölçümü ve denetimi oldukça karmaşıktır. Performans sonuçları üretkenliği, hizmet kalitesini ve vatandaş memnuniyetini yakından etkiler. Kamu idareleri tarafından sağlanan hizmetlerin ölçülebilirliği konusunda bazı ciddi ve haklı endişeler bulunmaktadır. Aslında, girdi çıktı analizi ile birçok kamu hizmetini değerlendirmek, yani nicelleştirmek zordur. Etkili, verimli ve rasyonel bir performans değerlendirmesi için kamu hizmetleri ölçülebilir hale getirilmelidir (Akçakaya, 2012: 179).

Türkiye’de son yıllarda sağlık alanında, özellikle de kamu hastanelerinde performans değerlendirme yöntemleri, kurumların hem finansal ve sağlık hizmet üretim performanslarını ölçmede hem de personelin ücret ödemelerini gerçekleştirmede kullanıldığı için büyük önem kazanmıştır.

Bu çalışmada performans ve yönetimi kavramları değerlendirilerek, performans dayalı ek ödeme yönteminin olumlu yönleri yanında son zamanlarda ortaya çıkan olumsuz ve amacından uzaklaşan yönleri de değerlendirilerek çözüm önerileri üzerinde durulmuştur. Sisteminin daha iyi anlaşılabilmesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci basamak sağlık tesislerindeki uygulamalar ve yansımaları örnek olarak incelenmiştir.

2. PERFORMANS KAVRAMI

Performans (performance) kelimesi Fransızca kökenli bir kelime olup dilimize “icra etme, yapma, etme, ifa” olarak tercüme edilmiş ve zaman zaman başarı, başarmak, başarımlar kavramları ile özdeşleştirilmiştir (TDK Türkçe Sözlük 2011: 62).

Performans kavramı çeşitli kaynaklarda farklı tanımlamalarla karşımıza çıkmaktadır. Bu tanımlardan bazıları şunlardır;

Genel manada performans değerlendirmesi, çalışanların yeteneklerinin iş ve görevlerinin niteliklerine ve gereklerine hangi ölçüde uyduğunu ortaya koyan ve çalışanlardan (takımlardan veya kuruluşlardan) beklenen standartlar (hedefler) ile onların ulaştıkları sonuçların/başarılarının karşılaştırılması olarak nitelendirilebilir. O halde, performans değerlendirmesi sadece çalışanların şahsi olarak değerlendirilmesi değil, onların bağlı oldukları ekiplerin veya kuruluşun performansının da entegre edilerek değerlendirilmesi sürecidir (Işığışık, 2008:3).

Performans, bir bireyin veya grubun belirli bir süre içinde bir işi yaparken gösterdiği eylem ve çabanın nicel veya nitel sonuçlarıdır. Tanımlara baktığımızda performans kavramı içerisinde belirli bir süre içerisinde onlardan belli bir miktar iş beklendiğini ve sonucun beklentiyle karşılaştırıldığını görüyoruz. Bu karşılaştırma sonucunda bireyin veya grubun performansı ortaya çıkmaktadır (Uysal, 2015:33).

Performans kavramı, en geniş anlamıyla belirli bir hedefe ulaşmak için önceden belirlenmiş bir faaliyetin sonucunu sayısal ve nitelik olarak ortaya koyan bir kavramdır (Akal, 1998:1).

Sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu kişilerin hizmet verme süreçleri ve bireysel performansları, hizmetin bir bütün olarak sunulduğu sağlık kuruluşunun çıktılarını ayrı bir şekilde yansıtır. Bu çıktılara göre, sağlık kurumunun amacının ne kadarını gerçekleştirebildiği ve görevinin ne kadarını yapabildiği anlaşılabilir (Üner, 2006: 42).

Performans yönetimi ise sağlık hizmeti çıktılarının kalitesini, verimliliğini, kapsayıcılığını, ulaşılabilirliğini, adaletli ve etkin dağıtımını yükseltmek gibi hedeflere ulaşmada işe yarayan bir süreçtir. Bununla birlikte, sağlık sonuçlarını ölçmek görüldüğü kadar kolay değildir. İngiltere, Yeni Zelanda, Avustralya ve Kanada bu tür ölçümleri gerçekleştiren ve sağlık kurumlarını endüstriyel süreçlerde olduğu gibi standartlaştırarak sağlık hizmetlerinde performansı ölçmeyi başaran ülkeler arasındadır. Bu ülkelerde sağlık hizmetleri alanında uygulanan performans ölçütlerinin " sağlık hizmetinin çıktıları artırdığı, hasta bakım kalitesini artırdığı, ulusal önceliklere ulaştığı ve sağıktaki eşitsizlikleri azalttığı " belirlenmiştir (Smith, 2002:26).

2.1. Performans Yönetimi

Performans yönetimi ilk olarak 1955'de Peter Drucker tarafından ortaya atılan, hedeflerle yönetim prensibine dayanmaktadır. Hedeflerle yönetim, kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerin belirlenmesi ve belirlenen bu hedefler doğrultusunda geliştirilen taktik ve politikaların yönetiminde kullanılmasıdır. İşletmeler, önceden belirlenmiş hedeflerine ulaşmak için

faaliyetlerini yürütürler. İşletmelerin hedefler sistemi, farklı hedeflerin birbirileri ile uyumlaştırılmış birleşiminden oluşur. İşletmenin temel amacı, diğer alt amaçlarla desteklenmektedir. Yöneticilerin, iş faaliyetlerini objektif olarak değerlendirmek için ölçülebilir hedefler koyması gerekir. Bu amaçlar kullanılarak kurulacak performans yönetim sistemi, karar vericilere geçerli ve güvenilir bilgi sağlayabilmelidir (Coşkun, 2007:64).

Performans yönetimi; çalışanları kendi yeteneklerinin farkına varmalarını sağlayacak biçimde güdüleyerek örgütlerden, takımlardan ve çalışanlardan daha etkin sonuçlar almak için üzerinde anlaşma sağlanmış hedefler, performans standartları, amaçlar, ölçüm, geri bildirim, ödüllendirme vb. aşamalardan oluşan sistematik bir yönetim aracıdır. İyi bir performans yönetimi için; yazılı, kesin, ölçülebilir, zamanı belli, ulaşılabilir, esnek, yetkiyle sınırlı performans standartlarına ihtiyaç vardır (Akçakaya, 2012:172).

Performans yönetimi, bireylerin ve ekiplerin performansını belirlemek, ölçmek ve geliştirmek ve performans kuruluşun stratejik hedefleriyle uyumlu hale getirmek için devam etmesi gereken bir süreçtir (Aguinis, 2013: 46).

Performans yönetimi (değerlendirme) sisteminin temel hedefi, amaçları ve bireysel gelişime yönelik ihtiyaçları belirlemek, izlemek ve değerlendirmektir. Performans yönetim sistemi doğru koşullarda ve adil uygulanırsa elde edilen sonuçlar insan kaynaklarında diğer alt birimlerde girdi olarak kullanılabilir (Işığışık, 2008:3).

Diğer bir deyişle, organizasyonun stratejilerini yönetme süreci olarak ifade edilebilecek performans yönetim sistemi, organizasyonun performansını yönetmek için yöntemleri, araçları, geri bildirimleri, ödeme ve sistemleri içermektedir. Ayrıca performans yönetim sistemi, çalışanların yetenek ve hedeflerini stratejik olarak bütünleştirmekte ve belirlenen hedeflere ulaşma açısından fayda sağlamaktadır (Öztürk, 2010:162).

2.2. Performans Yönetiminin Amacı

Performans yönetimi (değerlendirme) sisteminin temel amacı, amaçları ve bireysel gelişime yönelik ihtiyaçları belirlemek, izlemek ve değerlendirmektir. Performans yönetim sistemi doğru koşullarda ve adil uygulanırsa elde edilen sonuçlar insan kaynaklarında diğer alt sistemlere girdi olarak kullanılabilir (Işığışık, 2008:4).

Performans değerlendirmelerinin kullanıldığı alanlar ise şöyle sıralanabilir (Akçakaya, 2012:4): Ücret yönetimi, teknik becerilerin geliştirilmesi, eğitim ihtiyacının belirlenmesi, mesleki gelişim, kariyer yönetimi, kişisel gelişim, kurumsal etkinliği artırma, stratejik planlama, rotasyon, iş geliştirme, iş zenginleştirme

Performans değerlendirme sistemi kurmak için öncelikle bir süreç başlatılmalı ve ön çalışmalar yapılmalıdır. Değerlemenin kime yapılacağı, kimler tarafından uygulanacağı, değerlendirme dönemlerinin ne olacağı, hangi değerlendirme yönteminin seçileceği gibi konular açık ve net bir şekilde belirlenmelidir (Sabuncuoğlu, 2005:186).

Performans ölçümleri, stratejik / operasyonel kalite yönetiminin ayrılmaz bir parçasıdır. Neyin ölçüleceğinin tanımlamanın yanı sıra,

- Ölçümün nasıl yapılacağı
- Ölçümün nerede yapılacağı
- Hangi zamanda ölçüleceği
- Hangi sebep ile ölçüleceği çok önemlidir (Zairi, 2012:126).

Armstrong (2006) performans yönetiminin hedeflerini şu şekilde açıklamaktadır (Uysal, 2015:37):

- Çalışanları yapabileceklerinin en iyisini yapmaları için güçlendirmek, güdülemek ve ödüllendirmek,
- Çalışanları görevlerine odaklamak ve görevlerin doğru yapılmasını sağlamak,
- Performansı bilinçli bir yönetim tarafından belirlenen amaç ve sorumluluklar için kullanmak,
- Hedeflere ulaşmak için odaklanmayı artırmak, grup ve organizasyon yararına bireysel ve grup potansiyelini artırmak.

İnsan kaynakları yönetiminde performans değerlendirmesi son derece önemli ve öncelikli bir çalışmadır. Ancak, en iyi sistemi kurmak yerine; bu sistemi güvenilir, gerçekçi ve uygulanabilir bir zemine oturtmak daha çok önem taşır. Şüphesiz buradaki en büyük rol yöneticilere düşmektedir. Yöneticiler, çalışanlarının belirli dönemler sonunda elde ettikleri başarıyı ölçme ve değerlendirme konusunda son derece hassas, titiz ve objektif davranmalı ve şeffaf bir sistem kurmalıdırlar (Sabuncuoğlu, 2005:187).

2.3. Performans Yönetiminin Yararları

Performans Yönetimi, personelin, örgütün amaçlarına ulaşmak için, göstereceği gayretin ve çalışmanın artırılmasına yönelik, sevk edilmesi, değerlendirilmesi, ücretlendirilmesi, ödüllendirilmesi ve geliştirilmesi sürecidir (Aydın, 2008:177). Performans yönetiminin yöneticiler, astlar ve örgüt için pek çok yararları vardır (Uyargil vd., 2008:246):

Yöneticiler için yararları

- Planlama ve kontrol işlevlerinde daha etkili olur, bu şekilde astlarının ve birimlerinin performansı gelişir
- Astları ile aralarında ki iletişim artar
- Astlarını değerlendirirken kendi güçlü/zayıf yönlerini de tanırlar
- Yönetimsel yeteneklerini geliştirirler

Astlar için yararları

- Üstlerinin kendilerinden neler beklediğini ve performanslarının nasıl değerlendirildiğini öğrenirler
- Güçlü / zayıf yanlarını tanırlar
- İşletme içinde ki rol ve sorumluluklarını daha iyi anlarlar
- Performanslarına ilişkin elde ettikleri geri bildirim yolu ile iş tatmini ve kendine güven duygularını geliştirirler

Örgüt için yararları

- Kuruluşun verimliliği ve karlılığı artar
- Hizmet ve üretim kalitesi artar
- Eğitim ihtiyaçları ve bütçe belirlenir
- İnsan kaynakları planlaması için gerekli bilgiler daha güvenilir bir şekilde elde edilir

- Bireylerin gelişim potansiyelleri daha doğru belirlenir

2.4. Performansın Ölçülmesi

Performans yönetiminde çalışanların; örgütün (şirketin) amaçları ile önceliklerinin neler olduğu, bu konuda neler yapılması gerektiği ve yapılan işlerin bölümlerine ve organizasyonun amaçlarına yaptığı katkının belirlenmesi gerekir. Bu amaçla çok yönlü ve etkili bir performans ölçümüne ihtiyaç vardır. Şüphesiz; çalışanların işlerine, bölümlerine ve dolayısıyla örgütlerine yaptıkları katkılarını tarafsız olarak ölçebilmek imkan dahilinde olsa da, söz konusu ölçütler bazen insan ön yargısına ve dolayısıyla hatalı ölçüme de neden olabilmektedir (Işığışık, 2008:2).

Örgütsel performansın ölçülmesinde kullanılacak temel kriterler; kalite, verimlilik, karlılık, maliyet, yenilikçilik, müşteri memnuniyeti ve çalışan memnuniyeti kapsamında değerlendirilebilir. Kişisel performans kriterleri ise; çalışanın yaptığı işin kalitesi, yenilikçilik, üretkenlik, çalışma gayreti, eğitim ve bilgi seviyesi, ekip çalışmasındaki başarısı, liderlik yeteneği, dürüstlük, problem çözme, uyum ve esneklik, potansiyel olarak sıralanabilir (Akçakaya, 2012:172).

Her organizasyonun performans ölçümü yapmak için kendine özgü bazı nedenleri vardır. Bununla birlikte, genel olarak işletmeler aşağıdaki nedenlerden dolayı performans ölçümü yapmaktadır (Coşkun, 2007:6):

- Örgütün genel olarak başarı durumunu değerlendirmek.
- Örgütün müşterilerinin isteklerini karşılayıp karşılayamadığını belirlemek, yani onların arzu ettikleri malların ve hizmetlerin sunulup sunulmadığını öğrenmek.
- Örgütün yaptığı faaliyetler hakkında bilgi sahibi olmasına yardımcı olmak, yani bildiklerinin doğruluğunu onaylayabilmek ve neleri bilmediğini ortaya çıkarmak.
- İsraf yapılan veya dar boğaz olan yerler gibi sorunlu alanları ortaya çıkarmak ve gelişme olabilecek alanları belirlemek.
- Kararların, duygusal, sezgisel, inanışlara veya varsayımlara dayalı olarak değil de, gerçek verilere dayanarak alındığından emin olmak.
- İşletmenin işlem ve süreçlerinde bir ilerleme planlanmışsa, bunun gerçekleşip gerçekleşmediğini tespit etmek.

Ölçüm süreci, herhangi bir varlığın veya olayın ölçülmek istenen özelliğinin, bu özelliğin ölçülmesine yarayan bir ölçek ile aslına uygun olarak tasvir edilmesidir. Değerlendirme işlemi ise bir karar verme işlemi olup, ölçmeden ayrılmaktadır. Değerlendirme işleminde, ölçüm sonuçları alınır, belirlenen ölçütle karşılaştırılır ve ölçüm sonucunun belirlenen koşulu karşılayıp karşılamadığı kontrol edilir (Özçelik, 2010:2).

Performans ölçümleri sonucunda şu sorulara yanıt aranır (Akal, 2002:65):

- İşler ne kadar iyi yapılıyor?
- Beklenen sonuçlara ne ölçüde ulaşıldı?
- Yapılan çalışma hedeflere katkı sağladı mı?
- Bu çalışmaların örgütsel performansa etkileri nelerdir?
- Hedeflere ve stratejilere uyulmuş mu?
- Temel ilkelerden herhangi bir sapma var mı?
- Doğru yönde ve iyiye doğru gidiliyor mu? vb.

3. İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİNDE PERFORMANS ÖLÇÜMÜ

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri ve hizmet sonuçları itibariyle insan yaşamı üzerindeki ciddi etkilerinden dolayı, sağlık hizmetlerinde kalite ve performans açısından yeniden yapılanma sürekli gündemdedir. Bu aynı zamanda sağlık hizmetlerinde kalitenin önemini de artırmaktadır. Sağlık otoritelerinin en temel görevlerinden biri erişilebilir, verimli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunmaktır. Ayrıca sağlık hizmetinden yararlananların memnuniyeti veya sunulan hizmete duydukları güven de kurumsal başarı için bir gerekliliktir (Aydın vd., 2009:16).

Günümüzde, hastaneler klinik kalitenin geliştirilmesi, sunulan hizmetin iyileştirilmesi ve maliyetlerin azaltılması konusunda güçlü bir baskı ile karşı karşıyadır. Rekabet baskısı, hastanelerin pazar paylarını korumak için, performanslarını ölçmelerini, takip etmelerini ve raporlamalarını zorunlu kılmaktadır (Curtright, 2000:58).

Aslında, sağlıkta performans ölçümü yeni bir çaba değildir, tarihsel süreçte farklı şekillerde gerçekleştirilmiştir. Örneğin, 18. Yüzyılın ortalarında Pensilvanya Üniversitesi hastanesinde hasta kayıtları, performans ölçümünde kanıt olarak takip edilmiştir. 19. Yüzyılın ortalarında Kırım savaşı sırasında, Florence Nightingale, İngiltere'nin başlıca hastanelerinde ölüm ve enfeksiyon oranlarını veri olarak toplamıştır. 20. Yüzyılın başlarında ise, sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde performans ölçümü, artık uygulanabilir bir araç haline gelmiştir (Loeb, 2004:7).

Ayrıca ülkemizde hastanelerde performans ölçümüne yönelik çalışmalar Sağlık Bakanlığı tarafından "Kurumsal Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme Uygulamaları" adı altında yapılmaktadır. Pek çok unsurdan oluşan özgün ve ulusal bir sistem olan kurumsal performans ölçümü ve kalite iyileştirme uygulamaları, Sağlık Bakanlığı'na bağlı 800'den fazla hastanede 2004 yılından bu yana gerçekleştirilmektedir. Sistemin amacı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırma, sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve kaliteli ve verimli sağlık hizmetleri sunmaktır. Kalite iyileştirme uygulaması çok boyutlu bir yaklaşımdır. Kurumsal performans ölçümü; hizmete erişim, verimlilik, hizmet kalite standartları ve çalışan ve hasta memnuniyeti anketleri bileşenleri ile gerçekleştirilmektedir (Dereköy ve Kalmış, 2013:141).

Bu uygulama ile sağlık kuruluşlarının Bakanlık tarafından belirlenen hedeflere ulaşip ulaşmadığını görmeleri ve her dönemde birbirleriyle karşılaştırmaları mümkündür. Ayrıca hastanelerde performansa dayalı ek ödeme ile kurumsal performans ölçümü ve kalite iyileştirme uygulamaları entegre edilerek çalışanlar da bu sürece dahil edilmişlerdir (Aydın vd., 2009:17).

Sağlık hizmetlerinde kalite, verimlilik, etkililik, hasta memnuniyeti, çalışanların finansal açıdan teşviki, çalışanların memnuniyeti ve sistemin performansının izlenip değerlendirilmesini de içeren tümleşik modelin ana hatlarını oluşturmaktadır. Bu tümleşik model uygulamaya girdiği günden beri çözmeyi hedeflediği sorunlar açısından başarı göstermiştir. Dinamik bir yapıya sahip olan bu sistem sürekli gelişime açıktır (Aydın vd., 2009:18).

3.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması

Türkiye kamu sektöründeki yöneticiler dünya ölçeğinde olduğu gibi özel sektör yönetim tecrübesinden etkilenmiş ve 1990'lı yıllarda Türk kamu sektörü kuruluşları dünyadaki benzerleri gibi hizmet kalitesi, verimlilik ve etkililiklerini geliştirmek için bir arayış içine girmişlerdir (Halis ve Şimşir, 2017:24).

Son 20 yıldır devam eden bu reform çabaların yansıması Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında uygulamaya koyduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda (SDP) görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, başlangıcından bu güne kadar gerçekleştirilen uygulamalar göz önüne alındığında, "performans yönetimi" anlayışının ücretlendirme sisteminden istihdam politikalarına, hasta haklarından sağlık hizmetlerinde kaliteye kadar geniş bir alanda yerleşmeye başladığı görülmektedir (Aydın vd., 2009:17).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, sağlık politikalarında köklü değişimler meydana geldi. Sağlıkta reform olarak kabul edilen bu program kapsamında, sağlık sisteminde karar vericiler, çalışanlar ve hizmeti alanlar bir bütün olarak değerlendirilmektedir. SDP'nin sağlık sisteminin kalitesi üzerine kurgulanan hedefini gerçekleştirmek amacıyla Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı ilk olarak Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde kuruldu. Başkanlık, uzun süre bağımsız bir Daire olarak görev yaptıktan sonra Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde hizmetlerine devam etmektedir (Öztürk, 2010:2).

İlk olarak 2003 yılında 10 ilde pilot olarak kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik etmek amacıyla Türkiye'ye özgü olarak geliştirilen performans uygulamaları bireysel performansı ölçerek sağlık hizmetlerinin gelişimine verilen katkıya dayalı ek ödeme yapılması esasına dayanmaktadır. Bu 10 il'deki çıktılar ve geribildirimler dikkate alınarak gerekli düzenlemeler yapılmış ve 2004 yılından itibaren Bakanlığa bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulamaya konulmuştur.

Bakanlığın performans uygulamaları, birçok farklı amacı dikkate alacak şekilde hayata geçirilmiş birden fazla uygulamayı içeren bir sistem olarak tasarlanmıştır. Sistemin hasta odaklı hedefleri, sağlık kurumlarında hizmete katkı sağlayan tüm birim ve çalışanları hastaların beklentileri doğrultusunda yönlendirmek ve hasta memnuniyetini sağlamak esasına dayanmaktadır. Sistemin amaçları kurum ve çalışan açısından değerlendirildiğinde, sağlık kurumlarına kısmi özerklik tanınarak çalışanların inisiyatif almalarının sağlanması ve böylelikle pratik çözüm üretme kapasitesinin harekete geçirilmesinin amaçlandığı görülmektedir (Güler vd., 2015:3).

Uygulamanın, personel verimliliğini ve kamuda tam gün çalışma oranını artırması, artan sağlık hizmet talebini karşılaması, hastanelerde bilgi sistemleri ile düzenli bir kayıt sistemini oluşturması, ameliyathane görüntüleme ve benzeri birimlerin daha etkin kullanımını ve verimliliğini artırması, sağlık kuruluşlarının gelir-gider dengelerinin hassasiyetle takip edilmesi noktasında önemli katkıları olmuştur.

Performans yönetimi yaklaşımı, modern sağlık hizmeti sunumunun karmaşık sorunları ile başa çıkmak için daha iyi yapılandırılmış bir yöntem getirmiştir. Bununla birlikte, performans kavramı genellikle finansal hedefler ve artan verimlilik olarak oldukça dar bir anlamda yorumlanmış ve hastalar ve sağlık çalışanları için ne anlama geldiği konusunda yeterince yorumlanmamıştır (Halis ve Şimşir, 2017:27).

3.2. Sistemin Yasal Dayanağı

07/3/2006 tarihli ve 5471 sayılı Kanunla, 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Kanunun 5'inci maddesinde yapılan değişiklik ile; personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli olan memurlar ile bu kurum ve kuruluşlarda 10/7/2003 tarihli ve 4924 sayılı Kanun uyarınca sözleşmeli olarak istihdam edilen sağlık personeline ve 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin Ek 3'üncü maddesine göre istihdam edilen sözleşmeli personele mesai içi veya mesai dışı ayrımı yapılmaksızın ek ödeme

yapılabilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, bu ödemenin oranı ile esas ve usulleri personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesini sağlamak amacıyla görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönerge”, Sağlık Bakanlığının 09/02/2004 tarih ve 417 sayılı makam oluru ile yürürlüğe girmiştir.

Uygulamada halen en son 04/03/2020 tarih 31058 sayılı Resmî Gazete de yayınlanarak güncellenen Sağlık **Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik** hükümlerine göre performansa dayalı ek ödeme uygulaması yapılmaktadır.

3.3. Sistemin İşleyişi

Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulamasının birbiriyle uyumlaştırılması sonucu kalite çalışmaları Sağlık Bakanlığı kurumlarında temel gündem maddesi olmuştur. Kurumsal performansın yüksek olduğu kurum veya kuruluşlarda, bireysel performans da daha fazla ödüllendirilmektedir. Böylece niceliğe verilen ödülün büyüklüğünü nitelik belirlemektedir (Aydın vd., 2009:18).

3.3.1. Bireysel Performans Uygulaması

Uygulama, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, her bir basamağın kendine özgü modellemesi yapılarak uygulanmaktadır. Çalışanların performansları kuruluşlarda sağlık hizmeti sunumunda kullanılan 5200 adet işlemin puanlandırılması ve ölçülmesine dayanmaktadır. Puanlar, her bir işlemin riskine, işlem için harcanan çabaya ve zamana göre belirlenmektedir (Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi,2005).

3.3.2. Kurumsal Performans Uygulaması

2005 yılında ilk kez uygulanan kurumsal performans; Bakanlık hastanelerinde hastanenin kendisi tarafından yapılan bir iç değerlendirme ve Sağlık Müdürlüğü veya Bakanlık tarafından yürütülen bir dış değerlendirme sisteminden oluşmaktadır. Kurumsal performans ölçümünde hasta güvenliği, laboratuvar güvenliği, hasta hakları ve tesis güvenliği gibi ölçütler dikkate alınmaktadır (Güler vd., 2015:19).

Kurumsal performans ölçümü ile çalışanlara ödenen performansa dayalı ek ödemeler arasında doğrudan bir ilişki vardır. Buna göre, hastanelerin kurumsal performans ölçümü değerlendirmesi sonucunda elde edilen katsayı, hastane tarafından dağıtılacak döner sermayeyi etkilemektedir (Güler vd., 2015:22).

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde kurumsal performans ölçümünde yer alan ve dağıtılacak ek ödeme miktarını belirleyen değerlendirme kriterleri ve bu kriterler sonucunda ortaya konulan katsayılar birim performans katsayısı, hizmet verimlilik katsayısı, sağlık tesisi kalite katsayısı ve dönem ek ödeme katsayısı olarak dikkat çekmektedir (Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2005).

1. Birim performans katsayısı: Sağlık tesislerinde görev yapan tabiplerin görev yaptığı birim için bu Yönetmeliğin üçüncü ve dördüncü bölümlerindeki usul ve esaslara göre belirlenen ve tabiplere yapılacak ek ödemenin hesaplanmasında kullanılacak olan (0,85) ilâ (1) arasında değişen katsayıyı,

2. Hizmet verimlilik katsayısı: Sağlık tesisinde hizmet veren personelin maliyet kontrolü ve verimliliğe teşviki amacıyla, sarf malzeme kullanımı, ilaç tüketimi, laboratuvar ve görüntüleme gibi tetkikler ile hasta memnuniyeti gibi kriterler dikkate alınarak usul ve esasları Bakanlıkça belirlenen 0,9 ile 1,1 arasındaki katsayıyı, (Bakanlıkça konuya ilişkin esaslar yayımlanincaya kadar tüm personel için, hizmet verimlilik katsayısı 1 olarak kabul edilir.

3. Sağlık tesisi kalite katsayısı: Bakanlık tarafından yayımlanan usul ve esaslara göre hesaplanan ve sağlık tesislerinde dağıtılabilecek döner sermaye tutarının belirlenmesinde kullanılacak olan (0) ilâ (1) arasında değişen katsayıyı,

4. Dönem ek ödeme katsayısı: Sağlık tesislerinde 8 inci maddenin üçüncü fıkrasının (a) bendine göre tespit edilen dağıtılacak döner sermaye miktarının, sağlık tesisi toplam puanına bölünmesi sonucu bulunan katsayıyı ifade etmektedir.

Performansa dayalı bu sistemin temel amacı, kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin hastane kaynaklarını en verimli şekilde kullanarak verimli ve kaliteli sağlık hizmeti vermelerini sağlamaktır. Ayrıca hekimleri cesaretlendirecek ve motive edecek, hastanede kalmalarını sağlayacak ve aynı zamanda adil bir sistem olarak algılanacak bir ödeme sistemi hedeflenmektedir (Yüksel ve Sayın, 2020:388).

Sistemin uygulanmasının sonuçları şu şekilde özetlenebilir (Aslan, 2011:427):

- Performans değerlendirme sistemi, personel verimliliğini sağlayarak sağlık hizmetlerine yönelik artan talebin karşılanmasında en önemli araç olmuştur.
- Performans değerlendirme sistemi, hastanelerin mevcut kapasitelerini daha verimli kullanmalarına önemli katkılar sunmuştur.
- Sistem sayesinde hekimlerin kamuda tam zamanlı çalışmaya önceki dönemlere göre daha istekli olduğu görülmüştür. 2002 yılında% 11 olan kamuda çalışan tam zamanlı uzman hekim oranı 2007 yılında % 62 olmuştur.
- Daha yüksek bir kuruma sevk oranları düşmüş ve hastaların kendi yerleşim alanlarında tedavi oranları artmıştır.
- Poliklinik oda sayısında önemli bir artış olmuştur.

3.4. Sağlık Bakanlığı İkinci Basamak Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödemenin Hesaplanması

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından sağlık personeline yapılacak ‘Sabit Ek Ödemeye’ ilişkin (2010/53) sayılı genelgeye göre 209 sayılı döner sermaye kanununun ek 3. maddesinde sayılan tabipler dış tabipleri ve diğer sağlık personeline katkılarına bağlı olmaksızın her ayın 15’inde ve döner sermaye kaynaklarından peşin olarak Döner Sermaye Sabit Ödemesi (DSSÖ) yapılmaktadır. Buna göre, bir hizmet hastanesinde çalışan sağlık personelinin yaklaşık aylık kazancı, maaş (genel bütçe), döner sermaye sabit ödemesi, mesai içi ek ödeme, mesai dışı ek ödeme ve nöbet ücretlerinden oluşmaktadır.

DSSÖ uygulamasına tabi olarak çalışan sağlık personeline peşin olarak yapılacak DSSÖ, aynı döneme ilişkin hakkedişinden kendilerine tahakkuk eden döner sermaye (brüt) tutarından mahsup edilir. Tahakkuk eden döner sermaye miktarı, DSSÖ’den fazla ise aradaki fark kadar ilgili sağlık personeline ödeme yapılır. DSSÖ, kendilerine tahakkuk eden döner sermayeden fazla ise aradaki fark geri alınmaz. Mahsuplaşma işlemi brüt tutarlar üzerinden gerçekleştirilir.

Hastanelerde çalışan personelin performans olarak döner sermayeden aldığı ücretler yukarıda sözü edilen bireysel ve kurumsal pek çok performans kriterlerinden etkilenmektedir. Hastanede çalışan hekim, performans esasına göre çok çalışıp çok girişimsel işlem puanı kazanmış olsa da cari ayda hastanenin tahakkuk ettirdiği gelirin vergiler ve diğer kesintiler düşüldükten sonra yaklaşık %38'i döner sermaye olarak dağıtılabilmektedir. Kalan döner sermaye gelirleri hastanelerin diğer işletme faaliyetleri (ilaç ve tıbbi malzeme alımı, ısıtma, soğutma, tamir bakım vb.) için kullanılmaktadır.

3.4.1. Dağıtılacak Tutarın Belirlenmesi

Hesaplamalara başlamadan önce döner sermayede oluşan gelirin dağıtımını için döner sermaye komisyonunca dağıtım miktarı kararı alınmaktadır. Döner sermayeye gelir olarak kaydedilen tutar üzerinden yönetmelikte belirtilen hususlar oranında ayırım yapıldıktan sonra geri kalan kısım yönetim kararı ile ek ödeme olarak dağıtılmaktadır. Bağış, faiz geliri, kira geliri, genel bütçe aktarmaları vb. gibi personelin katkısı olmayan gelirler ek ödeme olarak dağıtılamamaktadır.

Döner Sermaye Yönetmeliğine göre, **döner sermaye komisyonu**, personele dağıtılacak olan tutarı, sağlık tesisinin (Hastanenin), ödeme yapılacak dönemde elde ettiği gayrisafı hasılatın öncelikle % 15 hazine payı, % 1'lik Sosyal Hizmetler Payı, % 5'lik Bakanlık payı düşüldükten sonra, yani toplam % 21'lik pay ayrıldıktan sonra kalan tutarın % 50'sinin (ilaç ve tıbbi sarf malzemesi gelirlerinin % 45'i) sağlık tesisi kalite katsayısı ile çarpılarak hesaplanır. Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde görevli personele yapılacak ek ödeme toplamı, ilgili birimin cari aydaki hizmet bedelinden ayrı olarak faturalandırılan ilaç ve her türlü tıbbi sarf malzemesi gelirlerinin % 45'ini, diğer döner sermaye gelirlerinin ise yüzde ellisini aşamaz şeklinde ek düzenleme yapılarak ilaç ve tıbbi malzeme gelirlerinde döner sermaye dağıtım oranı % 45'e düşürülmüştür. Dağıtılabilecek döner sermaye ek ödemesi hesabı örnek olarak aşağıdaki Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Dağıtılabilecek Tutarın Hesaplanması

Gelir/İşlem	Tutarı
Hastanenin Cari Aya Ait Brüt Geliri	1.000.000,00 TL
İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemesi Geliri	100.000,00 TL
Kalan Döner Sermaye Geliri	900.000,00 TL
Kalan Döner Sermaye Geliri Yasal Kesinti %21	189.000,00 TL
İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemesi Geliri Yasal Kesinti %21	21.000,00 TL
Toplam Yasal Kesintiler	210.000,00 TL
%21 kesinti Sonrası Kalan Döner Sermaye Geliri	711.000,00 TL
%21 kesinti Sonrası İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemesi Geliri	79.000,00 TL
%21 kesinti Sonrası Kalan Döner Sermaye Geliri % 50'si	355.500,00 TL
%21 kesinti Sonrası İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemesi Geliri % 45'i	35.550,00 TL
Toplam Dağıtılabilecek Max. Tutar	391.050,00 TL
Sağlık tesisi kalite katsayısı (0,90 olarak alınmıştır)	0,9
Toplam Dağıtılabilecek Max. Tutarın 0,90 ile çarpımı	351.945,00 TL
Toplam Dağıtılabilecek Kalan Tutar	351.945,00 TL

Döner sermaye komisyonu dağıtılabilecek maksimum tutarın üzerinde karar alamaz, bu tutarı yalnızca tüm personele ödenen sabit ek ödemeler toplamı geçebilir. Yukarıda yaptığımız hesaplamada 351.945,00 TL'nin dağıtılabileceğini hesaplamıştır. Eğer hastanenin o ay yaptığı sabit ek ödeme brüt tutar ödemesi 351.945,00 TL'den fazla ise ek ödeme dağıtım kararı alınmaz. Çünkü sabit ek ödemeler dışında dağıtılabilecek ek ödeme kalmamaktadır.

3.4.2. Personele Yapılacak Ek Ödemenin Belirlenmesi

Döner sermaye geliri üzerinden personele dağıtılacak ek ödeme tutarı belirlendikten sonra ek ödeme yönetmeliğine uygun olarak personele ve hekimlere ödenecek olan ek ödeme tutarları hesaplanmaktadır. Hekimlerin ek ödeme tutarlarının hesaplanabilmesi için öncelikle hekimlerin net performans puanlarının hesaplanması ve bilinmesi gerekmektedir. Net performans puanı hesaplama formülleri 04/03/2020 tarih 31058 sayılı Resmi Gazete de yayınlanarak güncellenen Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliğin ilgili maddelerinde belirlenmiştir. Buna göre hesaplamalar aşağıda verilmiştir.

Adı geçen ek ödeme yönetmeliğinin “İkinci basamak sağlık tesislerinde ham puanın hesaplanması” başlıklı 9. maddesinde “(1) İkinci basamak sağlık tesislerinde ham puan, esas olarak hizmet puanından oluşur. Ancak sağlık tesisi puan ortalaması referans alınanlarda aktif çalışma gün katsayısı, mesai içi ham puan hesaplamalarında birim performans katsayısı ayrıca çarpan olarak kullanılır.

(2) Mesai içi çalışan personelin ham puanları aşağıdaki şekilde hesaplanır. Birim performans katsayısı hesaplanmayan personelin ilgili katsayısı 1 (bir) kabul edilir.

a) Genel tıbbi işlemler puanı bulunan uzman tabip, tabip, uzman dış tabibi ve dış tabipleri: Ham puanı = Genel tıbbi işlemler puanı x birim performans katsayısı.

b) Ek-4 sayılı tablo kapsamında sağlık tesisi puan ortalamasından ek ödeme alacak tabipler ve diğer personel: Ham puanı = Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması x mesai içi aktif çalışma gün katsayısı x birim performans katsayısı.”...

“Net performans puanının hesaplanması” başlıklı 12. maddesinde “(1) Mesai içi net performans puanı; mesai içi hizmet puanı, bilimsel çalışma destek puanı ve ek puanın toplamından oluşur. Mesai dışı net performans puanı, uluslararası sağlık hizmeti net performans puanı ve özellikli tıbbi işlemler net performans puanı ise kendi hizmet puanlarından oluşur.

a) Mesai içi net performans puanı = Mesai içi hizmet puanı + Bilimsel çalışma destek puanı + Ek puan.

b) Mesai dışı net performans puanı = Mesai dışı hizmet puanı.

c) Uluslararası sağlık hizmeti net performans puanı = Uluslararası sağlık hizmetleri hizmet puanı.

ç) Özellikli tıbbi işlemler net performans puanı = Özellikli tıbbi işlemler hizmet puanı

“Ödenecek net ek ödeme tutarı” başlıklı 13. Maddesinde – (1) Personele ait mesai içi net performans puanının dönem ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucu brüt ek ödeme tutarı bulunur. Bu tutar mesai içi tavan ek ödeme tutarını geçemez. Tavan ek ödeme tutarını aşmayacak şekilde belirlenen tutardan gelir vergisi ve damga vergisi düşülerek ödenecek net ek ödeme tutarı bulunur. “ ifadelerine yer verilmektedir.

Hastane ortalamasına göre döner sermaye alan hemşire ve tıbbi işlem puanına göre döner sermaye alan anestezi uzman hekimin hesaplama tabloları aşağıda örnek olarak verilmektedir.

Tablo 2. Hastane Ortalamasına Göre Döner Sermaye Alan Hemşire Ek Ödemesi

HASTANE ORTALAMASINA GÖRE (HEMŞİRE)				
Hastane Ort.	Ek Ödeme katsayısı	Gel. Ver. Or.	Dam. Ver. Or.	Aylık Çal. Günü
34000	0,28	15	7,59	30
Tavan Oranı	Kadro Ün. Katsayısı.	AÇGK	Net Perf.	Top.Net Perf.
1,5	0,4	1	13600	13600
B.P.K	Ek .Puan.	Perf. Brüt	Sabit Brüt	Öd. Matr.
1	0	3.808,00 TL	1987,95 TL	1.820,05 TL
Tavan Tutarı	Gel. Ver.	Dam. Ver.	Kes. Topl.	NET ÖDENEN
3.853,16 TL	273,01 TL	13,81 TL	286,82 TL	1.533,23 TL

B.P.K: Bireysel Performans Katsayısı

AÇGK: Aktif Çalışma Gün Katsayısı

Tablo 3. Tıbbi İşlem Puanına Göre Döner Sermaye Alan Anestezi Uzmanı Ek Ödemesi

NET PERFORMANS PUANINA GÖRE UZMAN HEKİM (ANESTEZİ)				
Tıbbi İşlem Puanı	Ek Ödeme katsayısı	Gel. Ver. Or.	Dam. Ver. Or.	Aylık Çal. Günü
23000	0,28	15	7,59	30
Tavan Oranı	Kadro Ün. Katsayısı.	AÇGK	Net Perf.	Top.Net Perf.
7	2,98	1	68540	68540
B.P.K	Ek .P.	Perf. Brüt	Sabit Brüt	Ödeme Matrahı
1	0	19.191,20 TL	3.987,95 TL	15.203,25 TL
Tavan Tutarı	Gel.Ver.	Dam.Ver.	Kes.Topl.	NET ÖDENEN
23.252,13 TL	2.280,49 TL	115,39 TL	2.395,88 TL	12.807,37 TL

B.P.K: Bireysel Performans Katsayısı

AÇGK: Aktif Çalışma Gün Katsayısı

Yukarıdaki örneklerde yapılan hesaplamalarda bilimsel performans puanı (B.P.K) 1 olarak hesaplanmıştır. B.P.K düştüğü zaman ele geçen toplam ek ödeme de düşmektedir.

Sağlık tesisi ortalama birim performans katsayısı: Birim performans katsayısı hesaplanan tüm uzman tabiplerin birim performans katsayılarının ortalaması esas alınarak belirlenir.

Döner sermaye hesaplamasında iki parametre ortaya çıkmaktadır. Hak ediş tutarı ve tavan ek ödeme tutarı.

Hak ediş tutarı = Net Performans Puanı X Dönem Ek Ödeme Katsayısı x AÇGK/BPK

Tavan ek ödeme tutarı = (Aylık Tutar + Ek Gösterge + Yan Ödeme + Özel Hizmet Tazminatı) X (Tavan Ek Ödeme Tutarına Esas Katsayı (Yönetmelik EK.1) (1.50, ... 5, 7, 8)

4. PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME UYGULAMASINA YÖNELİK YAPILAN ELEŞTİRİLER

Performansa dayalı ek ödeme, tıbbi prosedürlerin puanlanmasına dayalı bir sistemdir. Hekimler tarafından yapılan her tıbbi işlemin bir eşdeğeri puanı vardır ve bu puanlar kamu otoritesi tarafından belirlenmektedir. Hekimlere yapılacak döner sermaye ödemelerinde, sağlık hizmeti sunumu için yapılan tüm işlemlere eşdeğer puanlar kullanılarak hesaplamalar yapılmaktadır. Uygulanan sistemde hekimlerin, hastane işletmesine ait kaynakları etkin kullanıp kullanmadığı, sunduğu sağlık hizmetlerin kalitesi ve verimliliği vb. gibi unsurlar ölçülememektedir. Sistemin önemli zayıf noktalarından biri, bilimsel anlamda performans ölçümü yapılmaması olduğu söylenebilir. Ayrıca bazı tıp branşlarında sağlık hizmeti üreten hekimler, diğer tıp branşlarındaki hekimlerden daha fazla ek ödeme alabilmekte ve bu nedenle bazı hekimler diğerlerine göre mağdur olabilmekte ve hekimlerin motivasyonu azalmaktadır. Bu durum, uygulanması hedeflenen performansa dayalı ödeme sistemi ile çelişmekte ve hem hekimler hem de ilgili sivil toplum kuruluşları tarafından çok eleştirilmektedir. Bu nedenle hekimlerin iş süreçleri ile ilgili kriterlere göre sistemin revize edildiği, kalite ve verimliliği öne çıkaran bir performans ölçüm modeline ihtiyaç vardır (Yüksel ve Sayın, 2020:389).

Sisteme yöneltilen eleştiriler şu şekilde özetlenebilir (Ceylan, 2009:63):

- Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmaya başlanan kurumsal ve bireysel performans sistemi, döner sermaye gelirlerinin dağılımında istismara yol açacak ve personel arasında çatışmalara neden olacak mahiyettedir. Bu sistem bilimsel performans değerlendirme kriterlerine uygun olarak geliştirilmelidir.
- Belirli branşlarda daha fazla puan kazanarak, daha fazla ek ödeme almak mümkün olmakla birlikte, diğer bazı branşlara mensup çalışanların döner sermayeden daha az ek ödeme alması durumu ortaya çıkmaktadır. Farklı branşlara mensup hekimlerin aldıkları ek ödemeler arasında kayda değer farklılıklar bulunmaktadır.
- Doktorların daha fazla performans puanı toplamak için hastalara daha az zaman harcama ve daha çok hastaya bakma eğilimi vardır. Bu husus hizmet kalitesinde düşüşe neden olabileceğine dair endişeleri arttırmaktadır.
- Özellikle eğitim hastaneleri gibi hizmetin yanı sıra eğitim ve araştırma görevini de yerine getirmesi beklenen kurumlarda, çarkın dişlileri gibi birbirine bağlı olan sağlık hizmet sunucularının aralarındaki bağın kopartılması ve daha çok para kazandırmanın öne çıkması çok tehlikeli bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemen hemen her ülkede sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik olarak ortaya çıkan reform arayışları belirli temel konulara yönelmiştir. Bunların başında verimlilik, memnuniyet, etkililik gibi temel hedefler gelmektedir. Öncelikle hizmete erişimin kolay olması, kaliteli sağlık hizmetinin ülke çapında yaygınlaştırılması, sağlık çalışanlarının dengeli bir şekilde dağılması ve çalışanların moral motivasyonunun en üst seviyeye çıkarıldığı bir ortamın sağlanması gereklidir. İyi bilinmelidir ki, hizmet kalitesi yükseldikçe sağlanan fayda da en üst seviyeye çıkacaktır. Sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracak ve bu artışı kalıcı hale getirecek bir yapının kurulması gerekmektedir. Sağlık mesleği mensuplarına kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti sunma sorumluluğu ve alışkanlığı kazandırılmalıdır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde sunulan tüm hizmetlerin kayıtlarının sistematik olarak tutulması gerekli bilginin tüm hizmet sunucuları ve kamuyla şeffaf bir şekilde paylaşılması gerekmektedir (Aydın vd., 2009:19).

Türkiye’de son yıllarda sağlık alanında, özellikle de kamu hastanelerinde performans değerlendirme yöntemleri, kurumların hem finansal ve sağlık hizmet üretim performanslarını ölçmede hem de personelin ücret ödemelerini gerçekleştirmede kullanıldığı için büyük önem kazanmıştır. . Bireysel performans açısından hem Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hem de üniversite hastanelerinde sağlık mesleği mensuplarına ve hekimlere uygulanan performans sistemi döner sermaye ile ilişkilendirilmektedir. Performansa dayalı ek ödeme adı altında uygulanan bu sistem ücret ödemesi ile ilişkilendirildiği için sağlık meslek mensuplarını ve hekimleri olumlu ya da olumsuz etkilemektedir (Yüksel ve Sayın, 2020:404).

Performansa dayalı ücret planlarının sağlıklı bir şekilde işlemesi, öncelikle performansın akılcı, adil ve objektif bir şekilde ölçülmesine bağlıdır. Performans değerlemesinin sağlıklı işlemesini engelleyebilecek konular üzerine yöneticilerin hassasiyetle eğilmeleri gereklidir. Dolayısıyla, performans yönetiminde yapılacak bir hata (örneğin değerlendirme sistemlerinden veya denetleyicilerden kaynaklanan) sistemin güven ve motivasyon üzerine dayanan temel dinamiklerini olumsuz yönde etkileyecektir (Kestane, 2003:142).

Sistem, sadece mali bir ödeme modeli olmayıp, belirlenen “başarı ölçütlerine” göre personeli ödüllendirerek, bireysel verimliliği artırmasının yanında “kurumsal performans kriterleri” ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlamayı hedefleyen bir uygulamadır. Bu sistemde ödüllendirme, sanıldığı gibi aksine çok hasta bakanların değil, zamanın, yerin ve kaynakların verimli kullanılması ve sunulan hizmetlerin kayıt altına alınması esasına dayanmaktadır. Diğer bir deyişle kişinin kendi çalışma ve gayretinin yanında çalıştığı bölümün ve kurumunun bir bütün olarak değerlendirilmesi esastır (Aslan, 2011:430).

Performans (personel) değerlendirmesinin başarısı için yöneticilerin eğitimi önemlidir. Yöneticiler, sistem hakkında yeterli bilgi ve kültürle donatılmalıdır. Ancak bu konu üzerinde durulmadığında ücretlerin performansa dayandırılmasına ilişkin tedirginlik veya sağlıksız değerlendirmeler ortaya çıkabilir (Kestane, 2003:144).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde kalite ve verimlilik, kriterlerini artırma hedefi ile birlikte, çalışan ve hasta memnuniyetini de arttırmaya yönelik olarak öncelikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde uygulamaya konulan performans ve performansa dayalı ek ödeme uygulaması pek çok olumlu teşvik edici özellikleri yanında, değişen ihtiyaçlar karşısında sürekli güncellenmesine karşın eksik ve haksızlıklara neden olabilecek yönleri ile değerlendirilmektedir.

İlk uygulanmaya başladığı yıllarda kamuda çalışan hekimlerin aynı zamanda özel sektörde de çalışmalarına engel olmaya, bu şekilde kamunun hekim ihtiyacını daha yüksek bir verim ile karşılamaya, dolayısı ile hasta memnuniyetini arttırmaya yönelik teşvik edici ve özendirici bir sistem olarak ta tasarlanmış olmasına karşılık, kamuda çalışan hekimlerin bir kısmını tamamen kamuya çekebilmesi yanında, önemli bir kısmını da tamamı ile kamu hekimliğine çekememiştir.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi başlangıçta amacına uygun olarak hasta ve/veya vaka başına performans üretilmesi ve ücretlendirilmesi özelliği ile başta sistemin birinci derecede muhatabı olan hekimlerin verdiği sağlık hizmeti kalitesinin artması ve dolayısı ile hasta memnuniyetinin de artmasına yardımcı olmuş, ayrıca sağlık tesisleri verimliliğinin de yükselmesini sağlamıştır. Hastaya müşteri nazarı ile bakılması anlayışının gelişmesi ile hekim hasta ve/veya sağlık personeli arasında ortaya çıkan çatışmaların ve kavgaların da bir kısım azalmasında etkili olmuştur.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi hekimler arasında zaman zaman tatlı bir rekabeti de beraberinde getirmiştir. Hekimler arasında hasta kapma ve daha çok hasta tedavi ya da

ameliyat edip daha çok para kazanma hırsı bazı zamanlar gereksiz işlemlere ve dolayısı ile kamu sağlık harcamalarının artmasına da neden olabilmektedir. Özellikle aynı hastanede aynı ya da benzer branşlar arasında ortaya çıkan bu rekabet ve ortaya çıkan performans kazanma farklılıkları çeşitli seviyede huzursuzluklara neden olabilmektedir. Hekim sağlık personellerinde maaş ve sabit ek ödeme olarak elde edilen gelirin üç katına kadar performans dayalı döner sermaye ek ödemesi olarak ilave ödeme tavanı olması rekabeti ve elde edilen ücret farklılıklarına bağlı huzursuzlukları daha da arttırmaktadır. Bunu önlemek için performansa dayalı olmadan ele geçen maaş ve sabit ücretler arttırılmalı, performans ile elde edilen ücret toplam ele geçende daha az oranda yer almalıdır.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminde yapılan muayene, tedavi ve girişimsel işlemlerin performanslarının hakkaniyetli bir şekilde ücretlendirilmeye çevrilememesi, bazı branşlarda özellikle cerrahi branşlarda hasta sayısının az olmasına karşın tıbbi malpraktis risklerinin çok yüksek olması, bunun yanında daha az ücret almaları, hekim çok çalışsa bile hastanenin kurumsal performans kriterlerinden olumsuz etkilenmesi performans sisteminin olumsuz yönleri arasındadır. Hatta bu sebeple TUS (Tıpta Uzmanlık Sınavı) sonucu eskiden cerrahi branşlar en yüksek puanı alanlar tarafından tercih edilir iken döner sermaye sisteminde zamanla ortaya çıkan ücret farklılıkları ile birlikte riski daha az ve geliri daha çok olan dahili branşlar, hatta doğrudan hasta bakmayan tıbbi biyokimya, tıbbi biyoloji, tıbbi patoloji gibi laboratuvar tıp branşları daha yüksek puan alanlar tarafından tercih edilir olmuştur.

Hekim dışı sağlık personeli tarafından yapılan işlemler performans konusu edilmediğinden, performansa dayalı ek ödeme sistemi hekim dışı sağlık personeli tarafından özendirici ve motive edici görülmemektedir. Bununla birlikte hekim dışı sağlık personeli tarafından yapılan işleri standartlaştırıp performans sistemi içine katabilmek pek çok işlem çeşitliği olan hastanelerde kolay bir işlem değildir.

Zaman içerisinde hastanelerde istihdam edilen personel sayısının artması ile birlikte kişi başına düşen ek ödeme miktarın azalması, döner sermaye üzerindeki ödeme yükümlülüğünün her geçen gün daha da artması, kur ve faiz artışları ile birlikte hastane giderlerinin aşırı artması ile birlikte hastanelerin döner sermaye gelirlerinin temelini oluşturan SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) işlem fiyatlarının aynı oranda güncellenip arttırılmaması neticesinde hastanelerin mali yapılarının sürdürülebilirliği zayıfladığından, performansa dayalı ek ödeme sistemi de amacından uzaklaşmakta, kişi başına düşen ek ödeme miktarı her geçen gün azalmaktadır.

Özellikle 2019 yılı sonundan itibaren bütün dünyayı etkisi altına alan COVID- 19 pandemisi ile birlikte alınan sosyal ve ekonomik tedbirlerin etkisi ile hastanelere giden hasta sayısı azaldığı için hekimlerin performans üretimi de çok azalmış, hatta bazı branşlarda durmuştur. Sağlık bakanlığı başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin döner sermaye geliri mahrumiyetini önlemeye yönelik bazı düzenlemeler yaparak yaklaşık bir buçuk yıldır yürürlükteki ek ödeme yönetmeliğinin uygulanması yerine bakanlığın belirlediği değişen oranlarda pandemiden etkilenilecek riske bağlı farklı sabit ödemeler yapma yoluna gitmiştir. Bu husus olağan üstü durumlarda performans sisteminin uygulanamayacağını göstermektedir.

Sağlık kurumlarında performans sistemi uygulamalarında ortaya çıkan amacından uzaklaşmaları ve suiistimalleri önlemek ve sistemi tekrar etkin bir şekilde işler hale getirmek için aşağıdaki öneriler yapılmaktadır.

- Her branş grubundan ayrı ayrı oluşturulacak hekim gruplarının, hekim dışı sağlık personellerinin ve sağlık personeli ile ilgili sivil toplum kuruluşlarının görüşleri alınarak mevzuattaki hakkaniyetsizliğe yol açan uygulamalar kaldırılmalı, adil bir performansa dayalı ek ödeme sistemi kurulmalıdır.

- Performansa dayalı ek ödeme, asıl maaş ve ücretleri geçmemeli, makul bir oran belirlenerek maaş ve ücretin gelirden esas olması sağlanmalıdır.
- Performansa dayalı ek ödeme gelirleri emekliliğe yansıtılmalıdır.
- Son zamanlarda döner sermaye sistemi üzerine yüklenen fazladan mali yükler azaltılmalı, performans ödemeleri mali yüklerin alternatifi olmamalıdır.
- SUT fiyatları piyasa şartlarına göre güncellenmeli, üretilen performansın çalışanlara tam olarak yansıtılması sağlanmalıdır.
- Hekim dışındaki sağlık personelinin de performans üretimine doğrudan katkı sağlayacak şekilde mevzuatta değişiklikler yapılmalıdır.
- Performansa bağlı ek ödeme sisteminde ortaya çıkabilecek suiistimalleri önlemek için kurulan etik komisyonları aktif bir şekilde çalıştırılmalıdır. Varsa suiistimallere etkin yaptırımlar uygulanmalıdır.
- COVID- 19 pandemisinde de görüldüğü üzere olağan üstü durumlarda hasta ve gelir azalışına bağlı olarak uygulanamayan performans sisteminde çalışanların mağduriyetini önleyici etkin sabit ödemeler devreye sokulmalıdır.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

6. KAYNAKÇA

Aguinis, H., (2013), Performance Management, Third Edition, Indiana: Kelley School of Business Indiana University.

Akal, Z., (1998), İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.

Akal, Z., (2002), İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi : Çok Yönlü Performans Göstergeleri, 5. Baskı, Ankara: MPM Yayınları.

Akçakaya, M. (2012), "Kamu Sektöründe Performans Yönetimi Ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar", Karadeniz Araştırmaları Dergisi, 32(181): 171-202.

Aslan, E., (2011), "Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması", Maliye Dergisi, 160(1): 423-438.

Aydın, A.H., (2008), Yönetim Bilimi, 2.Baskı, Ankara: Seçkin Yayınları.

Aydın, S. ve Demir, M. vd., (2009), Sağlıkta Kurumsal Performans ve kalite Uygulamaları. (ss. 3-167), Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı.

Ceylan, Z., (2009), "Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türkiye Açısından Bir Değerlendirme", Sayıştay Dergisi, Temmuz-Aralık Sayısı, (74): 45-72.

Coşkun, A., (2007), Stratejik Performans Yönetimi ve Performans Karnesi, İstanbul: Literatür Yayınları.

Curtright, J.W., Stolp-Smith, S.C., and Edell, E.S., (2000), "Strategic Performance Management: Development Of A Performance Measurement System At The Mayo Clinic", *Journal of Healthcare Management*, 45(1): 58-68.

Dereköy, F., Kalmış, H., (2013), "Hastanelerde Performans Ölçümünün Muhasebe Bilgi Sistemiyle İlişkilendirilmesi", *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (58): 139-160.

Güler, H., Kayral, İ. H., Demir, M., ve Atasever, M., (2014), "Sağlıkta yönetici Performansı Ölçüm Modeli ve Uygulama Başarısı", *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 8(2): 1-26.

Halis, M. ve Şimşir, İ., (2017), "Kamu Hastanelerinde Kurumsal Performans Uygulamaları: Yönetici Ve Diğer Personel Tutumlarının İncelenmesi", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2): 22-32.

İşığışık, E., (2008), "Performans Ölçümü, Yönetimi Ve İstatistiksel Analizi", *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri Ve İstatistik Dergisi*, (7):1-23.

Kestane, D., (2003), "Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği", *Maliye Dergisi*, Ocak-Nisan Sayısı, 142(144): 126-144.

Loeb, J.M., (2004), "The Current State Of Performance Measurement İn Health Care", *International Journal For Quality İn Health Care*, 16(1): 5-9.

Özçelik, D. A., (2010). Ölçme ve Değerlendirme, Ankara: Pegem Akademi.

Öztürk, A., (2010), *Sağlıkta Performans ve Kalite Yönetimi*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Sabuncuoğlu, Z., (2005), *İnsan Kaynakları Yönetimi*, 2.Baskı, Ankara: Beta Yayınları.

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi, (01.01.2005 tarih ve 22 Sayılı Yönerge)

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik . (04/03/2020 tarih 31058 sayılı Resmî Gazete),

Smith, P. C., (2002), "Performance management in British health care: will it deliver?", *Health affairs*, 21(3): 103-115.

Türkçe Sözlük, (2011), Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.

Uyargil, C., Adal, Z., Ataay, İ., ve Acar, A. (2010), *İnsan Kaynakları Yönetimi*, İstanbul: Beta Yayınevi.

Uysal, Ş. (2015), "Performans Yönetimi Sisteminin Tanımı, Tarihçesi, Amaç Ve Temel Unsurlarına Genel Bir Bakış", *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 5(2):32-39.

Üner, S., (2006), *Sağlık Ocakları Performans Değerlendirme Modeli Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı, Ankara

Yüksel, İ. Ve Sayın, K.Ş., (2020), "Kamu Hastanelerinde Hekimlere Yönelik Performansa Dayalı Ek Ödeme Model Önerisi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(3): 387-410.

Zairi, M., (2012), *Measuring Performans For Business Results*, London: Chapman&Hall.

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

COVID-19 PANDEMİ YÖNETİM SÜRECİ: TÜRKİYE PERSPEKTİFİ *

COVID-19 PANDEMIC MANAGEMENT PROCESS: TURKEY PERSPECTIVE

Merve TAVUKCU¹

Doç. Dr. Erdal EKE²

ÖZET

Covid-19, küresel düzeyde tehdit oluşturan bir salgın olarak 2019 yılında Çin'de ortaya çıkmış ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından 12 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak ilan edilmiştir. Pandemi yönetim sürecinde ülkeler kısıtlama, yasak, tam kapanma, aşılama ve karantina başta olmak üzere çok sayıda politika ve uygulama hayata geçirmiştir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı önderliğinde Koronavirüs Bilim Kurulu'nun tavsiye niteliğinde aldığı kararlar ile süreç yürütülmüştür. Çalışmanın amacı süreç yönetimi açısından Covid-19 pandemi sürecini ve Türkiye'de Covid-19 pandemi yönetim sürecini incelemektir. Çalışma kavramsal bir çerçevede tasarlanmış ve derleme bir çalışma niteliğine sahiptir. Çalışma kapsamında Türkiye'de pandemi yönetim sürecinde alınan stratejik kararlar ve bu doğrultuda gerçekleştirilen uygulamalar betimlenmeye çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Pandemi Yönetimi, Salgın, Sağlık Yönetimi.

ABSTRACT

Covid-19 emerged in China in 2019 as a globally threatening epidemic and was declared a pandemic by the World Health Organization on March 12, 2020. During the pandemic management process, countries have implemented many policies and practices, especially restrictions, bans, full closure, vaccination and quarantine. In Turkey, the process was carried out with the recommendations of the Coronavirus Scientific Committee under the leadership of the Ministry of Health. The aim of the study is to examine the Covid-19 pandemic process and the Covid-19 pandemic management process in Turkey in terms of process management. The study is designed in a conceptual framework and has the quality of a compilation study. Within the scope of the study, the strategic decisions taken in the pandemic management process in Turkey and the practices carried out in this direction were tried to be described.

Keywords: Covid-19, Pandemic Management, Outbreak, Healthcare Management.

1. GİRİŞ

Geçmişten günümüze kadar her coğrafyada insanlık birçok hastalığa maruz kalmıştır. Özellikle bulaşıcı hastalıklar yayılım hızlarının büyük etkisiyle salgınları oluşturmaktadır.

* Bu makale yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi, merve.tavukcu@outlok.com

² Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, erdaleke@sdu.edu.tr

Belirli bir zaman diliminde belirli bir bölgede hastalığın ve hasta bireylerin kontrolsüz biçimde beklenenden hızla artış göstermesi salgın olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017: 5). Salgın hastalıklar, genel yapısı itibarıyla sadece enfekte olan kişiyi değil bütün insanları etkileyebilme gücüne sahiptir. Küreselleşmenin de etkisiyle bulaşıcı hastalıklar eski dönemlere göre çok daha hızlı yayılmaktadır. Bu nedenle salgın hastalıkların tehdit düzeyinin her geçen arttığı ifade edilebilmektedir (Yurdakul, 2015: 2).

Salgın hastalıklar, etkiledikleri alan boyutu ve birey sayılarına yönelik olarak sınıflandırılmaktadır. Bu bağlamda bir salgın hastalığı epidemi veya pandemi olarak nitelendirmek için etkilediği alan boyutu ve birey sayısının incelenmesi gerekmektedir (Ataç ve Uçar, 2006: 33). Epidemi, bir hastalığın belirli bir zamanda ve bir yer veya toplumda ilk kez karşılaşılması ya da beklenenden fazla görülmesi olarak tanımlanmaktadır (Yükseköğretim Kurulu, 2020: 11). Epidemi terimi, Eski Yunanca'da epi (üzerinde) ve demos (insanlar) kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır. Bulaşıcı bir hastalığın epidemi olarak adlandırabilmesi için belirli bir zaman sürecinde belirli sayıda insanda görülmesi ve önceki etki alanından daha fazla etki yaratması gerekmektedir (Ataç ve Uçar, 2006: 34).

Pandemi Yunanca kökenli bir terimdir. Pan (tüm) ve demos (insanlar) kelimelerinin birleşimiyle ortaya çıkmıştır (Ataç ve Uçar, 2006: 34). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) pandemi kavramını yeni bir hastalığın dünya çapında yayılması olarak tanımlamaktadır (WHO, 2010). Bir başka ifadeyle pandemi, salgının birden çok ülkeye ve kıtaya yayılarak dünyayı etki altına alması olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017: 4).

Bir salgının pandemi olarak nitelendirilmesi ve ilan edilmesi kararı DSÖ tarafından gerçekleştirilmektedir. DSÖ'ye göre bir salgının pandemi olarak kabul edilebilmesi için üç kriter vardır. Bunlar; yeni bir virüs olması, insanlara kolaylıkla ve sürekli bir şekilde bulaşması ve fazla sayıda ülkeyi etkilemesidir (Türkiye Bilimler Akademisi, 2020: 29). Kısaca özetlemek gerekirse; bir hastalığın belirli coğrafyadaki toplulukta ortaya çıkması ve yayılması durumuna salgın, salgının kontrolden çıkıp ülkeye sıçramasına epidemi, birden fazla ülkede yaygınlaşması ise pandemi olarak ifade edilmektedir (Euronews, 2020).

2. COVID-19 Pandemisi

2.1. Covid-19 Pandemisine Yönelik Kavramsal Çerçeve

Literatür kapsamında bir genellemeye gidilecek olursa koronavirüs uzun yıllardır bilindiği ifade edilebilmektedir. Bu isimlendirme koronavirüsün karakteristik şekliinden kaynaklanmaktadır. Latince'de taç anlamına gelen bu kavram koronavirüsün taca ya da güneşe benzetilmesiyle ortaya çıkmıştır. İlk defa tavuklarda rastlanmasına rağmen kedi, köpek, domuz, yaras, fare ve tavşan gibi hayvanlarda yaygın olarak görülmektedir (Sturman ve Holmes, 1983: 37-38). *Coronaviridae* familyasına bağlı *Orthocoronavirinae* sınıfında bulunan Koronavirüsler, tek zincirli ve sivri uçlara sahip RNA virüsleridir. Koronavirüsün çok sayıda türü vardır. Fakat *Orthocoronavirinae* sınıfı *Alfa*, *Beta*, *Gama* ve *Deltacoronavirus* biçiminde 4 cins olarak incelenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020: 5-7).

Koronavirüsün hayvanlar dışında insandan insana hızla bulaşmakta olan bazı alt türleri bulunmaktadır. Bu doğrultuda Alfa ve Beta türü koronavirüslerin insanlarda enfeksiyona sebep olduğu tespit edilmiştir. Koronavirüsün kaynaklık ettiği rahatsızlık grip ve soğuk algınlığı ile benzerdir. Fakat koronavirüs kaynaklı hastalıkta solunum yolu enfeksiyonu daha ciddi boyutta seyretmektedir. Hastalığın hayvanlar aracılığıyla bulaşarak insanlarda görülmesi durumunda ise yüksek ateş, nefes alma güçlüğü öksürük, kas ağrısı, ishal belirtileri görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020: 5-8; TÜBA, 2020: 24).

2019'da ortaya çıkan yeni koronavirüs ilk olarak şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs-2 (SARS-CoV-2) olarak adlandırılmıştır. Daha sonra SARS-CoV-2'nin neden olduğu bu hastalığa DSÖ tarafından Covid-19 adı verilmiştir (WHO, 2020). Covid-19'a yol açan virüs, SARS-CoV ve MERS-CoV'unda içinde yer aldığı *Betacoronavirus* sınıfının *Sarbecovirus* türü altında tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020: 8).

İlk bildirilen Covid-19 vakalarının genellikle hayvanlarla doğrudan temas halinde bulunduğu saptanmıştır. Bu nedenle başlangıçta hastalığın ana kaynağı hayvanlar olarak düşünülmüştür. Ancak bildirilen diğer vakaların doğrudan hayvan teması olmaması ve hızla yayılması sonucunda SARS-CoV-2 virüsünün insandan insana bulaştığı belirlenmiştir (Guo vd., 2020: 2). Hastalığa neden olan enfeksiyon damlacık yoluyla yayılmaktadır. Öksürük ve hapşırık sonucunda damlacıklar havadan yüzeylere dağılır. Plastik, paslanmaz çelik, karton ve bakır yüzeylerine yapılan deneylerde Covid-19 virüsünün 72 saate kadar yaşayabileceği saptanmıştır. Yüzeylere dağılan virüse el ile temas edilmesi halinde göz, burun ve solunum yolu taşınımıyla kişiler hastalığa yakalanmaktadır (Heper, 2020: 68-69; Doremalen vd., 2020: 1-2).

Covid-19 şüphesi olan ve vaka belirtilerine uyan bireylerden gerekli solunum yolu numunesi alınarak tanı testi yapılmaktadır. Bununla birlikte radyolojik görüntüleme, belirtiler, semptomlar ve bireyin hastalık öyküsünün incelenmesi doğru tanı konulması noktasında önem taşımaktadır (TÜBA, 2020: 27). Covid-19 hastalığı iki döneme ayrılabilir. İlki kuluçka süresi ikincisi ise belirtilerin görülmeye başlandığı dönemdir. Yapılan çalışmalar sonucunda virüsün kuluçka döneminin 2 ile 14 gün arasında değiştiği gözlenmiştir. Hastalığın ortalama süresi ise 5 gün olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020b: 13; Zhou vd., 2020: 3). Hastalığın sık görülen belirti ve semptomları; ateş, öksürük, boğaz ağrısı, burun tıkanıklığı, halsizlik, baş ağrısı, kas ağrısı, titreme, iştahsızlık, balgam, kusma, ishal tat ve koku kaybı olarak sıralanabilir. Hastalığın ağır seyrettiği vakalarda ise böbrek yetmezliği, solunum yolu enfeksiyonu, solunum yetmezliği ve ölüm gibi kritik durumlar gözlemlenmektedir (Heper, 2020: 75; Sağlık Bakanlığı, 2020: 13).

Covid-19 virüsü tüm insanların sağlığını tehdit etmektedir. Fakat bazı bireyler için virüse yakalanmak daha yüksek risk içermektedir. Daha yüksek risk altındaki grubun en başında sağlık çalışanları gelmektedir. Hastalığın şiddeti kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte 60 yaş üzeri, kronik rahatsızlığı bulunan kişiler (astım, tansiyon, diyabet, kanser, koah, kalp, böbrek ve akciğer hastalığı), obezite, tütün tüketimi ve bağışıklığı zayıf bireyler risk açısından dezavantajlı grupta yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020: 12; Pala, 2020: 19).

2.2. Covid-19 Virüsünün Pandemiye Dönüşüm Süreci

2019 yılının son aylarından itibaren Çin'in Wuhan şehrinden ciddi solunum hastalığı yaşayan vakalar görülmeye başlamıştır. Görülen vakalardan ilki 12 Aralık 2019 tarihinde hastaneye başvurmuştur. Vaka grubundaki sayı artışı gün geçtikçe çoğalarak hastalarda çoğunlukla yüksek ateş, baş dönmesi ve öksürük ile beraber şiddetli solunum sorunu belirtileri gözlemlenmiştir. Gerçekleştirilen incelemeler neticesinde hastaların deniz ürünü ve canlı hayvan pazarlarıyla bağlantılı olduğu belirlenmiştir (Wu vd., 2020: 1).

Nedeni tam olarak tespit edilemeyen bu vakalar 3 Ocak 2020'de Çin'deki ulusal görevliler tarafından DSÖ'ye bildirilmiştir (WHO, 2020a: 1). 2019 yılının Aralık ayında tespit edilen bu salgın grubu Çin'de bulunan yetkililer tarafından yapılan araştırma sonucunda 7 Ocak 2020'de daha öncekilerden farklı yeni bir koronavirüs (2019-nCoV) olarak tanımlanmıştır (WHO, 2020a: 1). Çin'de ortaya çıkan ve gittikçe artan yeni tip koronavirüs salgını ilerleyen günlerde ülke dışına yayılmıştır. Tayvan, Tayland, Vietnam, Malezya, Nepal, Sri Lanka, Kamboçya,

Japonya, Singapur, Kore, İtalya ve Amerika gibi ülkelerde yeni tip koronavirüse yakalanan çok sayıda hastaya rastlandığı rapor edilmiştir (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020). Yerel düzeyde Çin’de başlayan koronavirüs salgını kısa sürede 18 ülkeye hızla sıçramış ve yayılmıştır. DSÖ Uluslararası Sağlık Tüzüğü doğrultusunda Acil Durum Komitesi bir araya gelerek toplantı yapmıştır. Bu toplantı sonucunda koronavirüs salgını 30 Ocak 2020’de Uluslararası Önem Arz Eden Halk Sağlığı Acil Durum (PHEIC) olarak ilan edilmiştir (WHO, 2020b).

2.3. Covid-19 Pandemisinin Gelişim Süreci

DSÖ’nün pandemiye ilan etmesinden önce Covid-19 virüsü kısa süre içerisinde tüm dünyayı etkisi altına almıştır. Çin dışında ilk vakaya 13 Ocak 2020’de Tayland ülkesinde rastlanmıştır. 61 yaşındaki kadın vakanın salgının başladığı Çin’in Wuhan şehrinde yaşadığı bildirilmiştir (Li vd., 2020: 2). 16 Ocak 2020 tarihinde enfekte kişinin görüldüğü tespit edilen ikinci ülke olarak Japonya kayıtlara geçmiştir. 19 Ocak’ta ise Çin’den geldiği belirlenen iki kişinin Covid-19 hastalığına yakalandığı tespit edilmiştir. İlerleyen günlerde her gün farklı ülkelerden vaka haberleri gelmeye başlamış ve salgın neredeyse tüm dünya ülkelerine sıçramıştır (Li vd., 2020: 2).

DSÖ’nün hazırlamış olduğu durum raporunda 17 Şubat 2020 tarihinden itibaren tüm teyit edilmiş vakaların bildirileceği açıklanmıştır. 16 Şubat 2020 tarihi itibarıyla Çin dışında Singapur, Japonya, Kore, Malezya, Vietnam, Avustralya, Tayland, Almanya, Fransa, Amerika Birleşik Devletleri’nin yer aldığı toplam 25 ülkede Covid-19 vakalarının bulunduğu belirtilmiştir. Bu onaylanmış vakaların 70 635 tanesi Çin’de, 794 tanesi ise diğer 25 ülkede bulunmaktadır. Ek olarak toplamda 1 775 vakanın öldüğü kayıtlara geçmiştir (WHO, 2020d: 1-4).

12 Mart 2020 tarihine gelindiğinde DSÖ tarafından Covid-19 virüsü pandemi olarak duyurulmuştur. Vaka sayısının hızla artması ve giderek ülkeden ülkeye yayılım göstermesi pandemi kararının ilan edilmesinde rol oynayan temel sebeplerdir. DSÖ aynı zamanda pandemiye yönelik ülkelere çeşitli önerilerde bulunmuştur. Genel hatlarıyla bu öneriler; pandemiye karşı hazırlıklı konumda olmak, virüsü tespit etmek, önlemek, tedavi etmek, virüsün yayılım hızını kırmak, Covid-19’a yönelik bilgileri genişletmek ve bunları farklı ülkelerle iletişim halinde olarak paylaşım erişime açık hale getirmek olarak aktarılabilir (WHO, 2020c).

İngiltere’de Covid-19 vaka sayısının hızla tırmanması sonucunda yetkililer araştırmalara başlamıştır. Yapılan araştırmalar neticesince Covid-19 (SARS-CoV-2) virüsünün mutasyona uğradığı ve yapısının değiştiği tespit edilmiştir (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020: 2). 13 Aralık 2020 tarihinde İngiltere’de mutasyona uğrayan virüsün enfekte ettiği 1108 adet kişi olduğu saptanmıştır. Mutasyonlu virüsün neden olduğu bu hızlı yayılım 14 Aralık 2020’de İngiltere tarafından DSÖ’ye iletilmiştir (WHO, 2020).

Mutasyona uğrayan Covid-19 virüsü “VUI 202012/01” olarak adlandırılmıştır. 18 Aralık 2020’de bu isimlendirme tekrar düzenlenmiş ve “VOC 202012/01” olarak değiştirilmiştir (Public Health England, 2020: 2). VUI-202012/01 olarak tanımlanan mutasyonlu virüs İngiltere’de ortaya çıkmasının ardından Avustralya, Danimarka, İtalya, İzlanda ve Hollanda gibi pek çok ülkede görülmüştür (WHO, 2020).

Çin’de ortaya çıkan ve hala devam etmekte olan Covid-19 salgını sürecinde öncelikle Avrupa sonrasında Kuzey Amerika’da ciddi vaka artışları yaşanmıştır. 2 Mart 2021 itibarıyla dünya genelinde toplam 115 169 814 vaka sayısına ulaşılmış, 90 841 092 kişi iyileşmiş ve 2 554 200

kişi yaşamını yitirmiştir. 2 Mart 2021 tarihinde Covid-19 vaka sayısı en çok olan 10 ülke aşağıdaki tabloda gösterilmektedir (Worldometers 2021).

Tablo 1. 22 Haziran 2021 Tarihi İtibarıyla Covid-19 Vaka Sayısı En Çok Olan 10 Ülke

Ülke	Vaka Sayısı	Ölüm Sayısı
AMERİKA	34 419 838	617 463
HİNDİSTAN	29 977 861	398 302
BREZİLYA	17 969 806	502 817
FRANSA	5 757 798	110 778
TÜRKİYE	5 375 593	49 236
RUSYA	5 350 919	130 347
İNGİLTERE	4 640 507	127 981
ARJANTİN	4 277 395	89 490
İTALYA	4 253 460	127 291
KOLOMBİYA	3 968 405	100 582

Kaynak: (Worldometers, 2021).

Tabloda belirtildiği üzere en fazla vaka sayısı ile Amerika ilk sırada yer almıştır. Amerika'dan sonra en fazla vaka sayısını ise sırasıyla Hindistan, Brezilya ve Fransa izlemiştir. Türkiye ise toplam vaka sayısına göre 5. sırada yer almıştır. Fakat Covid-19 kaynaklı vaka ve ölüm sayısı her geçen gün değişmektedir. Bu bağlamda tablo incelenirken nüfus, gelir düzeyi, demografik yapı, uygulanan test sayısı, sağlık sistemi kapasitesi, gerçekleştirilen önlemlerinde içinde bulunduğu çok sayıda değişken dikkate alınmalıdır.

Salgınla mücadele doğrultusunda Covid-19 hastalığını tedavi etmeye yönelik dünya çapında çalışmalar başlamıştır. Bu bağlamda koruma ve bağışıklık sağlama amacıyla aşı ve ilaç geliştirme faaliyetleri yürütülmüştür. Her ülke aşı ve ilaç geliştirme sürecini farklı biçimde ele almıştır. Covid-19 hastalığına yönelik aşı ve ilaç geliştirme faaliyetlerine küresel düzeyde rehberlik etmesi amacıyla DSÖ tarafından bilgilendirici bir belge yayınlanmıştır (WHO, 2020b).

Bir aşının ortaya çıkması için araştırma geliştirme, klinik deneyler, dört basamaktan oluşan faz aşamaları gibi zorlu ve uzun süreçlerden geçmesi gerekmektedir (TÜSEB, 2020: 4-5). Fakat Covid-19 virüsünün global düzeyde tehdit oluşturan bir salgına dönüşmesi nedeniyle tedaviye olan gereksinim aşı geliştirme sürecinin daha hızlı işlemlerini gerektirmektedir. Bu bağlamda Türkiye'nin de içinde bulunduğu pek çok ülke Covid-19 tedavisinde kullanılmak üzere aday aşı geliştirme çalışmaları yürütmektedir.

3. TÜRKİYE'DE COVID-19 PANDEMİSİ

Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde, 6 Ocak 2020'de Covid-19 virüsüyle ilgili dünyadaki gelişmelerin güncel olarak takip edilebilmesi için 15 kişiden oluşan bir operasyon merkezi kurulmuştur. Bu gelişme doğrultusunda Türkiye'de Covid-19 salgınıyla mücadeleye yönelik ilk somut adım atılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020b). 10 Ocak 2020'de Sağlık Bakanlığı tarafından Covid-19 salgını nedeniyle Koronavirüs Bilim Kurulu oluşturulmuştur. Sağlık Bakanı Fahrettin Koca liderliğinde toplanan kurul enfeksiyon, mikrobiyoloji, viroloji, göğüs hastalıkları, acil tıp, yoğun bakım, halk sağlığı uzmanı akademisyenler ve alanında uzmanlardan oluşan 26 üyelik bir ekiptir. Daha sonra bu sayı 31 kişiye yükseltilmiştir (Yener,

2020). Devam eden Covid-19 sürecinde Nisan 2020 itibarıyla 7 uzman daha eklenerek kurul üye sayısı 38 kişi olmuştur (Evrensel, 2020).

Bilim Kurulu salgının takip edilmesi, raporların güncellenmesi, toplumun doğru bilgilendirilmesi ve mücadele konusunda çeşitli önerilerde bulunmaktadır. Karantina, izolasyon, uçuş yasağı, yurtdışı sınırlandırması, yüz yüze eğitimin belirli süre durdurulması gibi çeşitli tedbir önerileri sunulmuştur (Yener, 2020). Bilim Kurulu tarafından Covid-19 virüsü ile ilgili bilgiler, vaka tanımı, salgın yönetimi, enfeksiyon kontrolü, izolasyon, hasta bakımı ve tedaviye ilişkin bilgilerin açıklandığı SARS-CoV-2 Enfeksiyonu (Covid-19) Rehberi'nin ilki 14 Ocak 2020'de yayınlanmıştır. Güncel bilgiler ve gerekli öneriler doğrultusunda rehber düzenli biçimde güncellenmektedir. Bu rehber aracılığıyla salgın sürecine yön vermek amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020c).

27 Şubat 2020'de DSÖ'nün önerilerini özetler nitelikte olan "Koronavirüs Hastalığı İçin Kişisel Koruyucu Ekipmanların Doğru Kullanımı 2019 (Covid-19)" başlıklı geçici rehber yayınlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020ç: 1). 2 Mart 2020'de ise Bilim Kurulu tarafından hazırlanan "Yeni Koronavirüs (Covid-19)" başlıklı bilgilendirme broşürü" Türkiye genelinde tüm illere dağıtılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020d).

Türkiye'deki ilk Covid-19 vakası, 11 Mart 2020 tarihinde tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020a: 11). Daha sonra Bilim Kurulu'nun tavsiyeleri üzerine 184 SABİM hattı 16 Mart 2020 itibarıyla "Alo 184 Koronavirüs Danışma Hattı" olarak değiştirilmiş ve iletişim ağı güçlendirilmiştir. Bu sayede Covid-19 hastalığı hakkında topluma doğru ve güncel bilgiler sunulmaktadır. Ayrıca bireylerin salgın süreciyle ilgili şikayet ve sorunları iletmeleri sağlanmakta bu konuda ilgili yönlendirmeler gerçekleştirilmektedir (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi, 2020).

18 Mart 2020'de gerekli tedbirlerin alınması ve sağlık hizmetlerinin pandemiye uygun sunulmasını sağlamak amacıyla bütün hastaneleri kapsayan "Hastane Afet ve Acil Durum Planları Uygulama Yönetmeliği" yayınlanmıştır. Yönetmelik doğrultusunda olası bir afet ve acil durum sürecinde ilk 3 gün dışarıdan destek almadan önceden planlanan hazırlıkları ve önlemlerinin uygulanması amaçlanmıştır (Resmi Gazete, 2020). 20 Mart 2020'de enfeksiyon hastalıkları, klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları uzmanı olan doktorlardan en az ikisinin olduğu ve 3. seviye yetişkin yoğun bakım yatağı bulunan tüm özel ve devlet hastaneleri pandemi hastanesi olacak biçimde değiştirilmesi kararı alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020e: 1).

İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Birimi tarafından vakaların tespiti, hangi illerde görüldüğü ve hastanın tedavisi gibi süreçler takip edilmektedir. Covid-19 şüphesi bulunan kişilere yapılan testlerin takibi Halk Sağlığı Yönetim Sisteminde U07.3 ICD10 tanı kodu ile olmaktadır. Tanısı kesinleşen hastalar ise Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen pandemi hastanelerinde izole biçimde tedavi edilmektedir. Yurtdışından gelen bireyler 14 günlük karantina sürecine alınmak üzere evlerinde aile hekimleri tarafından izlenmektedir. Ek olarak yurtdışından gelen toplu insan gruplarının izolasyon süreci İl Sağlık Müdürlüğü kontrolünde sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020: 18).

23 Mart 2020'de Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın açıkladığı bilim kurulu kararları sonucunda maske, eldiven gibi tıbbi malzemeleri stoklayan ve yüksek fiyata satanlara yaptırım uygulanacağı duyurulmuştur. Ek olarak yerli solunum cihazının seri üretimine başlanması kararı alınmıştır (Koca, 2020). Küresel Grip Salgını (Pandemi) konulu Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ve Pandemik İnfluenza İl Hazırlık Planı kapsamında bütün illerde pandemi kurulu

oluşturulmuştur. Bu doğrultuda il pandemi kurul toplantılarının ilki 28 Mart 2020’de düzenlenmiştir (Resmi Gazete, 2019).

31 Mart 2020’den itibaren Covid-19 testi uygulayan birim sayısı 75’e çıkarılmıştır (TÜBA, 2020). Covid-19 salgınında sosyoloji, iletişim, psikoloji, din sosyolojisi, istatistik gibi konularla ilgilenmek üzere 7 Nisan 2020’de Toplum Bilimleri Kurulu oluşturulmuştur. Kurul ilk toplantısını 8 Nisan 2020 tarihinde gerçekleştirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020f). 9 Nisan 2020’de Resmi Gazetede Sağlık Uygulama Tebliği’nde bulunan acil hal kısmı pandemi doğrultusunda güncellenmiş ve Covid-19 kapsamında yapılan tanı ve tedaviler ek ücret istenmeyen işlemler olacak biçimde düzenlenmiştir (Resmi Gazete, 2020a). 14 Nisan 2020 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan cumhurbaşkanı kararı ile Covid-19 hastalığına yakalanan tüm halkın ücretsiz tedavi edileceği duyurulmuştur (Resmi Gazete, 2020b).

30 Eylül 2020’de gerçekleştirilen Bilim Kurulu Toplantısı sonrasında Covid-19 testi yapılan ve pozitif olmasına rağmen hastalığın belirtilerini göstermeyen her vakanın hasta olarak değerlendirilemeyeceğini belirtmiştir (Anadolu Ajansı, 2020). Bu bağlamda her hafta güncellenen Covid-19 durum tablosunda vaka sayısı kaldırılarak yerine hasta sayısının belirtildiği bölüm getirilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Covid-19 bilgilendirme platformunda test, vaka, hasta, vefat, iyileşen sayıları yayınlanmakta ve günlük olarak güncellenmektedir. Aynı zamanda hastalarda zatürre oranı, yatak doluluk oranı, erişkin yoğun bakım yatak doluluk oranı, ventilatör doluluk oranı, ortalama temaslı tespit süresi, filyasyon oranı sayıları da yayınlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

6 Mart 2021 itibarıyla Türkiye’de uygulanan toplam test sayısı 33 993 552 iken; aynı tarihteki Covid-19 kaynaklı toplam vaka sayısı, 2 769 230; toplam ölüm sayısı ise 28 965 olarak bildirilmiştir. Toplam iyileşen sayısı ise 2 616 139 kişi olmuştur. Türkiye’deki Covid-19 vakaları içerisinde iyileşen hasta sayısının dünya ortalamasının üzerinde seyrettiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Kontrollü normalleşme süreci kapsamında 2 Mart 2021 tarihinde yayınlanan “Risk Grubuna Göre Alınacak Tedbirler” genelgesi kapsamında illere göre dört farklı risk durumu belirlenmiştir. Bu risk grupları çok yüksek, yüksek, orta ve düşük olmak üzere sınıflandırılmıştır (İçişleri Bakanlığı, 2021). Bu doğrultuda illere göre haftalık vaka sayısı (yüz binde) ile risk durumu haritası Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmekte ve Covid-19 bilgilendirme platformunda yayınlanmaktadır. Risk durumu haritası her hafta vaka sayısına göre güncellenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Covid-19 hastalığının tedavi edilmesine yönelik aday aşı geliştirme çalışmaları sonucunda gönüllü bireylerde test edilip etkinliği kanıtlanan aşılardan uygulanmaya başlanmıştır. Bu doğrultuda Türkiye’de Sağlık Bakanlığı nezdinde Covid-19 aşısı uygulanacak bireyler dört basamakta kategorize edilmiştir. İlk aşamada sağlık çalışanları, yaşlılar, engelli bireyler ve 65 yaş üzerindeki vatandaşlara aşı uygulanmıştır. İkinci aşamada Covid-19 açısından risk altında bulunan sektörlerde çalışanlar ile 50 ve 64 yaş aralığındaki vatandaşlar aşılanmıştır. Üçüncü aşamada kronik rahatsızlığı bulunan bireyler ve 18 yaş üzerindeki vatandaşlara aşı yapılmıştır. Son olarak dördüncü aşamada ise aşı sırası gelen fakat aşı olmayan bireyler aşılanacaktır. Ancak henüz son aşamaya geçilmemiştir. Türkiye genelinde aşı uygulaması için hiçbir ücret talep edilmemektedir. Aşı randevusunu alan birey tercih durumuna göre hem hastanede hem de aile hekimliğinde aşı yaptırabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021b).

27 Haziran 2021 itibarıyla hijyen, sosyal mesafe ve temizlik kuralları çerçevesinde kademeli normalleşme sürecinin 1 Temmuz 2021’de başlayacağı kararı alınmıştır. Normalleşme süreci kapsamında sokağa çıkma yasağı kaldırılmış, çalışması duraksatılan bazı iş sektörleri tekrar

açılmış ve toplu etkinliklere belirli kurallar doğrultusunda izin verileceği açıklanmıştır. Kademeli normalleşme sürecinin genel seyrine göre tam normalleşme ya da kısmi kapanma uygulamalarına karar verilecektir. (İçişleri Bakanlığı, 2021a).

3.1. Türkiye’de Covid-19 Pandemi Yönetimi

Türkiye’de Ocak ayından itibaren henüz yerli Covid-19 vakası görülmemesine rağmen çeşitli önlemler almaya başlamıştır. İlerleyen günlerde salgın seyrine göre Sağlık Bakanlığı öncülüğünde İçişleri Bakanlığı, Koronavirüs Bilim Kurulu, Toplum Bilimleri Kurulu, İl Hıfzıssıhha Kurulları ve belediye aktörlerinin katılımıyla geliştirilen çok sayıda politika ve faaliyet etkili şekilde sürdürülmüştür.

24 Ocak 2020’de Çin’den İstanbul Havalimanı’na gelen kişiler, Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü yetkilileri tarafından sağlanan termal kameralar aracılığıyla taranarak kontrolden geçirilmiştir. 38 derece üstünde ateşi olduğu belirlenen kişiler öncelikle muayene edilmiş ve Covid-19 riskine yönelik karantina odalarına sevk edilmiştir. Ek olarak havaalanlarında kızılötesi taramalar, dezenfeksiyon hizmetleri, ücretsiz maskeler ve bilgilendirici broşürler dağıtılarak salgın önlemleri alınmıştır (Anadolu Ajansı, 2020a).

3 Şubat 2020’de Bilim Kurulu toplantısında Covid-19 virüsünün yayılmasını engellemek amacıyla Çin’den Türkiye’ye yapılacak olan tüm uçuşların şubat ayı boyunca durdurulacağı kararı duyurulmuştur (Hürriyet Daily News, 2020). 29 Şubat 2020’den itibaren İtalya, Güney Kore ve Irak arasında yapılacak tüm uçuşların covid-19 önlemleri kapsamında durdurulması kararı verilmiştir (Sputnik News, 2020). Giderek yayılan Covid-19 salgınının Türkiye’de görülmemesi adına toplu taşıma, okul ve açık alan gibi insanların yoğun olduğu bölgelerde dezenfeksiyon hizmetleri sağlanması alınan diğer tedbirler arasındadır (Daily Sabah, 2020). Covid-19 salgınının Türkiye’ye sıçramaması için alınan tüm tedbirlere rağmen ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020a: 11).

Türkiye’de ilk vakanın ortaya çıkmasıyla birlikte hastaneler düzeyinde Covid-19 yönetim sürecine ilişkin tedbir ve kontrolü sağlamak amacıyla çeşitli stratejiler geliştirilmiştir. Bu çerçevede hastanelerde sosyal mesafe, temizlik, sınırlı sayıda kontrollü insan girişi, maske, hijyen, dezenfeksiyon, havalandırma, atıkların kontrollü uzaklaştırılması ve ateş ölçümü başta olmak üzere çeşitli genel önlemler uygulanmıştır. Sürdürülen genel önlemlerin yanı sıra sağlık çalışanları, hastalar ve ziyaretçilere yönelik farklı tedbirler oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2020n: 7-12).

Sağlık çalışanlarının Covid-19’a yakalanma ve hastane içi bulaşma riskine karşı düzenli aralıklarla belirti kontrolü yapılmıştır. Hastane içerisinde sağlık çalışanlarının maske takması ve el hijyenine dikkat etmesi sağlanmıştır. Sağlık çalışanları için kişisel koruyucu ekipman bireye uygun olarak temin edilmiş ve en doğru biçimde kullanılması sağlanmıştır. Aynı zamanda sağlık çalışanlarının Covid-19 hastaları ile teması olup olmadığı takip edilmiş, “Covid-19 Temas/Vaka İzlem Formu”nu doldurmaları sağlanmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının pandemi sürecinde zorunlu haller dışında seyahat etmemesi gerektiği belirtilmiştir (Ertürk ve Candevir, 2020: 74-75; Sağlık Bakanlığı, 2020n: 12). Gerçekleştirilen korunma ve önleme faaliyetlerinin yanı sıra sağlık çalışanlarının Covid-19 mücadelesi konusunda eğitilmesi büyük önem taşımıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Covid-19 bilgilendirme platformunda sağlık çalışanlarına yönelik kılavuzlar yayınlanmış ve hastanelerin içerisine bilgilendirici afişler asılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021f).

Hastaneler düzeyinde sürdürülen Covid-19 tedbirleri kapsamında ele alınan bir diğer grup hastalar olarak belirlenmiştir. Hastanın Covid-19 şüphesi var ise öncelikle hastalığın sık

görülen belirti ve semptomlarının incelenmesi hastalığın tanımlanmasında önemli rol oynamıştır. Bu noktada pandemi koşulları göz önünde bulundurularak bazı hastaneler tarafından çevrim içi platformlardan yararlanılarak hastayla iletişime geçilmiş ve yönlendirilmiştir. Hastaneye başvuran hastalar ateş ölçümü, maske, hijyen ve sosyal mesafe (en az 2 metre olacak biçimde) koşulları çerçevesinde hastane içerisine alınmıştır. Şüpheli ve kesin tanılı Covid-19 hastaları ise izolasyon tedbirlerine uygun şekilde Covid-19 servisine getirilmiştir. Aynı zamanda hasta odaları düzenli olarak dezenfekte edilmiş, maske kullanımı ve kişisel temizliğe dikkat edilmesi sağlanmıştır (Ertürk ve Candevir, 2020: 74; Sağlık Bakanlığı, 2020n: 12-14).

Covid-19 pandemi sürecinde hastanelerde tedbir alınan bir diğer grup ise hasta ziyaretçileri olmuştur. Pandemi sürecinde Covid-19 bulaşımını en aza indirmek amacıyla hastane ziyaretlerine kısıtlama getirilmiştir. Bu bağlamda hasta için zorunlu olması durumunda en fazla 1 refakatçi bulunması kararı alınmıştır. Ziyaretçilerin hastane içerisinde kaldıkları süre boyunca maske takmaları, sosyal mesafe ve hijyen koşullarına uymaları sağlanmıştır. Ziyaretçiler hastaneye sık sık giriş çıkış yapılmaması konusunda uyarılmıştır. Ayrıca hastaya dışarıdan yiyecek ve içecek getirilmesi yasaklanmıştır (Ertürk ve Candevir, 2020: 74; Sağlık Bakanlığı, 2020n: 12-14).

Cumhurbaşkanının başkanlığında bütün bakanların katıldığı Covid-19 ana konulu toplantı 12 Mart 2020’de yapılmıştır. Bu toplantı sonrasında Türkiye genelinde sürdürülen eğitime 3 hafta ara verileceği açıklanmıştır. Ayrıca hastane ziyaretleri sınırlandırılmış, spor yarışmalarının Mayıs ayına kadar seyircisiz devam etmesi, kamuda yer alan kişilerin yurtdışına özel izinle çıkması ve darülacezeye yapılacak ziyaretlerin durdurulması kararları açıklanmıştır (Evrensel, 2020).

Bilim Kurulu toplantısı sonrasında ulaştırma ve alt yapı bakanı tarafından yapılan açıklamaya göre Almanya, Fransa, İspanya, Norveç, Danimarka, Belçika, Avusturya, İsveç ve Hollanda’ya gerçekleşecek uçuşlar 17 Nisan 2020’ye kadar durdurulacağı kararı alınmıştır (Keleş, 2020). Nisan ayı bitene kadar yapılması planlanan ulusal ve uluslararası tüm toplantı, konferans ve kongre gibi faaliyetler koronavirüs tedbirleri kapsamında ertelenmiştir (CNN Türk, 2020). 14 Mart 2020’de Sağlık Bakanı’nın yaptığı açıklama neticesinde Umreden Türkiye’ye gelen kişilerin birinde Covid-19 virüsü saptanmış ve 14 gün süren karantina tedbirinin uygulanması gerektiği vurgulanmıştır (Koca, 2020).

İçişleri Bakanlığı tarafından 15 Mart 2020’de Covid-19 tedbirleri doğrultusunda genelge yayınlanmıştır. Bu genelgede “81 ilde, tiyatro, sinema, gösteri merkezi, konser salonu, nişan/düğün salonu, çalgılı/müzikli lokanta/kafe, gazino, birahane, taverna, kahvehane, kıraathane, kafeterya, kır bahçesi, nargile salonu, nargile kafe, internet salonu, internet kafe, her türlü oyun salonları, her türlü kapalı çocuk oyun alanları (AVM ve lokanta içindekiler dahil), çay bahçesi, dernek lokalleri, lunapark, yüzme havuzu, hamam, sauna, kaplıca, masaj salonu, SPA ve spor merkezlerinin faaliyetleri geçici bir süreliğine durdurulacak.” ifadesi yer almıştır (İçişleri Bakanlığı, 2020).

Mısır, İngiltere, İsviçre, Suudi Arabistan, İrlanda ve Birleşik Arap Emirlikleri uçuş yasağı bulunan ülkelere dahil edilmiştir. Toplamda 20 ülkeye uçuş yasaklanmıştır. Ek olarak toplumda temasın azaltılması ve mesafeli olunması uyarısı yapılmıştır (Sputnik News, 2020a).

Sağlık Bakanlığı yeni Covid-19 testi sayesinde 15 dakika gibi kısa bir zamanda sonuç alabileceğini açıklamıştır. Bilim Kurulu’nun tavsiyesi üzerine Covid-19 testleri tüm illere dağıtılmış ve uygulanan test sayısı ülke genelinde artırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020g).

21 Mart 2020'de İçişleri Bakanlığı'nın yayınladığı genelgede "Bağışıklık sistemi düşük, kronik akciğer hastalığı, astım, KOAH, kalp/damar hastalığı, böbrek, hipertansiyon, karaciğer hastalığı olanlar, bağışıklık sistemini bozan ilaçları kullanan bireyler ile 65 yaş ve üzeri vatandaşların ikametlerinden dışarı çıkmaları, açık alanlarda, parklarda dolaşmaları ve toplu ulaşım araçları ile seyahat etmeleri sınırlandırılarak sokağa çıkmalarını yasaklandı." ifadesiyle koronavirus kapsamında alınan tedbirler genişletilmiştir (İçişleri Bakanlığı, 2020a). 25 Mart 2020'de Sağlık Bakanı tarafından Çin'den Covid-19 tedavisinde kullanılmak üzere getirilen ilaçların 136 kişiye uygulandığı ifade edilmiştir. Sistematik biçimde hasta, test, vaka, ölen, iyileşen ve entübe kişi sayılarının her gün şeffaf olarak kamuoyu ile paylaşılacağı duyurulmuştur. Ek olarak Milli Eğitim Bakanı tarafından uzaktan eğitimin devam edeceği açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020h).

28 Mart 2020 itibarıyla koronavirus önlemleri kapsamında bütün illerin giriş ve çıkışlarında ateş ölçümü ve sağlık durumu kontrolü uygulaması başlatılmıştır (Soylu, 2020). Ayrıca Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın açıklaması doğrultusunda Covid-19 önlemleri kapsamında huzurevlerinin izlenmesi ve kontrol edilmesi için "Takip İzleme Birimleri" kurulmuştur. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından "Merkez İzleme Birimi" oluşturulmuştur. Bununla birlikte tüm birimlerde gerekli izolasyon ve sosyal mesafe gibi tedbirlerin alındığı belirtilmiştir (Selçuk, 2020).

Bilim Kurulu üyeleri, Çin'deki görevliler ve bilim insanlarının katıldığı bir video konferans düzenlenmiştir. Bu görüşmede Covid-19 hastalığının seyri, özellikleri, etkileri, semptomları, tanı ve tedavi yöntemleri, aşı çalışmaları, iyileşen hastaların durumu gibi konularda bilgi alışverişi yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020i). Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan 81 il genelinde psikososyal destek hattı uzman danışmanların desteğiyle hizmet vermeye başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020i). Milli Savunma Bakanlığı bünyesinde Covid-19 pandemisi nedeniyle ihtiyaçlarını karşılayamayan 65 yaş üstü bireylere, gazi ve şehit yakını ailelere destekleyici malzeme tedariki sağlanmıştır (Milli Savunma Bakanlığı, 2020).

Virüsün yayılım hızını azaltmak amacıyla tüm Türkiye'de evde kal çağrısı başlatılmıştır. Bu kapsamda 3 Nisan 2020'de 30 büyükşehir ve Zonguldak ilinde belirli zamanlarda sokağa çıkma yasağı ve 15 gün sürecek olan araç giriş çıkışı yasağı uygulanmıştır. Ayrıca 20 yaş altı bireyler için sokağa çıkma yasağı getirilmiştir (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2020). Bilim Kurulu toplantısında alınan karar sonucunda bütün alanlarda maske takmak zorunlu hale getirilmiştir (İçişleri Bakanlığı, 2020c). Cumhurbaşkanı tarafından yapılan açıklama doğrultusunda e-devlet üzerinden başvuru sağlayan 20 ve 65 yaş arası bireylerin PTT aracılığıyla haftada 5 adet ücretsiz maske temin edebileceğini ifade etmiştir (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2020a). Türk Hava Yolları tarafından 4 Nisan 2020'den itibaren bütün iç hat uçuşlarının bir süreliğine iptal edildiği bildirilmiştir (Türk Hava Yolları, 2020).

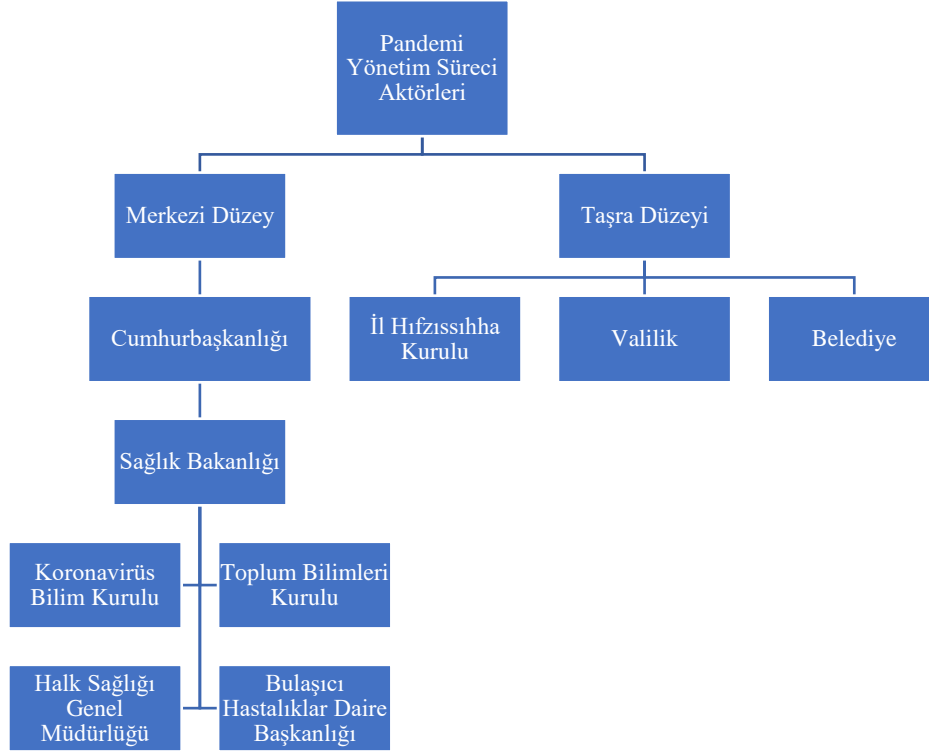
Covid-19 mücadelesi kapsamında evde izole edilen vakaların artık geliştirilen mobil uygulama ve dijital yollar aracılığıyla izleneceği açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020j). Bu sistem "Hayat Eve Sığar" uygulaması aracılığıyla kullanıma açılmıştır. Uygulama kapsamında evde izole olması gereken, sokağa çıkma yasağı bulunan kişiler takip edilmektedir. Bu durumlar ihlal edildiği takdirde uyarılar ve gerekli cezai işlemler uygulanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020k: 2-8). Sağlık Bakanlığı tarafından 8 Nisan 2020'de "Ruh Sağlığı Destek Sistemi (RUHSAD)" uygulaması geliştirilmiştir. Bu uygulamanın amacı ihtiyaç duyan bireyler, Covid-19 tedavi sürecinde yer alan görevliler ve aileleri için psikososyal desteğin sağlandığı uzman psikologlar ile görüşme olanağı sunan bir platformdur (Sağlık Bakanlığı, 2020l).

İçişleri Bakanlığı tarafından 30 büyükşehir ve Zonguldak ilinde cumartesi ve pazar günlerinde uygulanması planlanan sokağa çıkma yasağı getirilmiştir (İçişleri Bakanlığı, 2020b). 5 Mayıs 2020 itibarıyla 65 yaş üzeri ve kronik hastalığı bulunan vatandaşların pazar günleri belirli saatler arasında dışarı çıkabilme olanağı tanındı. 20 yaş altı bireylerin ise çarşamba ve cuma günleri yürüme mesafesiyle sınırlı olmak şartıyla sosyal mesafe ve maske kurallarına uyacak biçimde dışarıya çıkabilecekleri belirtilmiştir (İçişleri Bakanlığı, 2020d).

9 Haziran 2020'den itibaren 65 yaş üstü bireylere daha önce getirilen yasak esnetilerek 10:00 ve 20:00 saatleri arasında dışarıya çıkmalarına izin verilmiştir. 18 yaş altı bireyler için getirilen yasak kaldırılmış ancak ebeveynlerinin refakat etmesi şartıyla dışarıya çıkmaları kabul edilmiştir (İçişleri Bakanlığı, 2020e). 9 Mart 2021 itibarıyla ülke genelinde toplam referans laboratuvar sayısı 461'e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021a). Aynı zamanda yerli Covid-19 aşısının geliştirilmesine yönelik 14 farklı birimde çalışmalar sürdürülmektedir. Bu aşılardan 5'inin hayvan deneyleri tamamlanmış, 2 aşının ise insan üzerinde deneneceği Sağlık Bakanı tarafından aktarılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020m).

Türkiye'de ilk Covid-19 aşısı Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'ya uygulanmıştır. Aşının salgınla mücadelede etkili bir yol olacağını belirten Koca dört aşamadan oluşan aşı uygulama stratejisine göre aşılama sürecinin yürütüleceğini belirtmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021c). Türkiye'de kullanım onayı almış 2 çeşit aşı türü vatandaşların tercihine göre uygulanmıştır. Bunlardan ilki Sinovac adlı şirket tarafından üretilen Çin aşısı olarak bilinen Coronavac aşısıdır. Diğeri ise Almanya'da bulunan Pfizer şirketi tarafından üretilen Biontech adlı aşıdır (Sağlık Bakanlığı, 2021e). Covid-19 pandemisiyle mücadele kapsamında toplu bağışıklama için uygulanan aşı çalışmaları hala devam etmektedir. Gerçekleştirilen Koronavirüs Bilim Kurulu toplantısı sonrasında iki doz Covid-19 aşısı olmuş 50 yaş üzeri bireyler ile sağlık çalışanlarının üçüncü doz aşısı tercih ettikleri aşı türüne göre olabilecekleri açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021ç). Bu bağlamda 2 Temmuz 2021 itibarıyla Türkiye'de toplam 51 779 236 kişi Covid-19 aşısı olmuştur. Bu kişilerden 35 549 887'si tek doz, 15 429 376'sı iki doz, 799 973'ü ise üç doz aşı olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2021d).

Yukarıda aktarılan bilgilerden hareketle Türkiye özelinde pandemi yönetim sürecinde yer alan aktörler aşağıda yer alan şekilde sınıflandırılmıştır. Şekil 1'de görüldüğü üzere pandemi yönetim sürecinde yer alan aktörler merkezi ve taşra düzeyi olmak üzere sınıflandırılabilir. Merkezi düzeyde Cumhurbaşkanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren pandemi yönetimi konusunda en yetkili ve sorumluluk sahibi kurum olarak Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır. Koronavirüs Bilim Kurulu, Toplum Bilimleri Kurulu, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak pandemi yönetim sürecinde etkin rol oynayan kurumlar olarak yer almaktadır. Taşra düzeyinde ise İl Hıfzıssıhha Kurulu, valilik ve belediyeler pandemi yönetim sürecine katkı sağlayan otoriteler olarak yer almaktadır.

Şekil 1. Pandemi Yönetim Süreci Aktörleri

Kaynak: Yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

4. SONUÇ

2019 yılının son ayında Çin’de ortaya çıkan salgın başlangıçta SARS-CoV-2 olarak tanımlanmıştır. Fakat daha sonra DSÖ tarafından Covid-19 olarak isimlendirilmiştir. Covid-19 salgınının yeni bir tür virüs olması, fazla sayıda ülkeyi etkilemesi, insanlara kolaylıkla ve sürekli bir şekilde bulaşması DSÖ tarafından pandemi olarak kabul edilmesine yol açmıştır. Covid-19 salgını ortaya çıktığı zamandan şu ana kadar dünya genelinde 182 milyondan fazla insan hastalanmış ve 4 milyona yakın insan da hayatını kaybetmiştir (Worldometer, 2021a).

Salgın hastalıkların meydana getirdiği değişim ve gelişim her alanı kaçınılmaz şekilde etkiler hale gelmiştir. Bu bağlamda Covid-19 salgını dünya genelinde hızla yayılarak bireysel, toplumsal ve ekonomik anlamda pek çok etkiye yol açmıştır. Covid-19 salgınının kısa sürede insan sağlığı için küresel bir tehdit haline gelmesi nedeniyle ülkeler çeşitli yaklaşımlar geliştirerek mücadeleye başlamıştır.

Bu noktada Türkiye proaktif bir yaklaşım sergileyerek henüz Covid-19 vakası ülkede görülmeden önlem almaya yönelik faaliyetler gerçekleştirilmiştir. Covid-19 virüsüyle ilgili dünyadaki gelişmelerin güncel olarak takip edilebilmesi için 15 kişiden oluşan bir operasyon merkezi kurulması salgınla mücadeleye yönelik gerçekleştirilen ilk somut adım olarak gösterilebilir. İlerleyen günlerde Sağlık Bakanlığı öncülüğünde Koronavirüs Bilim Kurulu kurulmuştur. Uzman kişilerden oluşan bu kurul çeşitli tedbir önerileri sunarak salgın süreci yönetimine katkı sağlamıştır. Salgınla mücadele süreci boyunca kısıtlama, yasak, tam

kapanma, izolasyon, karantina başta olmak üzere pek çok uygulama gerçekleştirilmiştir. Salgından korunma kapsamında uygulanan hijyen, maske, sosyal mesafe tedbirlerinin yanı sıra sürdürülen bir diğer çalışma ise bireylere aşı yapılmasıdır. Buradan hareketle vaka sayısının en düşük seviyede olması ve Covid-19 virüsünün bulaşma hızının azaltılması Türkiye'nin pandemi yönetim süreci boyunca temel amacı olduğu söylenebilir.

Türkiye genelinde tüm paydaşlar ve vatandaşların dahil edildiği kolektif bir dayanışma sergilenmesi salgına yönelik mücadelede önem taşımaktadır. Bu bağlamda pandemi yönetim sürecinde alınan stratejik kararlar, gerçekleştirilen başarılı uygulamalar ve elde edilen etkili sonuçlar Türkiye'nin Covid-19 ile mücadelesine katkı sağlamaktadır. Salgın seyrine yönelik olarak Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu öncülüğünde geliştirilen mücadele ve çalışmalar hala sürdürülmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

6. KAYNAKÇA

Anadolu Ajansı, (2020), <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/saglik-bakani-koca-her-vaka-hasta-degildir/1991187>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Anadolu Ajansı, (2020a), <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/cinden-gelen-yolcular-istanbul-havalimaninda-termal-kameralarla-kontrol-edildi/1711905>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Ataç, A. ve Uçar, M., (2006), “Önemli Bulaşıcı Hastalıklar ve Yaşam Sürelerine Etkileri”, Bilim Tarihi Araştırmaları: Salgın Hastalıklar Tarihi, Sayı:2: 33- 42.

CNN Türk, (2020), https://www.youtube.com/watch?v=l_wIyNVS-j0, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Cumhurbaşkanı Ek Kararı, (Kabul tarihi: 13 Nisan 2020, Karar Sayısı: 31099, Resmi Gazete: 14.04.2020).

Daily Sabah, (2020), <https://www.dailysabah.com/turkey/turkey-leading-example-in-fight-against-coronavirus/news>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Doremalen, N. V., Bushmaker, T., Morris, D. H., Holbrook, M. G., Holbrook, M. G., Gamble, A. et. al., (2020), “Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1”, New England Journal of Medicine, 382(16): 1564-1567.

Ertürk, D., Candevir, A., (2020), “Covid-19 Hastanede Enfeksiyon Kontrol Önlemleri”, Arşiv Tarama Dergisi, 29(Özel Sayı 1):73-78.

Euronews, (2020), <https://tr.euronews.com/2020/05/14/dso-ye-gore-covid-19-bir-epidemik-pekti-pandemik-ileepidemik-arasindaki-fark-ne-erisim-30.12.2020>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). Geographical Distribution of 2019-nCov Cases Globally, <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Evrensel, (2020), <https://www.evrensel.net/haber/401435/koronavirus-bilim-kuruluna-7-yeni-uye-eklendi>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Guo, Y. R., Cao, Q. D., Hong, Z. S., Tan, Y.Y., Chen, S. D., Jin, H. J. et. al. (2020), The Origin, Transmission And Clinical Therapies On Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Outbreak - An Update On The Status, Military Medical Research, 7(1):11.

Hastane Afet ve Acil Durum Planları (Hap) Uygulama Yönetmeliği, (Kabul tarihi: 18 Mart 2020, Karar Sayısı: 31072, Resmi Gazete: 18.03.2020).

Heper, Y., (2020), "Covid-19 Genel Bakış", içinde C. Heper (Ed.), Multidisipliner Covid-19, (ss. 67-80), Bursa: Tabip Odası Yayınları.

<https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/ulastirma-ve-altyapi-bakani-turhan-9-ulkeye-ucuslar-durduruldu/1765375>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Hürriyet Daily News, (2020), <https://www.hurriyetdailynews.com/turkey-to-suspend-flights-from-china-until-end-of-month-151705>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

İçişleri Bakanlığı, (2020), 81 İl Valiliğine Coronavirüs Tedbirleri Konulu Ek Bir Genelge Daha Gönderildi, Erişim Adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-koronavirus-tedbirleri-konulu-ek-genelge-gonderildi>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

İçişleri Bakanlığı, (2020a), 65 Yaş ve Üstü ile Kronik Rahatsızlığı Olanlara Sokağa Çıkma Yasağı Genelgesi, Erişim Adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/65-yas-ve-ustu-ile-kronik-rahatsizligi-olanlara-sokaga-cikma-yasagi-genelgesi>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

İçişleri Bakanlığı, (2020b), İçişleri Bakanlığında 31 il için hafta sonu sokağa çıkma yasağı kararı, Erişim Adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/icisleri-bakanligindan-31-il-icin-hafta-sonu-sokaga-cikma-yasagi-karari/1800484>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

İçişleri Bakanlığı, (2020c), 81 İl Valiliği'ne Coronavirüs Tedbirleri Konulu Ek Genelge Gönderildi, Erişim Adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-koronavirus-tedbirleri-konulu-ek-genelge-gonderildi-08-09-20>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

İçişleri Bakanlığı, (2020d), 65 Yaş ve Üzeri/20 Yaş Altı/Kronik Rahatsızlığı Bulunan Kişilerin Sokağa Çıkma Kısıtlaması İstisnası Genelgesi, Erişim Adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/65-yas-ve-uzeri20-yas-altikronik-rahatsizligi-bulunan-kisilerin-sokaga-cikma-kisitlamasi-istisnasi-genelgesi>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

İçişleri Bakanlığı, (2020e), 81 İl Valiliğine 18 Yaş Altı ile 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Sokağa Çıkma Kısıtlaması Genelgesi, Erişim Adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-18-yas-alti-ile-65-yas-ve-uzeri-kisilerin-sokaga-cikma-kisitlamasi-genelgesi>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

İçişleri Bakanlığı, (2021), Coronavirüs ile Mücadelede Kontrollü Normalleşme Süreci, Erişim Adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirus-ile-mucadelede-kontrollu-normallesme-sureci>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

İçişleri Bakanlığı, (2021a), 81 İl Valiliğine Kademeli Normalleşme Tedbirleri Genelgesi Gönderildi, Erişim Adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-kademeli-normallesme-tedbirleri-genelgesi-gonderildi>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Koca, F., (2020), Bilim Kurulu Toplantımızın Ardından Koronavirüs İle İlgili Son Gelişmeler Ve Aldığımız Yeni Tedbirlere İlişkin Basın Açıklamamız, Erişim Adresi: <https://twitter.com/Drfahrettinkoca/>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Küresel Grip Salgını (Pandemi) Genelgesi, (Kabul tarihi: 12 Nisan 2019, Karar Sayısı: 30744, Resmi Gazete: 13.04.2019).

Milli Savunma Bakanlığı, (2020), Şehit ve Gazi Ailelerimiz ile 65 Yaş Üzeri Vatandaşlarımıza Yaşam Malzemesi Dağıtıldı, Erişim Adresi: <https://www.msb.gov.tr/SlaytHaber/3132020-65833>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Pala, K., (2020), “Covid-19’un Epidemiyolojik Özellikleri”, içinde C. Heper (Ed.), Multidisipliner Covid-19, (ss. 13-27), Bursa: Tabip Odası Yayınları.

Public Health England. (2020). Investigation of Novel SARS-Cov-2 Variant, Technical Briefing 2, London.

Sağlık Bakanlığı. (2017). Bulaşıcı Hastalıklar İle Mücadele Rehberi.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi, (2020), Erişim Adresi: <https://sabim.gov.tr/Kurumsal#tarihce>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020), Covid-19 (Sars-Cov-2 Enfeksiyonu) Rehberi Genel Bilgiler, Epidemiyoloji Ve Tanı, Bilim Kurulu Çalışması, Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiyolojiwetanipdf.pdf>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020a), Covid-19 (Sars-Cov-2 Enfeksiyonu) Rehberi, Bilim Kurulu Çalışması, Erişim Adresi: <https://acilafet.saglik.gov.tr/Eklenti/37175/0/covid-19rehberipdf.pdf>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020b), Basın Açıklamaları, Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020c), Covid-19 Bilgilendirme Platformu, Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66301/covid-19-rehberi.html>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020ç), Koronavirüs Hastalığı İçin Kişisel Koruyucu Ekipmanların Doğru Kullanımı 2019 (Covid-19), Geçici Rehber, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Erişim Adresi: <https://khgmstokyonetimidb.saglik.gov.tr/Eklenti/36950/0/koronavirus-hastaligi-icin-kisisel-koruyucu-ekipmanlarin-dogru-kullanimi-2019-covid-19pdf.pdf>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020d), Koronavirüs Bilim Kurulu Tarafından Hazırlanan ‘Covid-19 Bilgilendirme Broşürü’ 81 İle Dağıtıldı, Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR.64267/koronavirus-bilim-kurulu-tarafindan-hazirlanan-covid-19-bilgilendirme-brosuru-81-ile-dagitildi-02032020.html>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020e), Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı. Pandemi Hastaneleri, Erişim Adresi: <https://hasta.saglik.gov.tr/Eklenti/36907/0/pandemi-hastaneleripdf.pdf>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020f), Toplum Bilimleri Kurulu, Sağlık Bakanı Koca Başkanlığında Toplandı, Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR.65907/toplum-bilimleri-kurulu-saglik-bakani-koca-baskanliginda-toplandi.html>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020g), Koronavirüs Testi 15 Dakikada Çıkacak, Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,64570/koronavirus-testi-15-dakikada-cikacak.html>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020h), İki Bakan, Koronavirüs Bilim Kurulu Toplantısı'nın Ardından Açıklama Yaptı, Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,64693/iki-bakan-koronavirus-bilim-kurulu-toplantisinin-ardindan-aciklama-yapti.html>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020ı), Çin ile Video Konferans Gerçekleştirildi, Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,64720/cin-ile-video-konferansgerceklestirildi-26032020.html> Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020i), 81 İl Psikososyal Destek Hat Bilgileri, Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66158/81-il-psikososyal-destek-hat-bilgileri.html>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020j), Mücadelemizdeki Ortak Payda İnsan Sağlığıdır, Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,64935/mucadelemizdeki-ortak-payda-insan-sagligidir.html> Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020k), Hayat Eve Sığar (Güvenli Alan, Hes Kodu, İhbar) Rehberi.

Sağlık Bakanlığı, (2020l), RUHSAD Uygulaması, Erişim Adresi: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/37081,ruhsad-uygulamasiustuzipdf.pdf?0&_tag1=F5A16DDBE4FF19363630793070A8025A1C3BBE78 Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2020m), Sağlık Bakanı Koca, Yerli Aşı Ortak Çalışma Grubu Toplantısına Başkanlık Etti. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,75070/saglik-bakani-koca-yerli-asi-ortak-calisma-grubu-toplantısına-baskanlik-etti.html>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı. (2020n). Covid-19 Pandemisinde Normalleşme Döneminde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi.

Sağlık Bakanlığı, (2021), Covid-19 Bilgilendirme Platformu, Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2021a), Covid-19 Yetkilendirilmiş Tani Laboratuvarları Listesi, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/yetkilendirilmis-covi-d-19-tani-laboratuvarlari.html> Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2021b), Covid-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu, Erişim Adresi: <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77706/covid-19-asisi-ulusal-uygulama-stratejisi.html> Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2021c), İlk Koronavirüs Aşısı Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'ya Yapıldı, Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,78148/ilk-koronavirus-asisi-saglik-bakani-fahrettin-kocaya-yapildi.html>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2021ç), Koronavirüs Bilim Kurulu Toplantısına İlişkin Açıklama, Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,84510/koronavirus-bilim-kurulu-toplantısına-iliskin-aciklama-07072021.html>, Erişim Tarihi: 26.07.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2021d), Türkiye Aşı Tablosu, Erişim Adresi: <https://covid19asi.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2021e), Covid-19 Aşısı Üretim Teknolojileri, Erişim Adresi: <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77709/covid-19-asisi-uretim-teknolojileri.html>, Erişim Tarihi: 26.07.2021.

Sağlık Bakanlığı, (2021f), Sağlık Personeline Yönelik, Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66260/saglik-personeline-yonelik.html>, Erişim Tarihi: 20.10.2021.

Selçuk, Z., (2020), <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/huzurevlerinin-anlik-takibi-icin-takip-izleme-birimleri-olusturuldu-/1782914>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, (Kabul tarihi: 1 Nisan 2020, Karar Sayısı: 31094, Resmi Gazete: 09.04.2020).

Soylu, S., (2020), <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/icisleri-bakani-soylu-ozel-araclardaki-vatandaslarimizin-saglik-durumlarini-kontrol-eden-sistem-illerimize-kuruldu/1783269>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sputnik News, (2020), <https://tr.sputniknews.com/turkiye/202002291041508719-turkiyenin-guney-kore-italya-ve-irak-ile-gidis-gelis-tum-yolcu-ucuslari-durduruldu/>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sputnik News, (2020a), <https://tr.sputniknews.com/turkiye/202003161041614148-saglik-bakani-koca-koronavirusle-ilgili-aciklama-yapiyor/>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Sturman, L.S. and Holmes, K.V., (1983), “The Molecular Biology Of Coronaviruses”, Advances in Virus Research, 28:35–112.

TC. Cumhurbaşkanlığı, (2020), <https://www.tccb.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Türk Hava Yolları, (2020), <https://www.turkishairlines.com/trint/duyurular/coronavirussalgini/iptal-seferler/>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA). (2020). TÜBA Assessment Report on Covid-19 Global Outbreak, Turkish Academy of Sciences Publications, Report No: 39.

TÜSEB (2020). Covid-19 Aşı Geliştirme Çalışmaları Raporu.

World Health Organization, (2010), What is pandemic?. (Erişim Tarihi: 30.06.2021), https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/.

World Health Organization, (2020), SARS-CoV-2 Variant – United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. (Erişim Tarihi: 30.06.2021.), <https://www.who.int/csr/don/21-december-2020-sars-cov2-variant-united-kingdom/en/>.

World Health Organization, (2020a), Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report-1. (Erişim Tarihi: 30.06.2021), <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf>.

World Health Organization, (2020b), Target Product Profiles for Covid-19 Vaccines. (Erişim Tarihi: 30.06.2021), https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/who-targetproduct-profiles-for-covid-19-vaccines.pdf?Sfvrnsn=1d5da7ca_5&download=true.

Worldometer, (2021), <https://www.worldometers.info/coronavirus/countries-where-coronavirus-has-spread/>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Worldometer, (2021a), <https://www.worldometers.info/coronavirus/?zarsrc=130>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Wu, F., Zhao, S., Yu, B., Chen, Y.M. and Wang, W., (2020), “A New Coronavirus Associated With Human Respiratory Disease in China”, *Nature*, 579(7798): 265-269.

Yener, D., (2020), <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/turkiyenin-koronavirusle-mucadele-politikasina-bilim-kurulu-yon-veriyor/1777215>, Erişim Tarihi: 30.06.2021.

Yurdakul, E.S., (2015), “Tarihte Önemli Bulaşıcı Hastalık Salgınları”, *Türkiye Klinikleri*, 1(3):1-6.

Yükseköğretim Kurulu. (2020). Küresel Salgın Bağlamında Yükseköğretim Kurumlarında Sağlıklı ve Temiz Ortamların Geliştirilmesi Kılavuzu.

Zhou, Y., Li, W., Wang, D., Mao, L., Jin, H., Li, Y. et al., (2020), “Clinical Time Course Of Covid-19, Its Neurological Manifestation And Some Thoughts On Its Management”, *Stroke and Vascular Neurology*, 5(2): 177-179.

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE PROFESYONELLİK, ETİK DAVRANIŞLAR, LİDERLİK VE TEKNOLOJİNİN ETKİSİ

THE EFFECT OF PROFESSIONALITY, ETHICAL BEHAVIORS, LEADERSHIP AND TECHNOLOGY ON NURSING SERVICES MANAGEMENT

Uzm. Hem. Dilek ÇALIŞKANER¹

ÖZET

Dünya çapındaki ekonomi, siyasi, kültür, sağlık, sosyal hayat ve teknolojik değişimler birçok alanda etkili olmuştur. Dünyada, sağlığın geliştirilmesi amacıyla sağlık hizmetleri yönetim anlayışında eski paradigmlar giderek önemini kaybetmekte, yeni fikirler, yeni görüşler ve yeni yaklaşımlar etkin olmaya başlamaktadır. Bu değişime uygun şekilde sağlık yöneticilerinin en iyi hizmeti sunabilmek için çağın gerektirdiği, yenilikçi düşünce, çözüm odaklı etik davranışlar ve liderlik tarzları geliştirmesi gerekmektedir. Bu yüzden hemşirelik mesleğinin gelecekle kucaklaşması için bilimselleşme sürecinde yer alan postmodern ve modern düşünceleri mesleğine uyarlaması gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı teknolojik gelişmelere paralel olarak hemşirelik hizmetleri yönetiminde profesyonellik, liderlik özellikleri ve etik davranışın önemini irdelemektir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Yönetim, Liderlik, Etik.

ABSTRACT

Worldwide economic, political, cultural, health, social life and technological changes have been influential in many areas. In the world, old paradigms are gradually losing their importance in the understanding of health services management in order to improve health, and new ideas, new views and new approaches are starting to become effective. In accordance with this change, health managers need to develop innovative thinking, solution-oriented ethical behaviors and leadership styles required by the age in order to provide the best service. Therefore, in order for the nursing profession to embrace the future, it is necessary to adapt the postmodern and modern thoughts in the process of scientificization to the profession. The aim of this study is to examine the importance of professionalism, leadership characteristics and ethical behavior in nursing services management in parallel with technological developments.

Keywords: Nursing, Management, Leadership, Ethics.

1. GİRİŞ

Toplumun refahını sağlamak için Hemşirelik mesleği, geçmişten günümüze sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlerle kendini yenileyen, birey, aile ve toplumun sağlık durumu ile ilgilenen profesyonel bir sağlık disiplini. Profesyonellik, bir mesleğin var olmasında çok

¹ Kuşadası Devlet Hastanesi, dilekcaliskaner@hotmail.com.

önemli bir kavram olup yüksek oranda uzmanlık, bilgi, beceri, tutum ve davranış biçimi olarak ifade edilmektedir. Profesyonellik: yapılan işin benimsenmesi ile, yüksek seviyede eğitim alarak çevresine yardımcı olma çabasıyla motive olmayı, örgütlenmeyi, etik ilkelere sahip olmayı, sorumluluk alma ve karar verme becerisini kullanmayı gerektirir (Göriş vd. 2014). İyi ve doğru olanı araştırıp bulan bir felsefe alanı içinde yer alan etik, her meslekte olduğu gibi profesyonel hemşirelikte de önem taşımaktadır. Hemşirelerin etik ilkeleri bilmesi ve etik ilkelere uygun davranışlar sergilemesi mesleki profesyonellik açısından büyük önem taşımaktadır (Karaöz, 2000). Araştırmalarda etik ve ahlak birbirine benzer konular ve sonuçlar içerse de değişik anlamlara neden olduğundan da bahsedilebilmektedir. Ahlak kabul edilebilir davranışlar için bireyin kendi koymuş olduğu kurallarla ilgilenmektedir. Davranışları standart kurallar durumuna getiren etik çoğunlukla yol gösterici olmuştur (Öztürk, 2010). Yönetici Hemşireler yetkilerini kullanırken yönetsel etik ilkelere uygun davranmaları gerekmektedir. Adalet, eşitlik, dürüstlük, sorumluluk, şeffaflık vb. yönetsel etik ilkeler, kurumların hedeflerine ulaşmasında yöneticilere yardımcı olmaktadır (Covey, 2002).

2. YÖNETİCİ HEMŞİRELERDE PROFESYONELLİK VE ETİK DAVRANIŞLAR

21. yüzyılda, küreselleşme ve özelleştirme faaliyetlerinin hızla artması, insan haklarının önem kazanması, iletişim ve bilgi teknolojilerinde hızlı gelişmelerin yaşanmasıyla bilgi toplumuna geçilmiş ve işletmelerde bu durumdan büyük ölçüde etkilenmiştir. Küresel pazardaki rekabet ortamında başarılı olmak isteyen işletmeler, kaynaklarını doğru kullanabilmek için yöneticilerinin yetkinliğine önem vermeye başlamışlardır (Koçel, 2014).

2.1. Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Profesyonellik

Her işte profesyonelliğin en önemli ölçütü, yöneticinin işin gereklerini mükemmel haliyle gerçekleştirebilmesi, sahip olduğu işin veya konunun sorunlarına dair çözüm noktalarını çıkar ve çıkmazları profesyonelce bilmesidir. Ancak belirli alanlarda uzmandırlar ve bu uzmanlıkları, işletmelerin değişen çevreye uyum sağlamasına olanak tanır. Sağlık kurumlarının yönetsel açıdan profesyonelleşmesi; yönetimde sağlık yöneticisi profesyonellerinin istihdam edilmesi, kurum ikliminin profesyonel çalışanların özelliklerini destekleyecek (otonomi, sürekli eğitim vb.) şekilde geliştirilmesi ve sektördeki profesyonel ve sektörel kurumlarla ilişki içerisinde bulunması olarak tanımlanabilir (Bulakbaşı, 2015). Profesyoneller bir meslek olarak insan ile iç içe olması nedeniyle etik kural ve ilkelere sahiptir. Etik kurallar, düşünce ve davranışa şekil veren rehber olan ahlaki durumlardır. Özerklik ilkesi, kişisel özgürlüktür ve bireyin yaşamını etkileyen konular hakkında tercihler yapabilme özgürlüğüne sahip olması anlamına gelir.

Hemşirelikte adalet ilkesi ise kişilere adil şekilde bakım verme temeline dayanmakta ve hemşirelere aynı tanıli hastalara, kaynak ve hizmetlerin eşit şekilde dağıtılmasını ve eşit koşullarda bakım verme sorumluluğunu yüklemektedir. Zarar vermeme ilkesi, yararlılık ilkesi ile ilişkili olup hastanın yararına olacağı düşünülen girişimlerin olası zararlarını değerlendirme, zararı en aza indirme ve hastayı zarardan koruma anlamına gelir. Bu ilke aynı zamanda iyilik yapmanın sonucu olarak doğacak zararlardan da kaçınmak anlamına gelir (Avcı, 2007). Gizlilik ilkesi başka kişilerin sahip olduğu özel ya da gizli bilgilerin başkalarıyla paylaşılmamasını gerektirir. Yani gizlilik, kişinin mahremiyetini gözetmek demektir. Kişi, mahremiyetini sürdürdüğü ve kişinin mahremiyeti korunduğu takdirde saygınlığı korunabilecek ve kendi yaşamını kontrol edebilecektir. Bu sebeple hastaların gizliliğini korumak bireylere saygının bir ifadesidir ve hasta-hemşire ilişkisi açısından da büyük önem taşımaktadır. Dürüstlük ilkesi, uygulamada doğruyu söylemekle ilişkilidir. Çünkü doğruyu söylemek saygıya, açık iletişime, güvene ve sorumluluğun paylaşılmasına

yol açar. Hastanın güvenini sürdürmesi için doğruyu söylemek hemşireler açısından çok önemlidir (Burkhardt ve ark., 2013).

Temel profesyonellik özellikleri genel olarak; bilimsel bilgi birikimi, uygulamada teori kullanma, toplumsal değerleri paylaşma, etik kodlar, yaşamsal değeri olan konulara odaklanma, mesleki örgüte sahip olma ve otonomi olarak belirtilmektedir (Altıok, 2014). Dikmen ve arkadaşları (2016) çalışmasında, ülkemizde eğitim düzeyindeki farklılıklar, hemşirelik mesleğinin toplumsal algılanışı, hastanelerin hiyerarşik yapısı, yoğun iş yükü, görev tanımları dışında yer alan işlerin yapılması, eleman ve araç-gereç yetersizliği, iş güvenliğinin yeterince sağlanamaması, düşük ücret ve örgütlü güç oluşturamama gibi pek çok olumsuz etkenin bakımın niteliğini etkilemekte olduğu, dolayısıyla bunların hemşireliğin profesyonelleşmesinde de gecikmelere neden olduğu belirtilmiştir.

2.2. Yönetici Hemşirelerin Etik Davranışlar Sergilemesi

Hemşirelik mesleği dünya genelinde önem kazanmasına karşın, hastanelerimizde hemşirelik hizmetleri yönetiminde ve diğer görevlerde çalışan personelin görev tanımlarının açık olmaması, onların uzmanlıklarından yeterince yararlanılamamasına neden olmaktadır. Bu durum, çalışanları olumsuz etkilemekte ve onların verimli çalışmalarına engel olmaktadır. Yönetici hemşireler, karar verme işlevini, çalışanlarıyla paylaşması durumunda kendi yetkinliklerinin ya da güç unsurunun azaldığını düşünmemeli; aksine bu durumun astlarını motive edecek bir yaklaşım olduğunu görmelidirler (Altuntaş ve Er, 2014).

Hemşirelik bakımının ve hemşirelik hizmetlerinin tümünün nitelikli olabilmesi için çalışanların iş yaşamlarının kaliteli olması gerekmektedir. Bunun için yönetim politikaları, ilkeleri gibi iş yaşamını ve yönetimi etkileyen faktörlere ilişkin hemşirelerin görüşleri alınarak, kaliteli hasta bakım hizmeti sunulmalıdır (Alan ve Yıldırım, 2016). Etkili bir örgüt yapısı elde edebilmek için yönetim ilkelerine uyulmalı ve bu ilkeler doğrultusunda kararlar alınarak, doğru yapılmalıdır (Söyük, 2017).

Sağlık hizmetlerinde hemşirelik yönetimi, hastalara hemşirelik bakımı verilirken gerekli her türlü olanağı sağlayan, hastanenin amaç ve politikalarının gerçekleştirilmesine yönelik koordine faaliyetler sistemidir. Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hızlı değişim ve gelişmeler, sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda kullanılan teknolojinin ve uygulamaların da değişmesine neden olmaktadır. Bu durum sağlık bakım maliyetlerini artırmakla birlikte, günümüz rekabet koşulları ve kaynakların sınırlılığı, düşük maliyetli ve kaliteli sağlık bakım hizmeti sunumunu zorunlu kılmaktadır. Bütün bunlar sağlık hizmetlerinde “yönetim” kavramının önemini daha da artırmaktadır (Ekici, 2013). Bu nedenle ülkemizde hizmet veren sağlık kurumlarında yönetim bilgisine sahip, bu konuda eğitilmiş profesyonel yöneticilere olan gereksinim giderek artmaktadır (Tengilimoğlu, 2014). Djukic ve diğerleri (2015)’nin 34 farklı bölgede yöneticiliğe yeni başlamış, hastayla doğrudan bağlantısı olan 42 yönetici hemşire üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada, daha iyi sağlık getirilerinin sağlanması, sağlık hizmetinin sunulması ve daha düşük maliyetler için kalite geliştirme süreci irdelenmiştir.

Çalışmada, bakım prosedürlerinin getirilerinin izlenmesi ve sağlık bakım sistemindeki güvenliğin ve kalitenin sürekli bir şekilde iyileştirilmesini sağlamak için gerekli iyileştirici yöntemlerin kullanılarak kalite geliştirme çalışmalarının yapılması ve katılımın sağlanmasının, hem hastayla doğrudan bağlantılı olan yöneticiler hem de üst konumdaki yönetici hemşireler için gerekli olduğu belirlenmiştir. Wilson ve arkadaşları (2013). bildirdiğine göre Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Birmingham Alabama Üniversitesi (UAB) 2008 yılından beri 2 yılda bir uluslararası hemşirelik ve sağlık bakımı, liderlik geliştirme programını uygulamaktadır. Programın eğitici dersleri, koçluk, sağlık hizmeti veren kuruluşların ziyareti ve kültürel zenginleştirme

gibi bölümlerden oluşmaktadır. Programın amacı, kaynakları kısıtlı olan ülkelerden gelen sağlık çalışanlarının liderlik, sağlık politikalarını şekillendirme, değişen çevre, sosyoekonomik ve teknolojik koşullar sonucunda bu değişime yanıt verme yeteneklerinin geliştirilmesi için uygulama ve eğitim olanaklarını sağlamaktır.

(Yılmaz, 2006), teorisyenler etik liderliği tanımlarken, çeşitli etik değer sayılacak davranış ve karakteristik özelliklerden açıklamışlardır. Bu karakterler ve davranışlar bunları ifade eden teorisyenlerle birlikte aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 1: Etik Liderlik İçin Ana Davranış, Karakterleri ve Bunları İfade Eden Teorisyenler

Etik Liderliğin Özünü Oluşturan Temel Davranış ve Karakter Özellikleri	Etik Liderliğin Özünü Oluşturan Temel Davranış ve Karakter Özelliklerini İfade Eden Teorisyenler
İyiliği yaymaya çalışmak	Plato
Başkalarının kişisel özelliklerine saygı göstermek	Gardner, Greenleaf, Plato,
Dürüstlük	Bridge, Cuilla, Nair, Noer,, Ryan ve Oestrich, Schurtz, Senge, Kleiner, Roberts, Ross&Smith
Güvenirlilik, inanırlılık, samimilik	Kauzes & Posner, Nair, Terry,
Kişilerarası ilişkilerde beceri	Argyris, Senge
Demokratik karar alma ve katılım destekleme	Habermas, Plato, Ricoeur
Anlayışlı, kibar olma	Kauzes & Posner, Plato, Ricoeur

İşe Alım Süreci ve Etik Davranışlar Oluşturma: Bu süreç, çalışma ortamında istenilen etik davranışlara uygun davranılması için yönlendirici olmaktadır (Vickers, 2005)

Eğitim/Gelişim Süreci ve Etik Davranışlar Oluşturma: Kurumun etik değerlerinin yeni çalışmaya başlayanlara öğretilmesi onların profesyonelleşmesi açısından çok önemli olmaktadır (Karaöz, 2000).

Ödüllendirme ve Etik Davranışlar Oluşturma: Ödüllendirme, yöneticilerin çalışanları değerlendirmesi ve kurum amaçları doğrultusunda yönlendirmesi için kullandıkları bir araç olmaktadır. Ödüllendirmenin amacı, birey ya da ekip çalışmasının verimliliğini artırma ve diğer ekip çalışanlarının da bundan etkilenecek yaptıkları işte daha çok performans sergilemesini sağlamaktır (Altındağ ve Akgün, 2015). Çalışanların belli bir zaman dilimi içerisinde görevlerini ne kadar iyi yaptığı ve etik davranışlar içinde bulunduğunu belirlemenin yolu onların performansının değerlendirilmesinden geçmektedir. Performans değerlendirme, kurumun hedef ve misyonu doğrultusunda verimliliğini arttırdığı kadar yönetici ve çalışan açısından da önemli yararlar sağlamaktadır. Bu durum, doğru bir yönetim yaklaşımı ve çalışanların gelişmesi, önceden belirtilen standartlarla karşılaştırma ve ölçme yoluyla eşit, adil ve zamanında yapılacak performans değerlendirme sistemiyle gerçekleşmektedir. Performans değerlendirme; ilgili kişileri ödüllendirmek, cezalandırmak, eğitmek, farklı alanlarda geliştirmek gibi konularda açık ve net karar alabilmenin tek unsurunu oluşturmaktadır (Kocabey, 2014).

Etik davranışların kaynağı, kullanıldığı alana göre dört ana başlık halinde irdelenebilir (Beyaztepe, 2016):

Bireysel Etik: Bireyin davranışlarının temelini incelenmesiyle ilgilenmektedir. Bireysel etik değerler, bireyin kişilik oluşumu ve davranışlarının bilinçli bir hareket noktası haline gelmesini içermektedir. Bu nedenle bireyin ahlaki konusu, bireysel etikte öne çıkmaktadır (Beyaztepe, 2016).

Örgütsel Etik: Sorunların çözümü için kuralların belirlenmesi şeklinde oluşan kurum içi davranış kültürü olarak belirtilmektedir. Bu kurallar, örgütün genel değer sistemini belirten, üyeler arasındaki iletişimle örgütsel şeyişin ne şekilde olacağını ortaya koyan sözlü ya da yazılı kurallardır. Çalışanların, kurallar çerçevesinde ödül ve ceza alması çalışanların davranışlarına etki etmektedir (Beyaztepe, 2016).

Mesleki Etik. Önemli olan dünyanın her yerinde aynı mesleği yapan çalışanların, toplumsal yarar gözeterek uygulamış oldukları davranışların kurallarına uyma gerekliliğidir. (Beyaztepe, 2016).

Yönetimsel Etik: Yönetim alanındaki yozlaşma ve kayırma vb. etik dışı davranışlar ciddi sorunlar olarak algılanmaya başlamasıyla birlikte, “yönetimsel etik” de son zamanlarda üzerinde önemle durulan konuların başında gelmektedir. Yönetimsel etik sadece gelişmemiş veya gelişmekte olan ülke yönetimlerini değil aynı zamanda gelişmiş ülkeleri de yakından ilgilendirmekte, yeni yönetim yaklaşımlarıyla birlikte etik kapsamlı, yeniden düzenleme çalışmalarına girilmektedir (Uluğ, 2009). Çalışmalar incelendiğinde, 1970’lerden itibaren üzerinde durulan ve incelenen bir konu olduğu, 1990’lardan sonra bu konuya ilişkin çalışmaların arttığı görülmektedir (Sayılı ve Kızıldağ, 2007).

3. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE LİDERLİK

Sanatların en eskisi, bilimlerin en yenisi olan yönetim kavramı, insanın varoluşuyla birlikte ortaya çıkan bir olgu ve gelişmekte olan bir bilim dalıdır. Günümüze kadar geçen süreçte yönetim, her dönemde insanların amaçlarına ulaşmak için kullandıkları bir araç olmuştur. (Arslan, 2015). Sağlık hizmetlerindeki hızlı değişimler, gelişmiş ve üretken toplum yaratma çabası, karmaşık teknolojilerin kullanılması, rekabetin artması, yoğun insan ilişkilerinin yer alması sağlık kurumlarındaki yöneticilerin liderlik davranışları göstermesini gerekli kılmaktadır. Liderlik kavramı, bir grup insanı belirli amaçlar etrafında toplayabilme, bu amaçlar doğrultusunda harekete geçirebilme bilgisi ve yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve Kantek, 2016).

Liderlik herkesin göremediği fırsatları fark etme ve bu fırsatları organizasyon yararına kullanabilme yeteneğidir. Liderlik aynı zamanda başkalarını etkileme gücüdür ve ortaklaşa belirlenen vizyon doğrultusunda bireylerin hevesle çalışmalarını sağlamaktır (Soyluer, 2010). Bu sebeple iyi bir lider kendi oluşturduğu vizyona inanmalı, etrafındaki kişilerde güven duygusu oluştururken aynı zamanda yenilikleri takip etmelidir (Leblebici, 2008). Hemşirelik hizmetleri yönetimi, sağlığın korunması, bozulduğunda tedavi edilmesi, var olan insan gücü ve maddi kaynakların etkin ve verimli olarak kullanılmasıdır. Hemşire liderlerin planlama, organize etme, işbirliği yapma, yürütme ve kontrol etme fonksiyonlarının yerine getirilmesidir. Yönetici hemşirelerin başarılı olabilmeleri; sahip oldukları bilginin yanı sıra liderlik kapasitelerinin olmasına bağlıdır. İyi bir yöneticide taraf tutma, anlayışsızlık, kararsızlık, korku, etki altında kalma, dar görüşlülük gibi olumsuz niteliklerin bulunmaması; aksine iyi bir yöneticinin planlı, işbirlikçi, örgütleyici, denetim kurallarına uyan ve yönlendirici olması gerekmektedir. Yönetici hemşire, yöneticiliği sorumluluk olarak görmeli, sorumluluğun kendisinde olduğunu bilmeli ve yanında güçlü mesai arkadaşları ve astlar bulunmasından çekinmemelidir (Canbolat, 2013).

Örgüt ve yönetim yaklaşımlarının değişimiyle yönetici kavramı, yerini liderlik, kavramına bırakmaktadır (Koçel, 2015). Liderlerde bulunan özellikler, liderlerin davranışları ve içinde bulunulan ortam liderlik kuramlarında sıkça ele alınan ve tartışılan konuların başlarında gelmektedir (Çekmecelioğlu, 2014). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yöneticilik ve liderliğin önemi büyüktür. Sağlık kurumları ve sağlık sistemleri büyük ve karmaşık yapılardır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan personelin iş birliği yapması, uyum göstermesi ve faaliyetlere koordine edilmesi gerekmektedir. İşbirliğinin sağlanıp sürdürülmesi için de yöneticilerin liderlik davranışlarını etkin bir şekilde gösterip kullanabilmeleri gerekmektedir (Ardahan ve Konal, 2017).

3.1. Sağlık Yöneticilerinin Liderlik Özellikleri

Sağlık hizmeti temelinde ekip çalışmasını, empatiyi, aktif iletişimi, şefkati barındırır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının buna uygun davranış göstermesi gerekmektedir. Kurumuna, çalışma arkadaşlarına ve hastalara faydalı olan bir lider, diğer kişiler tarafından daha kolay benimsenir ve izlenir (Alıcı, 2018). Sağlık kurumlarının, kendilerine başvuran hastalara kaliteli ve etkili bir hizmet vermeleri gerekmektedir. Sağlık yöneticileri bunun için de sürekli kendilerini yenilemek ve geliştirmek zorundadırlar. Bu bağlamda en önemli faktör ise sağlık kurumlarındaki yöneticilerdir. Çünkü onlar örgütlerini ve ekiplerini geleceğe taşıyan etkin kişilerdir. Bu sebeple sağlık yöneticilerinin göstermiş olduğu liderlik özellikleri önemlidir (Alıcı, 2018; Arık, 2018).

Bir diğer liderlik tipi etkileşimci lider, kendi dışındaki çalışanları izler ve onların performanslarını değerlendirerek, bir işi ne kadar iyi yapıp yapmadıklarını belirler. Etkileşimci lider, yaptığı değerlendirme sonucunda başarılı olanları takdir ederek ödüllendirir veya yetersiz olanları belirleyerek onların bu yetersizliklerini gidermeye çalışır. Özellikle sağlık sektöründe hatanın olumsuz sonuçlara yol açacağını düşündüğümüzde sağlık personelinin eğitilmesinin önemi bir kat daha artmaktadır (Gedikoğlu, 2015).

Liderin kişisel özellikleri de önemlidir. Bir başka liderlik tipi olarak otantik liderler bu kapsamda değerlendirilir. Çünkü otantik lider, başkalarını taklit etmeyen, kendi beklentilerinden yerine başkalarının onur ve haysiyetini koruyan, onları motive eden, orjinal görüş ve düşüncelere önem veren, kişisel inanç ve değerlere saygı duyan bir kişidir (Cemaloğlu, 2013). Pozitif psikolojiden ortaya çıkan ve liderin pozitif yönüne dikkat çeken otantik liderlik, çalışanların olumlu davranışta bulunmalarını iyi yönde etkilemektedir (Yeşiltaş, Vd. 2013). Otantik liderin oluşturduğu bu olumlu örgüt ikliminin en başta iş görenlerin birbirlerine karşı davranışlarında etkili olduğu söylenebilir. Çünkü otantik lider, ahlaki ve etik ilkeleri göz önünde bulundurarak izleyenlerini örgütün hedefleri doğrultusunda harekete geçirerek fikirlerin ve değerlerin net bir şekilde söylenmesini sağlayan, bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve iş görenlere önem veren pozitif bir örgüt iklimi ortaya çıkarmakta dolayısıyla çalışanların da birbirlerine karşı olumlu davranış sergilemelerine, paylaşımcı ve yardımcı olmalarına katkıda bulunmaktadır (Yeşiltaş ve ark., 2013).

Sağlık liderliği ile ilgili yapılan öne çıkan en önemli liderlik tiplerinden birisi dönüşümcü liderliktir. Çünkü toplumdaki değişimin hızlı olduğu dönemlerde ve sosyoekonomik sorunların arttığı kriz ortamlarında dönüşümcü liderlik en etkili liderlik biçimidir (Gedikoğlu, 2015). Özellikle sağlık liderliği ile ilgili yapılan çalışmalarda öne çıkan en önemli liderlik tiplerinden birisi dönüşümcü liderliktir (transformasyonel). Dönüşümcü liderlikte, liderin dört davranışı ön plana çıkmaktadır. Bireyin düşüncesine önem verme yani çalışanların düşüncelerini tek tek ele alma, çalışanlarına saygı gösterme ve onlara önem verdiğini hissettirme dördüncüsü ise çalışanların gelişimine katkıda bulunmaktır (Phaneuf ve ark., 2016). İşlemsel liderlik (transaksiyonel), geleneksel ve geçmişe bağlı olan liderlik tarzıdır. Rutin faaliyetlerin daha verimli ve etkin yapılması hedeflenmektedir (Gül, Şahin, 2011).

Dönüşümcü liderler bahsedilen bu sonuçlara bir ya da birkaç yolla ulaşırlar. Çalışanlarına ilham verebilirler, her bir duygusal ihtiyaçlarını karşılayabilirler ve zihinsel olarak gelişimlerini teşvik edebilirler. Tablo 2.'de dönüşümcü ve işe yönelik liderliğin temel karakteristikleri yer almaktadır ve bu karakteristiklere bir dizi araştırma sonucu ulaşılmıştır (Bass 1990).

Tablo 2: Dönüşümcü ve İşe Yönelik Liderlerin Karakteristikleri

Dönüşümcü Lider	İşe Yönelik Lider
Karizma: Vizyon ve misyon algısı sağlar, gurur aşılır, saygı ve güven kazandırır.	Koşullu Ödüllendirme: Çabalara karşı ödüller ile anlaşmalar yapar, iyi performans için ödül sözü verir, başarıları takdir eder
İlham Verme: Yüksek beklentiler nakleder, çabalara odaklanmada semboller kullanır, önemli amaçları basit yollarla açıklar.	Aktif İstisnalarla Yönetim: Kural ve standartlardan sapmaları izler ve araştırır, düzeltici önlemler alır.
Zihinsel Teşvik: Zekâyı, rasyonelliği ve dikkatli problem çözmeyi geliştirir.	Pasif İstisnalarla Yönetim: Yalnızca standartlar karşılanmadığında müdahale eder
Bireyselleştirilmiş İlgi: Kişisel ilgi sağlar, her çalışana bireysel olarak davranır, koç rolünü yerine getirir ve tavsiyeler verir.	Tam Serbesti Tanıyan Liderlik: Sorumluluklardan çekilir ve karar vermekten kaçınır.

Bass'a (1990) göre, liderlerin çalışanlarına zihinsel teşvik olarak eski problem ya da yöntemlere yeni bakış açıları geliştirmeleri konusunda cesaretlendirmeleridir. Yaratıcılığı beslerler, temel problemlere dair varsayımların yeniden düşünülmesi ve araştırılmasını vurgularlar. Problem çözmeye mantıkları kadar sezgilerini de kullanırlar. Zihinsel teşvik sağlayan liderler, izleyenlerin problemlerle başa çıkmalarında kendi yaratıcı bakış açılarını kullanmalarını teşvik ederler (Bass ve Avolio 1990). Bir başka liderlik biçimi de paternalist liderdir. Çalışan ile lider arasındaki ilişki çok önemlidir. Burada lider çalışanını koruyup gözetir. Hatta bunu sadece iş ortamında yapmaz özel hayatında da yapar. Çalışan da bu durumu gönüllü olarak kabul eder. Paternalist liderliğin üç önemli boyutu vardır. Bunlar; yardımseverlik, ahlakilik ve otoriterliktir. Örgüt içerisinde çalışanlarla ilgilenen bir başka liderlik türü de demokratik liderliktir. Demokratik lider çalışanların görüşlerini alır ve uygulamada bunlara da yer verir. Böylece örgüt içi çatışmaları engellemiş olur. Ayrıca demokratik liderler, örgüt çalışanlarının moral ve motivasyonunu yükselterek çalışma gücünü de artırmış olur (Yeşiltaş ve ark., 2013). Otokratik liderlik dört genel niteliğe sahiptir: önemli tüm kararları kendileri verir, çalışanların memnuniyeti ve mutluluğu yerine görev başarısı ile ilgilenir, çalışanlarla aralarında mesafelidir, çalışanlara ödüller yerine ceza veya tehdit ile motive eder (Rast ark., 2013). Karizmatik liderlik tipi yeni bir kavram değildir. 1980'lerde yönetim politikalarında yeni yeni hareketlenip ve yükselen insan kaynakları yönetimi tarafından benimsenen bir tarzdır. Yöneticilerin karar alma sürecinde bilgilerin paylaşılmasında yöneticilerin ve çalışanların birlikte karar vermesi işteki motivasyonu artar (Bell, Mjoli 2014).

3.2. Davranışsal Liderlik Yaklaşımları ve Konuyla İlgili Çalışmalar

Bu yaklaşım liderin özelliklerinden çok izleyicilerine karşı sergilemiş olduğu davranışlar üzerine odaklanmaktadır. Davranışsal lider belirli ölçütlere göre belirlenebilmektedir. Bu ölçütler, örgüt içi haberleşme şekli, liderin yetki devri kullanıp kullanmaması, planlama ve

kontrol işlevlerini nasıl yerine getirildiği, amaçları belirleme şekli vb. içermektedir. Davranışsal yaklaşımının temelinde, liderlerin grup üyelerine karşı davranışına önem verilmektedir (Küçüközkan, 2015).

Lider-Üye Etkileşimi Teorisi: Liderlik kavramını tek başına ele almak yerine farklı bileşenlerini de dikkate alarak incelemek daha faydalı bir yaklaşımdır (Drath ve Palus, 1994). Graen ve Uhl-Bien (1995) liderliğin üç ana unsurunun olduğunu ileri sürmüştür. Bunlar; lider, çalışan ve aralarındaki ilişkidir. Bu görüşten yola çıkarak lider ile üye arasındaki ilişkinin önemli olduğunu ve bu ilişkiyi ortaya koyan Lider-Üye Etkileşimi (LÜE) yaklaşımının öneminin arttığı anlaşılmaktadır. LÜE teorisi bir liderin her bir astına karşı gösterdiği davranışın aynı olmadığını, bazı astlarına karşı daha yakın ilişkiler kurduklarını temel alan ve diğer liderlik yaklaşımlarından ayrılan bir teoridir. LÜE ilk olarak Liden (1980) tarafından 3 boyutlu olarak tanımlanmıştır. Bu boyutlar; algılanan katkı, sadakat ve sevgidir. Bu boyutların her biri açık ve farklı şekilde üye ve lider arasındaki ikili ilişkileri ve davranışları etkiler. Algılanan katkı, Liden (1980) tarafından lider ve üyenin karşılıklı ilişkisi temelinde hedeflerini gerçekleştirmek için işe yönelik faaliyetlerdeki algılanan miktar, düzey ve kalite olarak tanımlanmaktadır. Lider-üye etkileşimi teorisi lider ve çalışan arasındaki ikili ilişkilere odaklanır ve her bir ilişki kalitesi farklı niteliktedir. Böylece, aynı lider bazı çalışanlarına karşı zayıf ilişkilere sahipken, bazıları ile açık ve güvenilir ilişkilere sahiptir (Lunenburg, 2010). Çalışanın örgütsel destek algısı değiştiğinde lider-üye etkileşimi de aynı oranda değişeceği düşünülmektedir. Aynı zamanda yöneticiler örgüt temsilcileri oldukları için, lider ve üye arasında değişim meydana geldiğinde bu durumun çalışanın örgütsel destek algısını da etkileyeceği düşünülmektedir (Silbert, 2005).

Sağlık liderinin örgütte veya kendi içinde bulunduğu ekip üzerinde yarattığı güven çok önemlidir. Ayrıca sağlık liderleri örgütteki diğer elemanlar için rol model durumundadır. Kendisini değiştiren ve sürekli yenileyen bir lider ancak etkili bir rol model olmak durumunda olacaktır. Bütün bunları dikkate aldığımızda iyi bir sağlık lideri; hiç kimsenin etkisi ve baskısı altında kalmadan çalışabilen, işbirlikçi, etik kuralları bilen ve uyan, etrafına güven duygusu veren, kendine güvenen, herkesi dinleyen ve görüşlerini dikkate alan, diğerlerine saygı gösteren, kendini geliştiren, yeniliklere açık, öğretebilen, diğer ekiplerle işbirliği içerisinde olan ve onlarla çalışmaktan çekinmeyen, çok yönlü çalışabilen özelliklere sahip olmalıdır (Gün ve Aslan, 2018).

University of Michigan liderlik çalışmalarında liderin kişiye yönelik davranışları ve işe yönelik davranışları olarak iki davranış biçimi belirlenmiştir. Araştırma sonucunda, liderlerin kişiye yönelik davranış sergilediği grubun daha yüksek verimliliğe sahip olduğu saptanmıştır. (Küçüközkan, 2015).

McGregor X ve Y Kuramı: Davranışsal liderlik yaklaşımları arasında en çok bilinenlerden X ve Y yaklaşımıdır.

Serinkan ve arkadaşlarının “yönetici hemşirelerde liderlik ve liderlik özellikleri”ne ilişkin yaptıkları çalışmalarında; yönetici hemşirelerin demokratik ve katılımcı liderlik tarzını benimsediklerini ve liderlerin en önemli vasıflarının dürüstlük, sorumluluk, iş birliği, ekip anlayışı, bilgi paylaşımı olması gerektiğini saptamışlar ve ayrıca yönetici hemşirelerin etkileşimci liderlik yerine dönüşümcü liderlik anlayışına sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır (Serinkan ve ark., 2005). Çalışmasında, yönetici hemşirelerin göstermiş oldukları liderlik davranışlarının hemşirelerin motivasyonları üzerindeki etkilerini incelemiş ve yönetici hemşirelerin liderlik davranışları ile çalışanların motivasyon tatmin düzeyleri arasında bir ilişki olduğunu ve yönetici hemşirelerin liderlik davranışları arttıkça, çalışanların motivasyon (tatmin) düzeylerinin de arttığını belirtmiştir (Soyluer, 2010).

Yöneticilerin içinde bulunduğu şartlar altında gösterdiği liderlik davranışları liderlik tarzı olarak tanımlanır. Yöneticilerin kişisel özellikleri, hedef kitlenin niteliği, yöneticinin sahip olduğu liderlik gücü, organizasyondaki pozisyonu liderlik tarzlarının ortaya çıkmasında etkilidir (Yılmaz ve Kantek, 2016). Yılmaz ve Kantek'in (2016) çalışmasında yönetici hemşirelerin dönüştürücü ve iş odaklı liderlik tarzlarına sahip olduğu ortaya konulmuştur. Sağlık kurumlarındaki kalite ve performans değerlendirme politikalarının, hemşirelik hizmetleri vizyonunun, hemşirelik mesleğinde lisanslaşma ve uzmanlaşma ile dönüştürücü liderlik tarzının artmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan güç ve etki kavramı dikkate alındığında iki lider tipi ortaya çıkmaktadır. Formal lider; otoritesi sayesinde grup üzerinde etkili olur. İnfomal lider ise; bilgi, beceri, uzmanlık, karizma, empati, beşeri ilişkiler becerisi, insani ilişkiler, liderlik özellikleri vs. sayesinde peşindekileri sürükler yönettiği grupla bütünleşir. Bu ifadelerden anlaşılacağı gibi liderlik statüden çok kişilik özelliklerine dayalıdır. Bunun için örgütlerin gelişmesinde liderin davranışları etkili olmaktadır. Çünkü hem örgütün varlığı açısından gerekli hem de o örgütün devamlılığı için olması gereken etkili bir unsurdur (Yavuz,2015).

4. BİLİM VE TEKNOLOJİK GELİŞMELERİN YÖNETİCİ HEMŞİRELİK ROLLERİNE ETKİSİ

Bilim dünyasındaki hızlı gelişmeler ekonomik ve sosyo-kültürel boyutlarda yapısal değişimleri beraberinde getirmektedir. Bu değişimler insan verimliliğinin artmasına ve teknolojiye yeni gelişmelerin ortaya çıkmasına da yol açmaktadır (Gözü ve Mutioğlu, 2012). Hemşirelik Dünyada ve Türkiye'de geleneksel algılardan uzak bilimsel, teknolojik, sosyo-kültürel değişimlerle kendini yenileyen; birey, aile ve toplumun sağlığı ile ilgilenen uygulamalı bir disiplindir.

Bilim ve teknolojiye gelişmeler, demografik değişiklikler (göçler, yaşlı nüfusun artması, işsizlik vb.), hasta hakları, sağlığı geliştirme yaklaşımı, insan hakları ve kadın hakları hareketleri, etik ilkelere verilen önemin hemşireliğin geleneksel rollerden çağdaş rollere geçişini etkileyen faktörlerdir. Çağdaş anlayışa göre hemşire, temel bakım verici rolü, eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici ve savunucu rolleri ile nitelikli sağlık hizmeti sunmayı hedeflemektedir (Boz Yüksekdağ, 2015). Sağlık hizmetlerinde artan verilerin analitik yöntemlerle hızlı analizini sadece yapay zekâ mümkün kılabilir. Güçlü yapay zekâ teknikleri, çok sayıda sağlık hizmeti verileri içinden klinik olarak önemli bilgileri karmaşık algoritmalar kullanarak belirleyebilmekte ve hemşireler için klinik karar vermede yardımcı olabilmektedir (Dilsizian ve Siegel, 2014). Hemşirelerin yapması gereken, yapay zekânın yenilikçi düşünme ve analizden oluşan uygulamalarda eleştirel düşünme, problem çözme gibi zorlandığı yetenek ve becerilere odaklanmaktır (The Economist, 2017). Hemşirelerin bakım uygulamalarını geliştirmek için yapay zekâ ve robotların kullanılmasının benimsenmesi, ortaya çıkan teknolojilerin hemşireliğe getirdiği dönüşümün başlangıcıdır. Bu yenilikleri benimseyerek liderlik rolü almak ve teknik uzmanlığa sahip kişilerle iletişim kurmak; teknoloji ve hasta bakımını sağlamak için işbirliğine dayalı bir yaklaşım ortaya çıkaracaktır. Gelişmekte olan bir teknolojinin benimsenmesi öncelikle bu alana ilgi duyan hemşirelerle mümkündür (Clipper ve ark., 2018). Yapay zeka, sağlık endüstrisi üzerinde şüphesiz derin bir etkiye neden olacaktır. Bir insanın bilgisinden daha hızlı bir şekilde bilgi işleyebilme yeteneğine sahip olan yapay zekâ, yanlış tanılama ve tıbbi hatalar sorununu büyük ölçüde çözmek ve verimliliği artırmak için harika bir araç olduğunu da kanıtlamaktadır. Yapay zekâ teknolojisindeki bu gelişmeler, insanların yerini alabileceği ile ilgili tartışmalara da neden olmaktadır (Jiang ve ark., 2017). Goodchild yapmış olduğu bir çalışmada teknolojinin çalışma hayatımızı oldukça etkilediğini ifade etmekte ve hemşirelik eğitiminin her alanında bulunan teknolojinin varlığına dair eleştirel bir bakış açısı sunmaktadır.

Robert ise çalışmasında yapay zekâ teknolojilerinin bugün hemşireler tarafından gerçekleştirilen bazı görevleri üstlendiğini ve hemşireliği etkin kıldığını ifade etmektedir. Teknolojinin, hemşirelerin hasta bakımını sağlamak için harcadıkları zamanı azalttığını, hemşireliğin, insanlığa hizmet etmeye devam eden mesleki uygulama disiplini olarak hayatta kalabilmesi için hemşireliğin doğasının ve bilgisayarın dönemin şartları esas alınarak yeniden tanımlanması gerekmektedir (Lee ve ark., 2013).

Dodson (2017)'a göre sağlık sektörü bir değişim sürecinde olduğundan bu yeni yapıyı etkili bir şekilde yönetmek için yeni liderlik yaklaşımlarının uygulanması gerekmektedir. Yeni kanunların, yönetmeliklerin, bakım koordinasyonunun ve ödeme modellerinin yürürlüğe girmesiyle birlikte, sağlık uzmanlarının yalnızca hastaları nasıl tedavi ettiklerini değil, aynı zamanda birlikte nasıl çalıştıklarını da düzenlemeleri büyük önem taşımaktadır.

Thornton (2016)'a göre günümüzde sağlık bakımında liderliğin bu denli önem taşımasının nedenleri bulunmaktadır. Bu durumun temel nedenlerinden biri, hizmet sunumunda büyük baskıların söz konusu olmasıdır. Değişimin kısmen yavaş olduğu zamanlarda, kaynakların verimli ve etkili bir şekilde kullanılmasını sağlamak için iyi bir yönetim gerekmektedir. Ancak yaşanan hızlı değişim, artan talebi yönetmek için oluşan baskılar, sınırlı kaynaklarla karşılaşan sağlık sektöründe liderliğin önemini giderek artırmaktadır. Bu bağlamda yönetim, öğrenilen öğrenme yöntemlerinin uygulanması olarak görülürken liderlik, yeni olanı ele almak olarak görülmektedir. Dolayısıyla sağlık alanında var olan zorlukların yarattığı “uyarlama veya yok olma” mesajına tepki olarak, yenilik ve gelişme açısından liderlik ön plana çıkmaktadır. İkinci nedeni ise yeni kuruluşların ve çalışma yöntemlerinin ortaya çıkmasıdır. Günümüzde sağlık hizmet sunucularında birçok değişiklik olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin büyümesinin sosyal işletmeler, yardım kuruluşları ve özel kuruluşlar tarafından sağlanabileceği, dönüşümcü liderlik için fırsatlar oluşturacağı öne sürülmektedir (Thornton, 2016).

21. yüzyılda yönetici hemşirelerin rolleri liderlik özelliklerine dayanmaktadır. Günümüzün yönetici hemşirelerini etkinliğini artıran becerilerin neler olduğunu bilmek, mesleğin gelişimi açısından büyük önem taşımaktadır. Yönetici hemşirelerin mesleki yeterliliğini ve çok yönlü becerilerini tanımlayan “5 odak” bulunmaktadır. Bu 5 odak nokta her biri diğerini etkileyecek şekilde birbiriyle örtüşmektedir (Weberg D ve ark., 2013).

“5 Odak” -Enformatik (Bilgi yönetimi)

- İnovasyon (Yenilik)
- Meslekler arası bağlılık ve saygı
- İç görü
- Bütünlük

Enformatik (Bilgi yönetimi): Günümüzde sunulan bakım hizmetlerini koordine etmek ve hastalar için erişilebilir olmasını sağlayabilmek için klinik bilgi sistemlerine büyük ihtiyaç duyulmaktadır. Veriler, çok iyi entegre edilmiş bir sağlık bilgi teknolojisi tarafından toplanmalıdır. Yönetici hemşireler stratejik yaklaşımlarını belirlemek için teknoloji ve bilişimden yararlanmalıdır.

İçgörü: Liderin, sağlık hizmetleri sunumunun karmaşık yapısını etkileyen dinamikleri iyi bilmesi gerekmektedir. Bu dinamikleri oluşturan olan iş gücü, çalışma ortamı, kurumsal risk yönetimi, hasta tercihi, kanıta dayalı uygulama (kinik ve yönetsel), değer temelli değildir. Liderlik, tüm unsurlar üzerinde kapsamlı, yeterli ve dengeli bir yaklaşımı gerektirir. Bugünün liderleri kendine güvenen ve çevreyi etkileyen benlik algısına sahip olmalıdır.

İnovasyon: Değişimin kaçınılmaz olduğu 21.yzyılda, yönetici hemşireler sağlık bakım hizmetlerinde değişimi etkili yönetebilmek için son derece donanımlı olmalıdır. Yönetici

hemşireler değeri temel alan, veri odaklı ve yenilikçi yaklaşımlar sergileyerek bakım hizmetlerinde kalite ve verimliliği artırıcı davranışları modellemedi. Yeniliği, risk almayı ve kanıta dayalı mesleki uygulamayı destekleyen bir çalışma ortamı oluşturmak için çaba göstermelidir (Rick, C., 2014).

Meslekler arası bağlılık ve saygı: Sağlık alanında dönüşümsel etki yaratılmasında meslekler arası işbirliği ve bütünlük içinde performans ihtiyacı duyulmaktadır. Sağlık ekibinin tüm etkinliği destekleyici şekilde çalışmalıdır.

Bütünlük: Yönetici otantik, güvenilir, dürüst ve şeffaf olduğunda güven ve saygı kazanılmaktadır. 21. yüzyıl yöneticileri yüksek ahlaki ilkelere göre hareket etmeli, her daim çevresine karşı açıklayıcı olmalıdır (Weberg D vd. 2013). 5 odakta bahsedildiği gibi hem kendileri hem de yönettikleri hemşirelerin değişen rollerinin uygulamaya aktarılmasında kilit noktada bulunmaktadır. Bu açıdan yönetici kendilerini sürekli yenilemeli, geliştirmeli ve değişime uyum içinde olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında hem kurumun hem de çalışan performansını olumlu yönde etkileyen, kaliteli ve daha iyi maliyet-fayda oranı sağlayan yeni teknolojilerin yaratılması ve geliştirilmesi gerekmektedir (Costa vd. 2020). Kaliteli bakım ve daha fazla kaynak içeren ihtiyaçları karşılamak için çözümler aranmalı yeni teknolojilerin yaratılması, uyumsuzlukların çözülmesi, maliyetin azaltılması, teknolojilerin oluşturulması ve kullanılması sürecinde hemşirelerin güçlendirilmesi amaçlanmalıdır (Silva ve Ferreira, 2014). Teknolojinin hemşirelik uygulamalarında aynı zamanda bir değişim sürecini de başlatmaktadır. Bu noktada yönetici hemşirelere önemli roller düşmektedir. Hemşirelerin eğitimi, hemşire sayılarının düzenlenmesi, hemşirelerin kendilerini teknoloji konusunda rahat ve güvende hissetmelerinin sağlanması oldukça önemlidir. Ayrıca, yönetici hemşireler ve liderler, hasta bakım ortamındaki verimliliğini optimize etmek için diğer disiplinlerdeki teknolojileri kullanımlarını da araştırmalıdır (Cloyd ve Thompson, 2020). Sağlık kurumlarındaki yöneticilerin sergiledikleri olumlu liderlik davranışları arttıkça, çalışanların performansı, iş doyumunu ve hizmet kaliteleri üzerindeki etkileri de pozitif olmaktadır. Yönetimsel süreçler ve politikalar, başarılı liderlik davranışlarıyla sağlık çevresine yeni bir bakış açısı getirmekte, sağlık kurumlarında kaliteyi arttırarak hastalar ve çalışanlar için yararlı ortamlar oluşturabilmektedir (Lombardi, 2017).

5. SONUÇ

Sağlık sektöründe teknolojinin ilerlemesiyle hızlı değişimler ve gelişmeler yaşanmaktadır. Bilimsel bilgilerin hızla arttığı sağlık alanında hizmetin ve bilginin yönetilmesi gittikçe önem kazanmıştır. Sağlık Hizmetlerinde bilimsel bilgi ve teknolojik alandaki gelişmeler, bilişim teknolojilerinin kullanılmasıyla hemşirelik yönetimdeki yeni rolleri getirmiştir. Hemşirelik mesleğinin geleceği; değişen ve gelişen sağlık liderliğine, politika yapıcılara, sağlık ve eğitim standartlarına, işgücü tasarımlarına bağlıdır. Hemşirelik bilimi, hemşireliğe özgü bilgi birikiminin bilimsel yöntem ışığında oluşturulmasıyla mümkündür. Yeni bilgileri analiz etme ve eleştirel yaklaşımda etik davranışları benimseme tüm alanlarda hemşirelere ve hemşire yöneticilere mesleki profesyonelleşme sürecinde önemli katkılar sağlamaktadır. Yönetici hemşirelerin etik ilke ve davranışlarına uygun liderlik tarzları sergilemeleri sonucunda kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmet sunumu hedeflenmiş olacaktır.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

5. KAYNAKÇA

Alan, H. ve Yıldırım, A., (2016), “Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2(3): 86-98.

Alıcı, F., (2018), Hemşirelerin Yönetici Hemşirelerin Hizmetkar Liderliğine İlişkin Algıları ve Örgütsel Bağlılık Düzeyleri , Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Altındağ, E. ve Akgün, B., (2015). “Örgütlerde Ödüllendirmenin İş gören Motivasyonu ve Performansı Üzerindeki Etkisi”, Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 12(30): 281-297.

Altuntaş, S. ve Er, F., (2014), “Hemşirelikte Personel Güçlendirme”, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3:157-158.

Altıok, H.Ö. ve Üstün, B. (2014). “Profesyonellik: Kavram analizi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7: 151-155.

Ardahan, M. ve Konal E., (2017), “Hemşirelikte Yöneticilik ve Liderlik”, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 6(1): 140-147.

Arık, S., (2018), Yönetici Hemşirelerin hizmetkar liderlik düzeylerinin değerlendirilmesi , Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.

Arslan, B., (2015), Hastane Yönetiminde Liderlik ve İş Doyumu, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Avcı, K., (2007), Pediatri Alanında Hemşirelerin Etik Sorunların Çözümüne Yönelik Yaklaşımlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Bass, B.M. (1990), “From Transactional to Transformational Leadership: Learning to Share the Vision”. Organizational Dynamics, Winter, 18(3):19-31.

Beyaztepe, N., (2016), Sağlık Sektöründe İş Etiği: Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin İş Etiği Algısının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Bell, C. and Mjoli, T. (2014), “ The Effects of Participative Leadership on Organisational Commitment: Comparing Its Effects on Two Gender Groups Among Bank Clerks ”, African Journal of Business Management, 8(12): 451-459.

Bulakbaşı, M., (2015), Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, https://neu.edu.Tr/wp_content/uploads/2015/11/5.pdf, Erişim Tarihi: 01/06/2021.

Burkhardt, AM, Nathaniel AK. Alpar ŞE, Bahçecik N. ve Karabacak Ü., (2013), Çağdaş Hemşirelikte Etik, 1. Baskı, İstanbul: Medikal Yayıncılık.

Boz, Yüksekdağ, B., (2015), “Hemşirelik Eğitiminde Bilgisayar Teknolojisinin Kullanımı”, Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi, 1: 103-118.

Canbolat, S., (2013), Dünden Bugüne Hemşirelik Yönetimi. <http://www.acibademhemşirelik.com/e-dergi/64/docs/uygulamalarinizi-gelistirin2-64.pdf>, Erişim Tarihi:01.06.2021.

Cemaloğlu, N., (2013), “Eğitim yönetiminde Kuram ve Uygulama”, içinde S. Özdemir (Ed.), Liderlik, (ss.131-177), Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Clipper, B., Batcheller, J. and Thomaz, AL., (2018), “Artificial Intelligence and Robotics: a Nurse Leader’s primer”, Nurse Leader, 16:379-384.

<https://doi:10.1016/j.mnl>, Erişim Tarihi: 01.06.2021.

Cloyd, B. And hompson J., (2020), “Virtual Care Nursing:The Wave of the Future”, Nurse Leader, 18 (2): 147-150.

Costa, A.P.,(2020), “Nursing Technologies in Brazil: A Review”,J Nurs Health Sci, 6 (2):30-40

Covey, S. R., (2002), Etkili İnsanların Yedi Alışkanlığı, (Çev. G. Suveren) , 18. Baskı, İstanbul: Varlık Yayınları.

Çekmecelioglu, H., (2014), “Göreve ve İnsana Yönelik Liderlik Tarzlarının Örgütsel Bağlılık, İş Performansı ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkileri”, KOSBED, 28: 21-34.

Dalgın, T., (2015), Yöneticilerin Liderlik Davranışlarının Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerindeki Etkisi ve Örgütsel Adalet Algısının Düzenleyici Rolü: Muğla Konaklama Sektörü Örneği, Doktora Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.

Dikmen, Y., Karataş, H., Gülşah, G.A. ve Ak, B.,(2016), “The Level of Professionalism of Nurses Working in a Hospital in Turkey”, Journal of Caring Sciences, 5(2): 95-102.

Dilsizian, S.E., and Siegel, EL., (2014), “Artificial Intelligence in Medicine and Cardiac Imaging: Harnessing Big Data and Advanced Computing to Provide Personalized Medical Diagnosis and Treatment”, Current Cardiology Reports, 16: 441-449. <https://doi:10.1007/s11886-013-0441-8>, Erişim Tarihi: 02.06.2021.

Djukic, M., C. T., Kovner, C. S. and Brever, F., (2015), “Educational Gaps and Solutions For Early-Career Nurse Managers”, Education and Participation in Quality Improvement”, The Journal of Nursing Administration, 45(4): 206-211.

Dodson, D., (2017), “What’s the Best Leadership Style for Healthcare”, Leadership and Workforce Development. <https://nchica.org/whats-the-best-leadership-style-for-healthcare>, Erişim Tarihi: 01.06.2021.

Drath, Wilfred H. and Palus Charles J. (1994), “ Making Cammon Sense: Leadership As Meaning- Making in A Community Of Practise ”, Greensboro: Center For Creative Leadership.

Ekici, D., (2013), Sağlık Bakım Hizmetinin Yönetimi, (ss.31-54), 1. Baskı, Ankara: Sim Matbaacılık Ltd. Şti

Gedikoğlu, T., (2015), Liderlik ve okul yönetimi, Ankara: Anı Yayıncılık.

Graen, George B. and Uhl B. (1995), “Relationship-Based Approach To Leadership: Development of Leader Member Exchange (LMX) Theory of Leadership Over 25 Years: Applying A Multi-Level Multidomain Perspective”, Leadership Quarterly, 6, 219–247.

Gül, H. ve Şahin, K., (2011), “Bilgi Toplumunda Yeni Bir Liderlik Yaklaşımı Olarak Transformasyonel Liderlik ve Kamu Çalışanlarının Transformasyonel Liderlik Algısı”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 25: 237-249.

Goodchild, M., (2018), “Does Technology Really Enhance Nurse Education”, Nurse Education Today. 66: 69–72.

Göriş S., Kılıç Z., Ceyhan Ö. ve Şentürk A., (2014), “Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 5(3): 137-42.

Gözgü, F., ve Mutioğlu, H., (2012), “Toplumun Değişen Yüzü: Bilgi Toplumu ve Bilişim Kültürü”, *Journal of Life Sciences*, 1: 495-476.

Gün, İ. ve Aslan,Ö., (2018), “Liderlik Kuramları ve Sağlık İşletmelerinde Liderlik”, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 5(3): 217-226.

Jiang, F., Jiang, Y., Zhi, H., et al., (2017), “Artificial Intelligence in Healthcare: Past, Present and Future”, *Stroke and Vascular Neurology*,2:230-243. <https://doi:10.1136/svn-2017-000101>. Erişim Tarihi: 02.06.2021.

Karaöz, S., (2000), “Cerrahi Hemşireliği ve Etik”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 4(1): 1-15.

Küçüközkan, Y., (2015). “Liderlik ve Motivasyon Teorileri: Kuramsal Bir Çerçeve”, *Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(2): 86-115.

Kocabey, M. Y., (2014), *Hemşirelerin Performans Değerlendirme Sistemi Hakkındaki Farkındalıklarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Koçel, T., (2014), *İşletme Yöneticiliği*,16. Baskı, İstanbul: Beta.

Leblebici, D.N., (2008), “21. Yüzyılın Liderlik Anlayışına Bakış”, *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 32 (1): 61-72.

Lee, CS., Nagy, PG., Weaver, SJ., et al., (2013), “Cognitive and System Factors Contributing to Diagnostic Errors in Radiology”, *American Journal of Roentgenology*, 201: 611-617. <https://doi:10.2214/AJR.12.10375>, Erişim Tarihi: 03.06.2021.

Liden, (1980), “Generalizability of the vertical dyad linkage model of leadership”, *Academy of Management Journal*, 23: 451-465.

Lunenburg, Fred C., (2010), “Leader-Member Exchange Theory: Another Perspective on the Leadership Process”, *International Journal of Management, Business and Administration*, 13 (1):1-5.

Lombardi, J., (2017), ”The Road to Leadership in SPN”, *Journal of Pediatric Nursing*, 34: 96-97.

Öztürk, H., (2010), *Yönetici Hemşirelerin Etik Davranışları ve Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Phaneuf, J. E., Boudrias, J. S., Rousseau, V. and Brunelle, E., (2016), “Personality and Transformational Leadership: The Moderating Effect of Organizational Context”, *Personality and Individual Differences*, 102: 30-35.

Rast, D. E., Hogg, M. A., and Giessner, S. R., (2013), “Self-Uncertainty and Support for Autocratic Leadership ”, *Self and Identity* 12(6): 635-649.

Rick, C., (2014), “Competence in Executive Nursing Leadership for the 21st Century: The 5 eyes”, *Nurse Leader*, 12(2): 64-66.

Robert, N., (2019), “How Artificial Intelligence is Changing Nursing”, *Nursing management*, 50 (9):30-39.

<https://doi:10.1097/01.numa.0000578988.56622.21>, Erişim Tarihi:03.06.2021.

Saylı, H. ve Kızıldağ, D., (2007), “Yönetimsel Etik ve Yönetimsel Etiğin Oluşmasında İnsan Kaynakları Yönetiminin Rolünü Belirlemeye Yönelik Bir Analiz”, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9(1): 231-249.

Serinkan, C. ve İpekçi, İ., (2005), Yönetici Hemşirelerde Liderlik ve Liderlik Özelliklerine İlişkin Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 10 (1): 281-294.

Silbert, and Lisa, T., (2005), “The Effect of Tangible Rewards on Perceived Organizational Support”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, University of Waterloo, Canada.

Silva, R.C. and Ferreira, M.A., (2014), ”Care practices of intensive care nurses regarding technologies: analysis in the light of social representations”, Text Contexto Enferm, 23:328-337.

Soyluer, B., (2010), Özel Hastanelerde Yönetici Hemşirelerin Liderlik Davranışlarının Hemşirelerin Motivasyonları Üzerindeki Etkisi: Bayındır Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Söyük, S., (2017), Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynakları Yönetimi, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

Tengilimoğlu, D., (2014), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, (ss.551-562), 6. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

The Economist (2017), The Future Lies in Automation.

<https://www.economist.com/specialreport/2017/04/08>, Erişim Tarihi: 06.06.2021.

Thornton, H. A. (2016), Why is leadership important in healthcare now?

<http://www.csp.org.uk/professional-union/physiotherapy-works/resources/leadership/what-why-how-being-leader>, Erişim Tarihi: 06.06.2021.

Uluğ, F. (2009), Yönetim ve Etik. Kamu Etiği Sempozyum Bildirileri 1., Ankara: TODAİE, 3-33

Vickers, M., (2005), “Business Ethics and the HR Role: Past, Present and Future” , Human Resource Planning Journal, 28(1): 26-32.

Weberg D., Braaten J. and Gelinas L., (2013), “Enhancing innovation Skills: VHA Nursing Leaders Use creative Approaches to Inspire Future Thinking”, Nurse Leader, 11(2): 32-35.

Wilson, L., Crooks, A.E., Day, S. W., Dawson, A. M., Gakumo, A. C., Harper, C. D., et al., (2014), “Global Perspectives On Nursing Leadership: Lessons Learned from an International Nursing and Health Care Leadership Development Program”, Journal of Nursing Education and Practice, 4(2):140-152.

Yeşiltaş, M., Kanten, P. ve Sormaz, Ü., (2013), “ Otantik Liderlik Tarzının Prososyal Hizmet Davranışları Üzerindeki Etkisi: Konaklama İşletmelerine Yönelik Bir Uygulama”, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 42(2): 333-350.

Yılmaz, E. (2006), Okullardaki Örgütsel Güven Düzeyinin Okul Yöneticilerinin Etik Liderlik Özellikleri ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi: Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Yılmaz, H. ve Kantek, F., (2016), “Türkiye’deki Yönetici Hemşirelerin Liderlik Tarzları: Literatür İnceleme”, Journal of Health and Nursing Management, 2(3): 110-117.