

**T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN İŞLEM MALİYETİ  
YAKLAŞIMI ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ:  
AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ İLE  
HASTANELERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Yüksek Lisans Tezi**

**BÜŞRA AKTÜRK**

**İZMİR-2018**

**T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN İŞLEM MALİYETİ  
YAKLAŞIMI ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ:  
AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ İLE  
HASTANELERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Yüksek Lisans Tezi**

**BÜŞRA AKTÜRK**

**DANIŞMAN: PROF. DR. LEVENT B. KIDAK**

**İZMİR-2018**

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Sağlık Hizmetlerinin İşlem Maliyeti Yaklaşımı Çerçevesinde İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri İle Hastanelerin Karşılaştırılması**” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:15.05.2018

Büşra AKTÜRK

İmza



TS EN ISO  
9001:2015

T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü



TEZ/PROJE SINAVI TUTANAK FORMU

Dok. No: FR/604/21

İlk Yayın Tar.: 03.10.2017

Rev. No/Tar.: 00/..

Sayfa 1 / 1

GÖNDEREN : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı  
GÖNDERİLEN : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra AKTÜRK ile ilgili Tez Sınav Tutanağı aşağıdadır.

Tarih: 15.05.2018

Sayı :

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanı

**Prof.Dr. Levent B. KIDAK**

İmza Sağlık Yönetimi AD. Başkanı

**SINAV TUTANAĞI**

Tez Sınav Jürimiz tarafından incelenen Sağlık Hizmetlerinin İşlem Maliyeti Yaklaşımı Çerçevesinde İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri ile Hastanelerin Karşılaştırılması başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili olarak jürimiz 15.05.2018 tarihinde toplanmış ve adı geçen öğrenciyi Tez Sınavına tabi tutmuştur. Sınav sonucunda adayın tezi hakkında OYÇOKLUĞU/OYBİRLİĞİ ile aşağıdaki karar verilmiştir.

KABUL

Kabul Edilen Yüksek Lisans / Doktora tezi:

- i) Bilime yenilik getirmiştir
- ii)Yeni bir bilimsel yöntem geliştirmiştir
- iii)Bilinen bir yöntemi yeni bir alana uygulamıştır
- iv) Uygulama yapmıştır (sadece Yüksek Lisansta geçerlidir)

RED

DÜZELTME \*

Tez Sınav Jürisi	Unvanı ve Adı Soyadı
Tez Danışmanı	Prof. Dr. Levent Bekir KIDAK
Üye	Prof. Dr. Akif TABAK
Üye	Dr. Öğretim Üyesi Şefika DEMİRKAN

Eki : Tez Değerlendirme Formu (Her bir jüri için).

\* Tez sınavında düzeltme kararı verilmesi halinde jüri tarafından öngörülen düzeltmelere ilişkin bir jüri raporu eklenmelidir. Düzeltmeler için Ek süre her defasında en fazla yüksek lisans öğrencileri için 3 ay, doktora öğrencileri için 6 aydır.

## ÖZET

**Yüksek Lisans Tezi**

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN İŞLEM MALİYETİ YAKLAŞIMI  
ÇERÇEVESİNDE İNCELENMESİ: AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ İLE  
HASTANELERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Büşra AKTÜRK**

**İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi**

**Sosyal Bilimler Enstitüsü**

**Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı**

Sağlık hizmetleri, başta toplum sağlığının korunması olmak üzere bireylere zamanında, nitelikli ve kaliteli olarak sunulması gereken, maliyetleri yüksek olan ve kamu bütçesine önemli ölçüde yük getiren hizmetlerdir. Bu hizmetlerin bireylere daha etkili ve yaygın olarak sunulması amacıyla giderlerin objektif ve doğru hesaplanması ile bu doğrultuda maliyetlerin azaltılması önem arz etmektedir. Sağlık kurumlarında maliyeti oluşturan önemli gider kalemlerinden birisi de işlem maliyetleridir. İşlem maliyetleri; sağlık kurumlarında hizmetlerin dışarıdan satın alınması veya kurum tarafından üretilmesi kararının verilmesi aşamasında katlanılan maliyetler ile dışarıdan satın alınması durumunda yapılan sözleşme giderlerinden oluşmaktadır. Bu maliyetleri konu alan yaklaşıma da İşlem Maliyeti Yaklaşımı denir.

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki işlem maliyetleri ile sağlık hizmetlerinde maliyetleri büyük ölçüde etkileyen personel giderleri ve sermaye giderlerine ilişkin basamaklar arasındaki farklılıkların saptanarak karşılaştırılmasıdır. Bu bağlamda maliyetlerin azaltılabilmesi için hangi basamaktaki sağlık kuruluşlarına önem ve öncelik verilmesinin belirlenmesidir. Çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini, İzmir ili birinci basamak sağlık kurumlarından olan 1270 Aile Sağlığı Merkezi ile İzmir Güney ve Kuzey Kamu Sekreterliklerine bağlı 32 ikinci ve

üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasından İzmir Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı hizmet veren 16 hastane oluşturmaktadır. Diğer bir ifadeyle birinci basamak sağlık kurumlarının tamamı araştırma kapsamına alınmışken ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının yarısı araştırma kapsamına alınmıştır. Bu kurumlardan gerekli izinler doğrultusunda 2016 yılına ait döner sermaye ve gider bütçesi rakamları temin edilmiş ve değerlendirilmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda alınan veriler tablolar halinde birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre işlem maliyetlerinin, personel giderlerinin ve sermaye giderlerinin birinci basamak sağlık kurumlarında önemli ölçüde daha az, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında dikkat çekecek düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bulgulara göre hastanelerde işlem maliyetlerinin ASM'lerin 57,18 katı, sermaye giderlerinin 29,8 katı, personel giderlerinin 22,08 katı fazla olduğu belirlenmiştir. Ancak araştırma kapsamında İzmir ilindeki tüm hastanelerin giderleri ele alınabilmesi durumunda hastanelerde işlem maliyetlerinin yaklaşık 115 kat, sermaye giderlerinin 60 kat, personel giderlerinin ise 44 kat fazla olacağı sonucuna ulaşılabilir. Elde edilen veriler doğrultusunda söz konusu maliyetler arasında bu denli önemli farkların olması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında katlanılan yüksek maliyetlerin azaltılması amacıyla bu maliyetlerin daha düşük olduğu birinci basamak sağlık kurumlarına önem verilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık kurumlarının nitelik ve nicelik açısından güçlendirilmesi ile toplumsal faydanın artırılarak kaynakların daha etkin ve verimli kullanılacağı ve bu yolla sağlık hizmeti alan bireylerin hastanelere olan yoğun taleplerinin azaltılabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri, İşlem Maliyeti, İşlem Maliyeti Yaklaşımı, Birinci Basamak Sağlık Kurumları, Aile Sağlığı Merkezleri, Hastaneler

# **ABSTRACT**

**Master's Thesis**

## **THE STUDY OF THE HEALTHCARE SERVICES WITHIN THE FRAMEWORK OF TRANSACTION COST APPROACH: COMPARISON BETWEEN FAMILY HEALTHCARE CENTERS AND HOSPITALS**

**Büşra AKTÜRK**

**İzmir Kâtip Çelebi University**

**Graduate School of Social Sciences**

**Department of Health Management**

Healthcare services, which is an important burden on public budget are important in order to protect public health and must be provided sufficiently and effectively. In order to provide these services more efficiently and effectively and to minimize the costs for that matter, expenditures must be calculated objectively and correctly. One of the important expenditure items in healthcare institutions is transaction costs. Transaction costs are made up of incurred costs when deciding to purchase services from third parties (outside contractors) or be produced within the organization as well as those costs incurred from contracting from outside organizations. The study of these costs is called Transaction Cost Approach.

The purpose of this study is to compare the differences between the transaction costs and the staff costs (which greatly affects the costs in healthcare services) and financial expenses of the primary healthcare institutions and secondary & tertiary level healthcare institutions. In this respect, to reduce the costs, which institutions to be prioritized must be determined. Quantitative research method has been applied in the study. The universe of the research consists of primary healthcare institutions which are 1270 Family Healthcare Centers in Izmir Province and 16 hospitals under South Public Secretariat out of 32 secondary and tertiary healthcare institutions managed under North and South Public Secretariats in İzmir Province. In other words, all primary healthcare institutions and half of secondary and tertiary healthcare institutions are part of the research. With the necessary permissions,

circulating capital and expenditure items of 2016 has been obtained and analyzed. Data obtained has been compared using tables for research purposes of this study.

The research results show that the transaction costs, staff costs and capital costs are significantly lower in the primary healthcare institutions and considerably high in secondary and tertiary healthcare institutions. According to the results, the transaction costs in hospitals are 57.18 times higher, capital costs are 29.8 times higher and staff costs are 22.08 times higher than of Family Healthcare Centers. But if all the expenditures of all hospitals in Izmir Province could be taken into consideration it can be concluded that in hospitals, all transaction costs are approximately 115 times, capital costs are 60 times and staff costs are 44 times higher. The results show that the vast difference between the costs provide evidence that more emphasis should be given to primary healthcare intuitions in order to reduce the high level expenditures incurred in secondary and tertiary healthcare institutions.

As a result, it can be concluded that strengthening the quality and quantity of the primary healthcare institutions improve the use of the resources maximizing social benefit thus reducing the demand for the hospitals among individuals who seek healthcare support.

**Keywords:** Healthcare Services, Transaction Cost Approach, Primary Healthcare Institutions, Family Healthcare Centers, Hospitals.



## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XI
TABLolar LİSTESİ.....	XII
KISALTMALAR.....	XIII
GİRİŞ.....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### 1. SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ, TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ, AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ (ASM) VE HASTANELER ..... 5

1.1. SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARI VE ÖZELLİKLERİ .....	5
1.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı .....	5
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	6
1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin İlkeleri .....	10
1.1.4. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler .....	11
1.1.5. Sağlık Sistemi Kavramı.....	12
1.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ .....	12
1.2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yapısı .....	13
1.2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar .....	15
1.2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Kurumları .....	16
1.2.2.1.1. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM).....	18
1.2.2.1.2. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri (AÇSAP).....	20
1.2.2.1.3. Verem Savaş Dispanserleri .....	22
1.2.2.1.4. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM).....	23
1.2.2.1.5. Toplum Sağlığı Merkezi .....	23
1.2.2.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları .....	24
1.2.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları .....	25
1.3. AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ (ASM) ÖZELLİKLERİ VE İŞLEVLERİ... ..	27
1.3.1. ASM’lerin Kuruluş Amacı ve Özellikleri .....	27
1.3.2. ASM’lerin Disiplinleri ve İşlevleri .....	30
1.4. HASTANELERİN TANIMI, ÖZELLİKLERİ VE İŞLEVLERİ.....	34
1.4.1. Hastanelerin Tanımı ve Özellikleri .....	34
1.4.2. Hastanelerin İşlevleri .....	36
1.4.3. Hastanelerin Sınıflandırılması.....	37

1.4.3.1.Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler .....	38
1.4.3.2.Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler .....	39
1.4.3.3.Hizmet Türüne Göre Hastaneler .....	39
1.4.3.4.Büyükliklerine Göre Hastaneler .....	39
1.4.3.5.Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler .....	39
1.4.3.6.Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler .....	40
1.4.3.7.Dikey Bütünleşme Basamağına Göre Hastaneler .....	40

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. ADAPTASYON (ÇEVREYE UYUM) YAKLAŞIMLARI VE İŞLEM MALİYETİ YAKLAŞIMI..... 41

2.1.ADAPTASYON (ÇEVREYE UYUM) YAKLAŞIMLARI .....	41
2.1.1.Durumsallık (Koşul-Bağımlılık) Yaklaşımı.....	41
2.1.2.Genel Örgütsel Gruplaşma Yaklaşımı (Konfigürasyon Yaklaşımı) .....	42
2.1.3.Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı.....	43
2.1.4.Örgütsel Strateji Yaklaşımı .....	43
2.1.5.Bilgi İşleme Yaklaşımı.....	44
2.1.6.Vekâlet Yaklaşımı .....	44
2.1.7.Kurumsallaşma Yaklaşımı .....	45
2.1.8.İşlem Maliyeti Yaklaşımı.....	46
2.1.8.1.İşlem Maliyetleri ile İlgili Kavramlar .....	49
2.1.8.1.1.Pazarlar ve Hiyerarşiler.....	50
2.1.8.1.2.Mülkiyet Hakları .....	51
2.1.8.1.3.Asimetrik Bilgi Dağılımı .....	52
2.1.8.2.İşlem Maliyetlerini Etkileyen Faktörler .....	52
2.1.8.2.1.Davranışsal Varsayımlar .....	53
2.1.8.2.2.Fırsatçılık .....	54
2.1.8.2.3.Sınırlı Rasyonellik.....	55
2.1.8.2.4.Kapasite Kullanımı.....	56
2.1.8.2.5.İşletmenin büyüklüğü.....	57
2.1.8.2.6.Teknoloji .....	57
2.1.8.2.7.Sözleşmeler .....	57
2.1.8.2.8.Dış Kaynaklardan Yararlanma .....	58
2.1.8.2.9.İşlem Maliyetlerinin Azaltılması Çalışması.....	58
2.1.8.3.İşleme Konu Olan Varlığa Yönelik İşlem Ölçüleri.....	60
2.1.8.3.1.Varlık Özgüllüğü (Yer, Fiziksel, Beşeri) .....	60
2.1.8.3.2.İşlem Sıklığı .....	61
2.1.8.3.3.Belirsizlik .....	62
2.1.8.4.İşlem Maliyetini Oluşturan Unsurlar .....	63
2.1.8.4.1.Araştırma Maliyetleri .....	64
2.1.8.4.2.Pazarlık Maliyetleri.....	64

2.1.8.4.3.Karar Verme Maliyetleri .....	66
2.1.8.4.4.Sözleşme Görüşme Maliyetleri .....	67
2.1.8.4.5.Sözleşme Uygulama ve Kontrol Maliyetleri.....	68
2.1.8.5.İşlem Maliyeti Yaklaşımıyla İlgili Çalışmalar .....	69
2.1.8.5.1.Dünyada İşlem Maliyeti Yaklaşımıyla İlgili Yapılan Çalışmalar .....	69
2.1.8.5.2.Türkiye’de İşlem Maliyeti Yaklaşımıyla İlgili Yapılan Çalışmalar .....	79
2.1.8.5.3.Sağlık Alanında Yapılan İşlem Maliyeti Yaklaşımıyla İlgili Çalışmalar .....	85

### ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

<b>3. AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ VE HASTANELERİN İŞLEM MALİYETLERİ, PERSONEL GİDERLERİ VE SERMAYE GİDERLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI .....</b>	<b>89</b>
3.1.ARAŞTIRMA .....	89
3.1.1.Araştırmanın Amacı .....	89
3.1.2.Araştırmanın Önemi.....	90
3.1.3.Araştırmanın Kapsamı .....	91
3.1.4.Araştırmanın Yöntemi.....	93
3.1.5.Araştırmanın Kısıtları.....	96
3.2.BULGULAR .....	97
3.2.1. Aile Sağlığı Merkezleri .....	97
3.2.2. Hastaneler.....	100
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>105</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>114</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>135</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1:</b> AÇS / AÇSAP Merkezleri'nde Verilen Ücretsiz Hizmetler .....	21
<b>Şekil 2:</b> İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Sunulan Hizmetler .....	25
<b>Şekil 3:</b> Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Hizmet, Ulaşılabilirlik ve Maliyetler Açısından Değerlendirilmesi .....	27
<b>Şekil 4:</b> Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri .....	36
<b>Şekil 5:</b> Temel Hastane Ölçütleri.....	37
<b>Şekil 6:</b> Williamson'un Fırsatçı Davranış Modeli.....	54
<b>Şekil 7:</b> Üç Boyutlu İşlem Maliyetlerini Minimize Etme Modeli .....	59
<b>Şekil 8:</b> Ürün Tanımının Karmaşıklığı ve Varlık Özgüllük Derecesine Göre Yönetim Mekanizmasının Seçimi .....	61

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> İşlevlerine Göre Türk Sağlık Sistemi.....	14
<b>Tablo 2:</b> Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmeti Veren Kurumların Sınıflandırılması	15
<b>Tablo 3:</b> Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Yıllara Göre Dağılımı .....	24
<b>Tablo 4:</b> Mülkiyet Esasına Göre Hastanelerin Sınıflandırılması .....	38
<b>Tablo 5:</b> YTKİY'e Göre Hastaneler .....	40
<b>Tablo 6:</b> Mal ve Hizmet Değişim İşleminde Oluşan Maliyetler .....	48
<b>Tablo 7:</b> İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne Bağlı Kurumlar .....	92
<b>Tablo 8:</b> İzmir Güney ve Kuzey Kamu Sekreterliği'ne Bağlı Hastaneler .....	92
<b>Tablo 9:</b> İşlem Maliyetlerini, Personel Giderleri ve Sermaye Giderlerini Oluşturan Kalemler .....	96
<b>Tablo 10:</b> Sağlık Kurumlarına Ait Gider Bütçelerinin Alt Grupları .....	97
<b>Tablo 11:</b> İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne Bağlı Kurumların 2016 Yılı Maliyeti Gider Kalemlerinin Toplam İşlem Maliyetlerine Oranı.....	98
<b>Tablo 12:</b> İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne Bağlı Kurumların 2016 Yılı Personel Giderleri .....	99
<b>Tablo 13:</b> İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne Bağlı Kurumların 2016 Yılı Sermaye Giderleri .....	99
<b>Tablo 14:</b> İzmir Güney Kamu Sekreterliği'ne Bağlı Hastanelerin 2016 Yılı İşlem Maliyeti Giderlerinin Toplam İşlem Maliyetlerine Oranı.....	101
<b>Tablo 15:</b> İzmir Güney Kamu Sekreterliği'ne Bağlı Hastanelerin 2016 Yılı Personel Giderleri .....	101
<b>Tablo 16:</b> İzmir Güney Kamu Sekreterliği'ne Bağlı Hastanelerin 2016 Yılı Sermaye Giderleri .....	102
<b>Tablo 17:</b> İzmir Güney Kamu Sekreterliği'ne Bağlı Hastaneler İle İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne Bağlı Aile Hekimliği Merkezleri ve Diğer Kurumların İşlem Maliyeti Giderleri, Personel Giderleri ve Sermaye Giderleri .....	103

## KISALTMALAR

AAFP	: Amerikan Aile Hekimliği Akademisi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇS	: Ana Çocuk Sağlığı
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
IAS	: Uluslararası Muhasebe Standartları
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
NEA	: National Endowment for the Arts
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TFRS	: Türkiye Finansal Raporlama Standartları
TMS	: Türkiye Muhasebe Standartları
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
UST	: Ulusal Sanat Teşviki
VSD	: Verem Savaş Dispanseri
WHO	: World Health Organization
WONCA	: World Organization of Family Doctors - World Organization of National Colleges
YTKİY	: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

## GİRİŞ

Sağlık, ülkelerin sosyal gelişmelerinin temel öğelerinden biridir. Sağlık hizmetleri, sağlıklı bireyler ve toplumlar yetiştirmek üzere sunulan hizmetlerdir. Genel anlamda sağlık hizmetleri; sağlığın korunması, hastalıkların iyileştirilmesi, rehabilitasyon hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesi amacıyla yapılan çalışmaları içermektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeterlilik, finansmanda adalet ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi olmak üzere üç temel amaç bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin tüm dünyada çoğunlukla kamu eliyle sunulan hizmetler olması, ülkelerin bu konuda belirleyici ve etkileyici rol oynamasına sebep olmaktadır. Toplumda sağlık hizmetlerinden yararlananların ve paydaşlarının da bilgi ve teknolojik gelişmelere paralel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda talepleri giderek artmaktadır.

Bir toplumun ihtiyaçları doğrultusunda kaliteli ve nitelikli sağlık hizmetlerini sunmak devletin başlıca görevleri arasında olup büyük ölçüde bu görevi kendi sağlık kurumları vasıtasıyla yerine getirmektedir. Bireyler sağlık hizmetlerini kendi olanaklarına göre kamu kurumları yanı sıra özel sektöre ait kurumlardan da sağlayabilmektedir. Ancak toplum bireyleri sağlık hizmetlerini ister kamudan ister özel sektörden karşılasınlar, her iki durumda da sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar büyük ölçüde kamu tarafından karşılanmaktadır. 2016 yılına ait devlet bütçesinde sağlık giderleri toplamı 119 milyar 756 milyon TL.'dir. 2016 yılında toplam sağlık harcaması içinde kamu sağlık harcamalarının payı % 78,5 olarak gerçekleşmiştir. Bu kapsamda sağlık hizmetleri sunumunda devletin üstlendiği önemli yük görülmektedir.

Çağımızda yaşanan gelişmeler doğrultusunda sağlık hizmetlerinin tüm toplumu kapayacak şekilde etkin, verimli ve fayda sağlayacak kalitede sunulmaması dolayısıyla oluşan aksamalar o ülkenin ekonomik anlamda üretken olmasının önünde engeller oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerini kesintisiz olarak sunabilen, sağlık hizmetleri sunumunda ortaya çıkan problemlerle baş edebilen ülkeler daha üretken olabilmektedir. Ülkelerin gelişmişlik seviyesine ulaşabilmeleri yolunda refah ve

retken bir toplum oluşturabilmek sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olmasıyla ve onun bir çıktısı olan sağlıklı bireylerle mümkündür.

Sağlık hizmetleri ülkemizde de çoğu ülkede olduğu gibi üç basamak halinde sunulmaktadır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kurumlar; Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) başta olmak üzere Ana ocuk Sağlığı (AS), Verem Savaş Dispanserleri, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri'dir. İkinci basamak sağlık kuruluşları; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet ve dal hastaneleri, bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, kamu kurumlarına ait tıp merkezlerinden oluşmaktadır. nc basamak sağlık kurumları ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, niversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri vb.'dir. Sağlık hizmetleri sunumunun ihtiyaç sırasına göre bu üç basamağa dağıtılarak uygulamaya konulmasıyla sağlık için ayrılan ve yaratılan kaynakların etkin ve verimli kullanılması amaçlanmıştır.

Etkili sağlık sisteminde öncelikli amaç, birinci basamak sağlık kurumlarına ulaşımda kolaylık sağlamak ve sunulan hizmetlerden herkesin ihtiyaı oranında yararlanabilmesiyle birlikte kişilerin yaşam kalitesini ve sağlık statülerini yükseltmektir. Etkili bir sağlık sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlü bir Şekilde hayata geçirilmesi ve başarılı bir sevk zinciri oluşturulması yoluyla gerçekleştirilebilir. Birinci basamak sağlık kurumlarının öncelikleri; hastaların yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız olarak kişilerin ihtiyaçları doğrultusunda kapsamlı sağlık hizmeti sunmalarıdır. Birinci basamak sağlık kurumlarında hastanın ilk teşhis ve tedavisi yapılmakta, gerekli grldğu durumlarda doğru uzmanlık dalına ve merkezine sevk sağlanmaktadır. Böylelikle birinci basamakta tedavi edilebilecek bir hastanın doğrudan hastanelere başvurmalarının gereği ortadan kalkmakta, hastanelerde sunulan daha maliyetli sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli kullanımı sağlanmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun basamaklara ayrılması ile maliyetlerin azaltılabilmesi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına gereksiz yığılmalar ile hasta mağduriyetlerinin önlenmesi amaçlanmıştır.



Ülkemizde sağlık hizmetleri sunan kurumların başında hastaneler gelmektedir. Hastanelerde sunulan hizmetlerin maliyetleri yüksek olduğu için devlet bütçesine yükü de fazla olmaktadır. Bu yükü azaltmak ve sağlık hizmetleri sunumunda kaynak israfını önlemek amacıyla sağlık sistemimizde yeni bir yapılanmaya gidilmiş ve 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulamaya konulmuştur.

Kaynakların etkin kullanımında başvurulan bir diğer önemli yollardan birisi de hizmet ve kaliteden ödün verilmeden maliyetlerin düşürülmesidir. Sağlık kurumlarında bütün giderler arasında işlem maliyetleri önemli bir yer kapsamaktadır. İşlem, basit olarak alıcıyla satıcı arasında mal ve hizmetlerin değişimi olup, işlem maliyeti söz konusu değişim sürecinde doğan ve katlanılan maliyetleri ifade etmektedir. İşlem maliyeti yaklaşımına göre; bu değişim en ekonomik olacak şekilde organize edilmelidir. İşlem maliyeti yaklaşımının temelini işlem maliyetlerini en aza indirmek oluşturmaktadır.

İşlem maliyeti yaklaşımına göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında işlem maliyetlerinin azaltılması yoluyla yaratılan kaynakların daha etkin kullanılması sağlanacaktır. Böylece sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, teknolojik gelişmelerden yararlanılması, toplumsal faydanın sağlanması ve hizmet kalitesinin artırılmasında etkinlik ve verimlilik yaratılacaktır.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde; sağlık, sağlık hizmetleri ve Türkiye'deki sağlık sistemi ele alınmış, sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarının tanımı, özellikleri ve sağlık hizmetlerini etkileyen faktörler açıklanmıştır. Türkiye'de sağlık hizmeti sunan birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının özellikleri ve sundukları hizmetler hakkında bilgi verilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde adaptasyon yaklaşımları, işlem maliyeti yaklaşımı, işlem maliyetini etkileyen faktörler, işlem maliyetlerini oluşturan unsurlar ve işlem maliyeti ile ilgili uluslararası ve ulusal çalışmalar incelenmiştir. İşlem maliyeti yaklaşımı yanı sıra birbirlerini tamamlayan diğer yaklaşımlardan;

organizasyonlarda çevreye uyum ve değişim yaklaşımlarına da çalışmada yer verilmiştir.

Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde ise İzmir İli'ndeki birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının 2016 yılına ait gerçekleşen işlem maliyetlerinin belirlenmesi için yapılacak çalışmanın amacı, önemi, kapsamı, kısıtları ve yöntemi açıklanmıştır. Çalışmanın kapsamına alınan İzmir İli Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı hastaneler ile İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı ASM'lerinin 2016 yılına ait döner sermaye ve toplam giderleri incelenmiştir. Bu giderler kapsamında yer alan işlem maliyetleri ile sağlık kuruluşlarında sağlık hizmetleri maliyetlerini artıran diğer temel unsurlar (personel giderleri ve sermaye giderleri) belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının belirlenen değerleri birbirleri ile karşılaştırılarak anlamlı verilere ulaşılmıştır.

Çalışmanın sonucunda, elde edilen veriler işlem maliyeti yaklaşımına göre değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler ışığında sağlık harcamalarında kaynakların etkin kullanılması amacıyla işlem maliyetlerinin düşürülmesi yönünde öneriler geliştirilmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1. SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ, TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ, AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ (ASM) VE HASTANELER

Birinci bölümde çalışmanın temelini oluşturan; sağlık, sağlık hizmetleri ve Türkiye’deki sağlık hizmetleri ele alınmıştır. Bu kapsamda sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarının tanımı, özellikleri, işlevleri ve sağlık hizmetlerini etkileyen faktörler açıklanmıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunu üstlenen birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları özellikleri ve sundukları hizmetler hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca araştırmanın önemini vurgulamak adına ASM’lerin ve hastanelerin özellikleri ve işlevleri daha detaylı olarak ele alınmıştır.

#### 1.1. SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARI VE ÖZELLİKLERİ

Sağlık ya da hastalık kavramı, günümüze kadar farklı şekillerde tanımlanmıştır. Günümüzde hukuk devletlerinde sağlık ve sağlık hakkının temel hak ve özgürlükleri düzenleyen Anayasalarda yer almış olması, böylece herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde devam ettirmesinin sağlanması görevinin devlete verilmesi, sağlığın korunmasının önemini ortaya koymaktadır.

##### 1.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı

Ülkemizde sağlık; “Sağlık Hizmetleri’nin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge” de tanımlanmıştır. Yönerge’nin 4/a Maddesi’nde sağlık; “Bireyin sadece hasta ya da sakat olmayışı değil; bedence, ruha ve sosyal yönden tam anlamıyla iyilik halinde olmasıdır”. “b” bendinde ise sağlık hizmeti “Bireylerin sağlıklarına zarar verecek olan çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenekleri azalmış olanların iyileştirilmeleri için yapılan hizmetlerin bütünüdür.” şeklinde tanımlanmıştır (TTB, 2005). Erefe (1993: 20), sağlık kavramını bir bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan çevresiyle olan uyumu olarak ifade etmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık; “Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil bedence, ruha ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 69).

Sağlık hizmetleri, sağlıklı bireyler ve toplumlar yetiştirmek üzere sağlık ile ilgili sunulan hizmetlerdir. Genel anlamda sağlık hizmetleri; sağlığın korunması ile hastalıkların iyileştirilmesi için yapılan çalışmalardan oluşmaktadır. Genel olarak “insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavi ve esenlendirilmesi (rehabilitasyonu) için yapılan çalışmaların tümü” olarak tanımlanmaktadır (Akdur, 2006: 13).

Günümüzde tıp alanında yaşanan önemli gelişmeler, ilerleyen iletişim teknolojileri ışığında dünyada hız kazanan ve genellikle kamu yoluyla yapılan verimlilik ve performans geliştirmeleri, sağlık sunumunda hizmet kalitesini artırmaktadır. Hizmet kalitesinin artmasında üç ana unsurdan bahsedilebilir:

-Sağlık hizmetlerinin çoğunlukla kamu eliyle sunulan hizmetler olması nedeniyle devletlerin bu konuda etken rol oynaması,

-Sağlık hizmeti alan kişilerin sağlık hizmetlerinde kalite açısından beklentilerinin olması

-Kurum yöneticilerinin karar vermede yetki almalarının sağlanması

Ülkemizde sağlık hizmet sektörünün her geçen gün genişlemesi kalitenin yanında rekabeti de artırmaktadır (Kıdak ve diğerleri, 2015: 483-484).

### **1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık hizmetleri özünde kamusal nitelikte bir hizmettir (Tekin, 1987: 263). Burada hizmetin kamusal özelliği büyük ölçüde kamu kurumlarınca sunulmuş olmasının yanı sıra sağlık hizmetlerinin genel olarak fiyatlandırılmaması, tüketildiğinde toplumun genelinin yararlanmış olması ve dışsallık gibi özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yaydıkları dışsallığın fazla olduğu kabul edilmektedir. Yayılan bu dışsallık pozitif yönde olabileceği gibi negatif yönde de ortaya çıkabilmektedir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin ortaya

çıkardığı faydalar toplum tarafından hemen fark edilememektedir. Sağlığına kavuşan kişilerin, kişisel gelişimleri ile birlikte bütün işgücüne sağladıkları katılımın ortaya konulması güçtür. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin yaydığı dışsallıkların sağladığı faydaların fiyat mekanizması ile ölçülmesinde zorluklarla karşılaşmaktadır (Sayım, 2015: 6). Toplumdaki bireylerin aşı ile korunması, aile planlaması hizmetleri veya bağışıklama programları sunan sağlık kuruluşları pozitif dışsallığa örnek verilmektedir. Negatif dışsallığa da sigara tüketimi örnek gösterilebilmektedir. Sigara kullanan bireyler sigara kullanmayan bireylere ciddi anlamda zarar vermekte ve pasif içici konumuna düşürmektedir. Bu durumda devlet sigaraya özel vergiler yükleyerek içicilere sigarayı bırakmaları için baskı yapmaktadırlar (Yıldırım, 1999: 130).

Erdem (2007: 51)'e göre sağlık hizmetleri aşağıdaki özellikleri taşımaktadır:

- Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi vardır.
- Sağlık hizmetlerinde talep esnekliği yoktur.
- Sağlık hizmetleri uluslararası düzeyde korunan bir haktır.
- Sağlık hizmetleri yüksek maliyet gerektiren ve diğer sektörlere oranla çok hızlı değişebilen ve gelişebilen bir sektör tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri, diğer hizmet alanlarından daha hızlı ilerlemekte ve diğer alanlar ile hızlı ve yoğun bir şekilde iletişim halindedir (Ertekin, 2012: 10).
- Sağlık hizmetleri “üretildiği anda tüketilmesi” gereken soyut bir kavramdır (Akalm, 2004: 12).

Birleşmiş Milletler ve DSÖ tarafından 1977 yılında yayınlanan “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” adlı rapor ile sağlık alanı evrensel bir platformda yer almıştır. Yine İnsan Hakları Evrensel Beyanname’sinin 25. Maddesinde “Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşama standartlarına hakkı vardır.” ifadesinin yer alması, sağlık hakkının uluslararası alanda önem kazanmasını sağlamıştır.

1978 yılında DSÖ tarafından Cenevre’de yayımlanan Alma Ata Bildirgesi’nde Temel Sağlık Hizmetleri tanımlanmıştır. “Temel sağlık hizmetleri; pratik ve bilimsel olarak geçerli ve sosyal olarak kabul edilebilir metotlarla, bir ülke

veya toplumun ödeyebileceği bir maliyetle, erişilebilir kılınan zorunlu bir sağlık hizmetidir.” Bildirgeye göre temel sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerini; hakkaniyet, toplu iştirak, alanlar arası iletişimde bulunma, teknolojiye yatkınlığı ve uygun maliyetler oluşturmaktadır (Erkoç ve diğerleri, 2011: 16).

Shortell ve Kaluzny (1983: 13-14)’e göre ise sağlık hizmetlerini ve sağlık kurumlarını diğer hizmetlerden ve kurumlardan ayıran başlıca özellikler aşağıdaki şekilde belirtilmiştir:

- Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür.
- Sağlık kurumlarında yapılan işler karmaşık ve değişkendir.
- Sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen etkinliklerin çoğu acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Yapılan işler hata ve belirsizliklere karşı duyarlıdır ve tolerans gösteremez.
- Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde koordinasyon olmalıdır.
- Tüm sağlık kuruluşları eşgüdümleme, denetim ve çatışma sorunlarını önlemek için ikili otorite hattı bulundurmalıdır.
- Sağlık kuruluşlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur.
- Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen hekimlerin çalışmaları üzerinde yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulamamıştır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri sunan kurumlar, ağırlıklı kamu olmak üzere geniş bir yelpazeye dağılmıştır. Sağlık kurumlarını diğer ticari ve sınaî kurumlardan ayırt edici, kendine has başlıca özellikleri aşağıda sıralanmıştır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 73-78) :

- **Rastlantısal Tüketim:** Sağlık kavramını diğer mal ve hizmet kavramlarından ayıran özelliklerden biri ne zaman talep edilebileceğinin bilinmemesidir. Koruyucu sağlık hizmetleri sunumu hariç, sağlık hizmetlerine olan talep

planlı değildir. Bireyler ne zaman, nerede, hangi tür sağlık problemleri ile karşılaşacağını tahmin edemez (Atabey, 2012: 17).

- **İkamesinin Olmaması:** İşletme kavramında mal ve hizmet talebi fiyat farklılıklarına göre tüketici tarafından ikame edilebilmektedir. Fakat sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur yani yerine başka bir hizmet talep edilemez. Birey hekimin kendisine önerdiği tedavi hizmetini almak zorundadır.
- **Ertelenemez Olması:** Sağlık sektörü dışındaki sektörlerde mal ve hizmetler talep ve ekonomik sebepler dolayısıyla ertelenebilmektedir. Sağlık hizmetleri ise gereklilik duyulduğu anda karşılanması gereken hizmetlerdendir.
- **Hekimin Sağlık Hizmetinin Boyutunu ve Kapsamını Belirleyici Rolü:** Sağlık hizmetlerinin sunumunda belirleyici rol oynayan kişi hekimdir. Kişi hekimin bilgisine güvenmek zorundadır. Hastalığın teşhisi, tedavisi ve tedavi sonrası bakımı hekimin kontrolündedir.
- **Tüketicilerin İrrasyonel Davranışları:** Sağlık hizmetleri uygulamalarında kişilerin akılcı olmayan davranış göstermeleri mümkündür. Çünkü bireyin sağlık hizmetleri hakkındaki bilgisinin sınırlılığı rasyonel karar vermelerine engel olabilmektedir.
- **Tüketici Doyumu ve Kalitenin Önceden Belirlenememesi:** Sağlık hizmetini talep eden bireyler, hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için hekime güven duymak zorundadırlar. Alacakları sağlık hizmetini önceden denemek, uygulamak; kalitesi ve elde edeceği doyumu öngörebilmeleri mümkün değildir.
- **Kamusal Ürün Olması:** Kamuda sunulan sağlık hizmetleri her bireye, ücretle ilgili bir sıkıntı olmaksızın ulaştırılmaktadır. Sunulan hizmetlerde kamu yararı önemli olup tüm toplumu kapsamaktadır. Tüm sağlık hizmetleri kamu malı özelliği göstermemektedirler. Sağlık geliştirilmesi hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri tamamen kamu malı hizmeti iken tedavi ve rehabilite edici hizmetler yarı kamusal mal özelliği göstermektedir (Atabey, 2012: 14).
- **Sağlık Hizmetinin Çıktısının Paraya Çevrilememesi:** Sağlık hizmeti iktisadi ölçülere dâhil edilmemesi gereken, fiyat biçilemeyen bir hizmettir.

Has özelliklerinden dolayı maliyet, fayda ve karlılık gibi kavramlar sağlık sektöründe farklı bir anlam içermektedir.

### 1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin İlkeleri

Sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin çekirdeğini oluşturan hastaneler, artan nüfus ile birlikte teşhis, tedavi, bakım vb. bütün sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu hale gelmiştir. Günümüzde hastaneler; sağlık hizmetleri veren, hastabakıcı, laborant, hemşire, röntgen teknisyenleri, doktor vb. görevlilerden oluşmaktadır. Bununla birlikte daima düzen, itina ve özen yükümlülüğü ön planda olan kuruluşlardır. (Kavuncubaşı, 2012: 13).

Bilim ve teknolojiye gelişmeler paralelinde sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve kalitesi de artmaktadır. Bu gelişim ve değişimler sağlık hizmetlerinin daha çağdaş yapıda sunulmasını gerekli hale getirmiş ve günümüzde “Çağdaş Sağlık Hizmetleri Anlayışı” önem kazanmıştır. Bu anlayışı; sağlık alanında sunulan hizmetlere bir bütün içinde yaklaşan bir anlayıştır. Bu anlayışın temelini oluşturan ilkeler aşağıda sıralanmıştır (Akdur, 2006: 15):

- Kişinin yaşamı sağlıklı ve hastalıklı dönemler diye birbirinden ayrılarak yaşam bütünlüğü bozulamaz. Kişinin hastalığı, sağlıklı dönemdeki birikimlerin sonucudur.
- Sağlık hizmeti; hastaya verilen hizmetten çok sağlam kişiye sunulan bir hizmettir ve koruma tedavisi daha önemlidir.
- Kişi ve çevresi (biyolojik, fiziki, sosyal) bir bütündür ve birbirinden ayrılamaz. Kişinin sağlığı, sosyal çevrenin bir fonksiyonudur.
- Bir toplumdaki hastalıklar ne sıklıkla görülüyorsa o derece öneme sahiptir.
- Hastalık sadece bireyle ilgili değildir, ailesinden itibaren tüm toplumu ilgilendirir.
- Sağlık hizmetleri birden çok sektörün hizmetlerinden etkilenen takım hizmetidir.

Literatürde sağlık hizmetleri için “hizmet kalitesi” kavramı yerine “algılanan hizmet kalitesi” terimi kullanılmaktadır (Uyguç, 1998: 27). Algılanan hizmet kalitesinin düşük olması; hastaların iyileşme sürecinin uzaması, iletişim kopukluğu,



halkla ilişkiler biriminin yetersizliği vb unsurlardan kaynaklanmaktadır. Bunun sonucunda da sağlık maliyetleri ciddi miktarda artmakta, milli zarar ortaya çıkmaktadır (Hazman ve Küçükilhan, 2012: 142).

Sağlık hizmetleri sunumunda aşağıdaki amaçlara ulaşılması beklenilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 10):

- “Toplumun sağlık statüsünün yükseltilebilmesi,
- Devam eden yaşam içerisinde sağlığın var olabilmesi ve sürdürülebilmesi,
- İnsanların hastalıklardan korunabilmesi,
- Hastalıkların tedavi edilmesi,
- Bir insanın başka bir insana bağlı kalmadan hür bir şekilde sağlıklı yaşayabilmesi,
- Bireylerin psikolojik açıdan kendilerini iyi hissettiği, moral ve motivasyon seviyesinin yüksek olduğu bir toplum yapısının oluşturulması”.

#### **1.1.4. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler**

Sağlık hizmetlerini etkileyen temel unsurlar belirtilmiştir (Gözlü ve Tatlıdil, 2015: 161).

- Demografik Özellikler: Kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminde yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir düzeyi vb. unsurlar etkilidir.
- Ulaşım: Sağlık hizmetlerine erişim sağlayabilmek, hizmetten faydalanmanın birincil öğelerindendir. Özellikle kırsal kesimde yaşayan kişilerde sağlık hizmetine erişim zorluğunun daha fazla olduğu bilinmektedir.
- Finansal Engeller: Sağlık hizmetlerine ihtiyaçlar oluştuğunda, bu hizmetleri elde etmek için belirli bir maddi seviyede olmak gerekmektedir.
- Sağlık Hizmetleri Alt Yapısı: Kurumlarının kendi içinde alt yapı problemleri, faaliyet yükünün eksikliği, teknik donanımının eksikliği vb. durumlar erişimi zorlaştıran unsurlardan bazılarıdır.
- Sağlık Tesis Kullanımı ve Memnuniyet Oranı: Sağlık kurumlarına başvuran hastanın aldığı hizmete ait memnuniyet seviyesi, bireyin başka sağlık hizmeti almasını düşündürmektedir.

### **1.1.5. Sağlık Sistemi Kavramı**

DSÖ, 2008 Dünya Sağlık Raporu'nda sağlık sistemlerinin olması gerektiği gibi çalışmadığına dikkat çekerek, temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ile değişen dünyanın ihtiyaçlarına daha iyi ve daha hızlı yanıt veren bir sağlık sistemi oluşturulacağını vurgulamıştır. Birinci basamakta insan merkezli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması ve yapılacak sağlık reformlarının bu hedefleri gözetmesi önerilmiştir" (Akman, 2014: 70).

2000 yılında yayımlanan Dünya Sağlık Raporu'na göre sağlık sisteminin hedeflediği başlıca üç amaç olmalıdır. Bu amaçlar; yeterlilik, finansmanda adalet ve sağlık statüsünün (toplumun sağlık durumu) yükseltilmesi olarak belirlenmiştir. Bu üç amaç, 191 ülkenin kıyaslanması ve sağlık sistemlerinin sıralanmasında önemli bir ölçüt olarak saptanmıştır (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 10).

DSÖ (2000) Raporu'nda sağlık sistemlerinin temel amacı; sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteleri kapsayacak nitelikte dört biçimde tanımlanmıştır (WHO, 2000a) ve (WHO, 2000b). En dar kapsamlı olan birinci tanımda, sağlık sisteminin sınırları sadece Sağlık Bakanlığı (SB)'nin doğrudan kontrolü altındaki faaliyetleri içerecek şekilde belirlenmiştir. Örneğin; toplumda tütün ve alkol kullanım oranını azaltmak gibi sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan kuruluşlar sağlık sisteminin dışında kalmaktadır. İkinci tanımda ise sağlık sistemleri; bireysel ve bireysel olmayan sağlık sunumlarını kapsayacak ancak sağlık seviyesini artıracak sektörler arası faaliyetleri kapsamayacaktır. Üçüncü tanımda; temel amacı sağlığı daha iyi hale getirmek olan her işlev, sağlık sisteminin bir bölümü olarak kabul görmektedir. Son tanım ise; sağlığı iyileştirici bütün aktiviteleri kapsamaktadır (WHO, 2001).

## **1.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ**

Ülkemizde devlet adına bireylere, topluma ve bunların çevrelerine koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri sunmak görevi Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir.

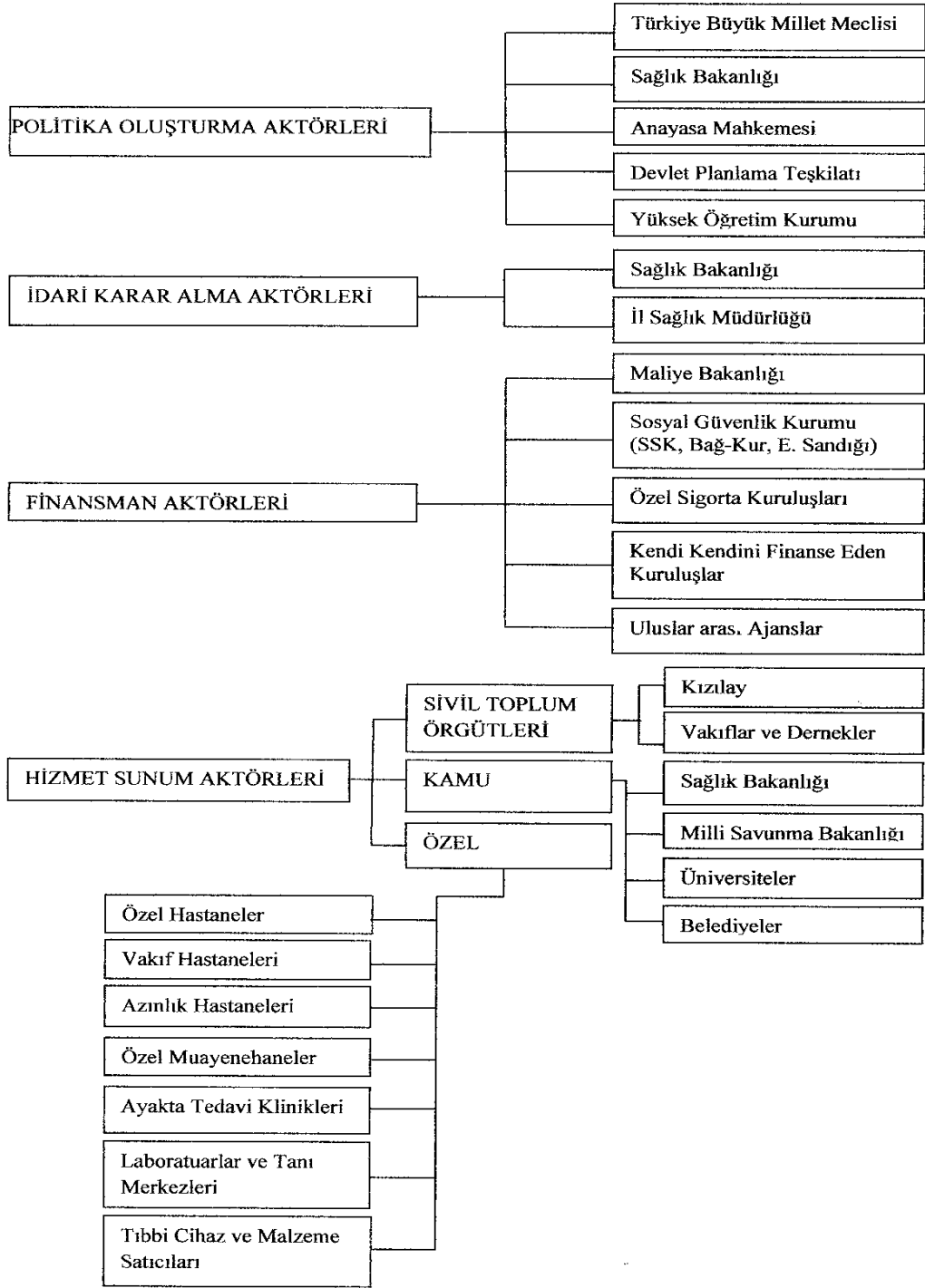
Türkiye’de sağlık hizmetlerinin en büyük sunucusu Sağlık Bakanlığı’dır. Sağlık Bakanlığı’nca 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)” ile daha önce Sosyal Sigortalar Kurumu’na (SSK) bağlı olan hastaneler ile bazı Bakanlıklar (Milli Eğitim, Savunma, Ulaştırma vb.), kamu kurumları ve belediyeler tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesiyle birlikte Bakanlığın hizmet alanı daha da genişlemiştir.

### **1.2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yapısı**

Sağlık sistemleri; temel sağlık hizmetlerinin sunulmasının yanı sıra bu amaçla fiziki şartların iyileştirilmesi ve çoğaltılması, insan kaynaklarının geliştirilmesi, hizmet ve yatırımlara ilişkin planlamanın yapılması ve finansman kaynaklarının oluşturulması gibi temel fonksiyonları yerine getirirler. Sağlık sisteminin başarılı olması ancak birbirinden bağımsız olan bu fonksiyonların birbirleriyle uyum içerisinde yürütülmesiyle mümkündür (Aydın, 2004: 13). Türkiye’de sağlık sistemini oluşturan kurumlar; sağlık hizmetleri sunan kamu, yarı-kamu, özel kurumlar, dernek ve vakıflardır. Kamu kesiminde sağlık hizmeti sunan kurumlar Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, üniversiteler ile belediyelerdir. Bunların yanı sıra Kızılay ve vakıflara ait sağlık kuruluşları (vakıf üniversiteleri içinde tıp fakültelerinin açılması), kar amaçlı özel hastaneler ile azınlık ve yabancılara ait hastaneler de hizmet üretmektedir. Ülkemizde kamu kesimi dışında sağlık hizmeti sunan diğer kurum ve şahıslar daha çok tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunu üstlenmişlerdir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 145).

Türk Sağlık Sistemi’ni oluşturan kurumlar işlevlerine göre (Tablo 1); sağlık politikası oluşturan kurumlar, idari karar alma yetkisine sahip kurumlar, finansman sağlayıcı kurumlar ve hizmet sunan kurumlar olarak sınıflandırılmaktadır.

**Tablo 1:** İşlevlerine Göre Türk Sağlık Sistemi

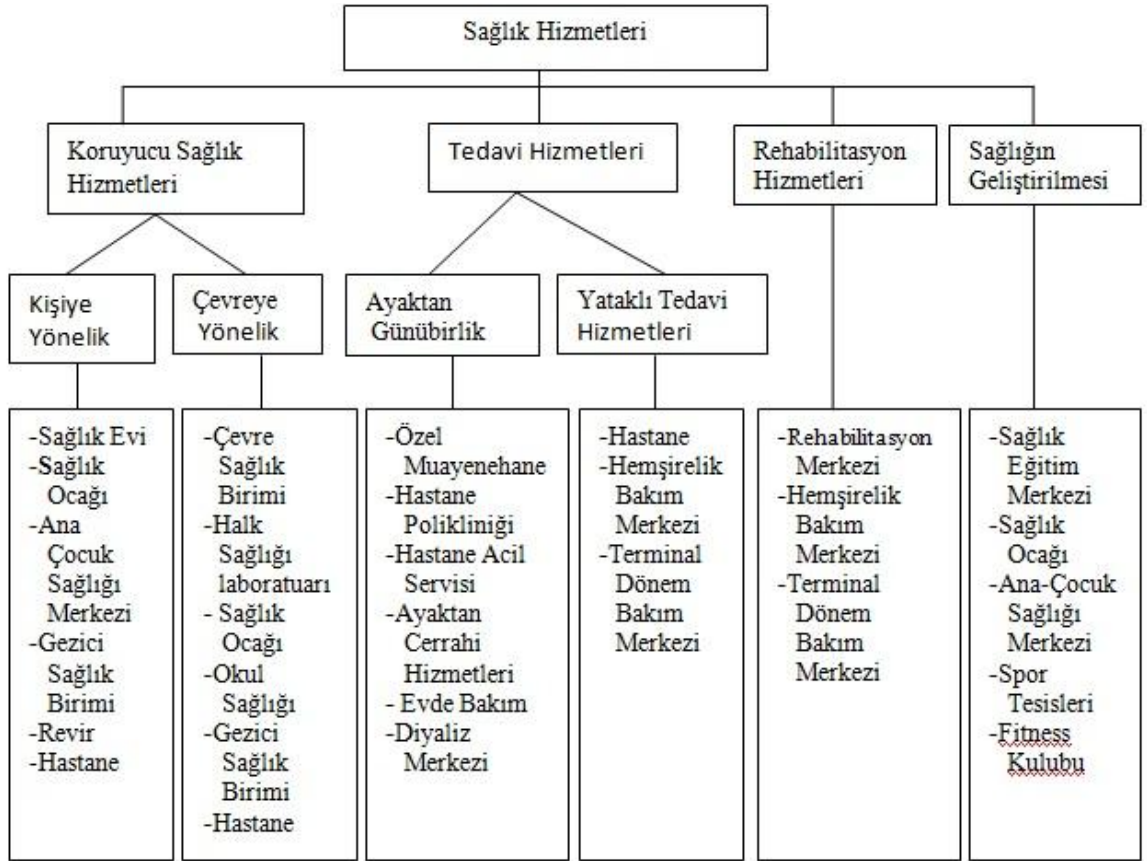


**Kaynak:** (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 146)

## 1.2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar

Türkiye’de sağlık hizmeti sunan kurumlar, hizmet işletmeleri olarak tanımlanmakta, doğrudan doğruya hizmet üretimi ve satışı ile uğraşmaktadırlar (Şenel, 2008: 11). Ülkemizde sağlık hizmetleri çoğunlukla kamu kurumları tarafından verilmektedir. DSÖ tarafından sağlık hizmetleri ve bu hizmetleri veren kurumlar yeniden sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırma ülkemizde de genel kabul görebek Tablo 2’de görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı tarafından yeniden yapılandırılmıştır.

**Tablo 2:** Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmeti Veren Kurumların Sınıflandırılması



**Kaynak :** (Kavuncubaşı, 2012: 35)

- Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından 05.06.2003 ve 15.08.2003 tarihli yayımlanan Genelgeler ile SDP yürürlüğe girmiş, sağlık hizmetlerinin sunumunda hiyerarşik yapı yeniden düzenlenmiştir. 2011 yılında 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında

Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Kamu Hastaneleri Birlikleri oluşturulmuştur. 2017 yılında 694 Sayılı KHK ile “663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK”da değişiklik yapılarak Bakanlık ve bağlı kuruluşların teşkilat yapısı yeniden düzenlenmiştir. Kamu Hastaneleri ve Halk Sağlığı Kurumları tekrar İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlanarak sağlıkta tek çatıya geçilmiştir (SB, 2017).

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, verdikleri hizmetler açısından birinci basamak sağlık kurumları, ikinci basamak sağlık kuruluşları ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olmak üzere üçe ayrılmaktadır (SB, 2003):

- “Birinci basamak sağlık kurumları; resmi kurum tabiplikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi, SSK sağlık istasyonu ve dispanseridir. Birinci basamak özel sağlık kuruluşları; “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel polikliniklerdir.
- İkinci basamak resmi sağlık kurumları; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri, SSK hastaneleri ve diğer resmi kurum hastaneleridir. İkinci basamak özel sağlık kuruluşları; Özel Hastaneler Yönetmeliği’ne göre ruhsat almış özel hastaneler ile “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleridir.
- Üçüncü basamak sağlık kurumları; eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleridir.”

#### **1.2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Kurumları**

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin düzenleyicisi Sağlık Bakanlığı’dır. Birinci basamak sağlık hizmetleri; çeşitli yapısal elemanları bir arada tutan bir sistemdir. Bu yapısal elemanlar; ekonomik durum, düzen, insan ve malzeme kaynaklarıdır. Bazı kaynaklara göre yapısal elemanlar yönetim, ekonomik durum, hizmet sunumu, işgücü, tedavinin devamlılığı, koordinasyon, kapsamlılık, kalite, etkinlik ve sağlık hakkıdır (Boerma ve diğerleri, 2010: 1).

Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların ilk başvuru yaptıkları merkezlerdir. Kapsayıcı bir yapıya sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bölümler arası koordinasyon mutlaka kurulmalı ve bütüncül bir sağlık hizmeti sunulmalıdır (Starfield, 2003: 19). Bu kapsamda birinci basamak sağlık hizmetleri aşağıdaki avantajları sunmaktadır:

- Hekim başına düşen hasta sayısını göz önüne bulundurarak, hastaya ayrılan sürenin daha uzun tutulmasını sağlamaktadır (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2010: 6).
- Toplumsal eşitsizliğin en derin olduğu alanlarda bile yaygın ve eşitlikçi sağlık hizmetleri sunmaktadır (Starfield, 2003: 20).
- Birinci basamak sağlık hizmetleri, klinik kararları bireyin içinde olduğu toplum ve çevre ile ilgili bilgileri kullanarak, hastalık odaklı değil sağlığa odaklı bir bakış açısına sahiptir (Starfield, 1998: 12).
- Hastalar uzmanlık hizmetlerine ulaşmak için ilk olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine başvururlar. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin, hastaların diğer sağlık sistemi aşamalarını kullanımını kontrol etmesi “kapı tutuculuk (gatekeeping)” olarak isimlendirilir. Kapı tutuculuk, uzmanlık hekimlerinin ve hizmetlerinin çok fazla kullanımını, hastanede yatış süresini ve ilaç kullanımını azaltmak gibi çok sayıda avantaj sunmaktadır (Georgieva ve diğerleri, 2007: 18).
- Birinci basamak sağlık kurumları ile bireyler arasındaki ilişki sağlık sorunundan bağımsız ve uzun süreli bir ilişkidir. Toplum için süreklilik, düzenli alınan birinci basamak sağlık hizmetlerini içermektedir. Hekim açısından süreklilik ise hizmeti sunduğu bireyleri tanıma, ihtiyaçlarını belirleme ve ihtiyaçlarının temin edilip edilmediğini takip etme düzeyini belirtmektedir (Starfield, 1998: 22).
- Birinci basamakta sağlık hizmeti sunan ekibin sosyal, psikolojik ve tıbbi bilgi ve becerilerinin sunumu sonucunda hastalara uygulanan hizmetin genişletilmesini, ortaya çıkan sorunların kapsayıcı bir bakış açısı ile değerlendirilmesini, hastane sevklerinin azalmasını, tedavinin kesintisizliğini ve tekrarın önüne geçilmesini, entegre hizmet sunumunu ve maliyetlerin düşürülmesini sağlamaktadır (Öcek ve Soyer, 2007: 16).

Ülkemizde 2003 yılında uygulamaya konulan SDP ile kademeli olarak sağlık reformları uygulanmaya başlanmıştır. Bu programın 3 temel hedefi ve nihai gerçekleştirme tarihleri aşağıda ki gibi sıralanmıştır (Akman, 2014: 71):

- Genel Sağlık Sigortası Uygulaması: Bu kapsamda Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, 2006 yılında kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında toplanmıştır.
- Topluma yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği uygulamasının tüm ülkede yaygınlaştırılması: 2010 yılında tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.
- Hastanelerin finansal ve yönetsel otonomiye kavuşturulması: bu amaçla 663 Sayılı KHK’ya göre 2 Kasım 2011 tarihinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurulmuştur.
- 2017 yılında 694 Sayılı KHK ile “663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK’da değişiklik yapılarak bakanlık ve bağlı kuruluşların teşkilat yapısı yeniden düzenlenmiştir. Kamu hastaneleri ve halk sağlığı kurumları tekrar İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlanarak sağlıkta tek çatıya geçilmiştir (SB, 2017).

SDP ile birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılırken beraberinde tüm toplum kesimini sağlık sigortası şemsiyesi altında toplamak amacıyla Genel Sağlık Sigortası Uygulaması’nı da beraberinde getirmiştir.

Birinci basamak sağlık kurumlarını; Aile Hekimliği Merkezleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturmaktadır.

#### **1.2.2.1.1. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)**

Aile hekimliğine olan ihtiyaç ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Tıp biliminde süreç içinde yaşanan uzmanlaşma sonucunda hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalının gerekli olduğunu savunmuştur. Peabody’nin bu görüşü kabul görmüş ve İngiltere’de 1952 yılında “Genel Pretisyenlik Kraliyet Koleji (Royal College of General



Practitioners)” kurulmuştur. 1962 yılında Amerika’da “Amerikan Tıp Birliği Mille Raporu” ve “Willard Raporu” yayınlanarak birincil bakım konusunda yeni bir uzmanlık dalı olarak aile hekimliği tanımlanmıştır (Tengilimoğlu, 2014: 163). Aile Hekimliği Uzmanlığı’nın kabul görmüş ilk tanımı 1974 yılında Hollanda’da yapılan Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi toplantısında “*birinci basamak hekimliği insanı, organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı*” olarak tanımlamıştır (Dikici ve diğerleri, 2007: 412). Bu sistemde hastanın hekimi seçme özgürlüğü yanı sıra hekiminde hasta seçme özgürlüğü bulunmaktadır. Dal uzmanı statüsü ile aile hekimliğinin statüsünün devlet tarafından aynı kabul görmesi aile hekimliği mesleğine saygınlık kazandırmıştır. Bu gelişmeler dünyada da yankı bulmuş, Portekiz ve Küba’da aile hekimliği uygulamaları başlamıştır (Kaçal, 2015: 59). World Organization of Family Doctors (WONCA) tarafından 2002 yılında yapılan tanıma göre; “aile hekimleri, aile hekimliği disiplini ilkelerine göre eğitim almış olan ve kendi sağlık sistemi içinde genel tıp kurallarını uygulayan hekimler”dir. ASM’lerin öncelikleri; hastaların yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız olarak kişilerin ihtiyaçları doğrultusunda kapsamlı sağlık hizmeti sunmalarıdır (Kidd, 2002). Ülkemizde de, dünyadaki bu uygulama kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması, hastanın ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetleri verilmesi ve bu hizmetlerin eşit olarak dağıtılması amacıyla 2005 yılında aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır.

Aile Hekimliği disiplin ilkeleri aşağıda sıralanmıştır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 164):

- Kişilere uygulanan hizmeti koordine etmek, birinci basamakta sağlık çalışanları ile beraber çalışmak, gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk görevi ile diğer uzmanların sunduğu hizmetler ile teması yönetmek suretiyle sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar.
- Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutları ile ele alır.
- Yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunları ile ilgilenir.
- Uygun ve etkili müdahalede bulunarak sağlık ve iyilik durumunu destekler.

- Hastaların hem akut hem de kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
- Doktor ve hasta arasında etkili bir iletişim süreci geliştirmek suretiyle zaman içinde kendine özgü bir danışma süreci oluşturur.
- Bireyin kendi ailesi ve yaşadığı toplumu odak noktası olarak kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- Hastanın ihtiyacının ne olduğuna karar vermek suretiyle bakımın sürekliliğini sağlar.
- Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluğu bulunmakta olup uygun ve etkili müdahalede bulunarak sağlık ve iyilik durumunu destekler.
- Toplumda görülen hastalıkların insidans ve prevalans hızlarının belirlenmesine katkı sağlar.

Aile Hekimliği kayıtları sağlık alanında çok önemli veri kaynaklarını oluşturmaktadır. Aile hekimliği hastaların uygun basamaklarda tedavi görmelerini ve kişinin gerektiğinde doğru uzmanlık alanına sevk edilmesini, böylece maliyeti yüksek olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin daha uygun ve ekonomik şekilde kullanımını sağlar. Ayrıca aile hekimliğinin veri tabanında bulunan kayıtlar ikinci ve üçüncü basamaktaki yığılmayı, hasta mağduriyetini ve yanlış yönlendirilmeyi önleyebilir.

#### **1.2.2.1.2. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri (AÇSAP)**

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, kendi hizmet bölgelerindeki bireylere aile planlaması ve anne çocuk sağlığı konusunda eğitim ve sağlık hizmetleri sunulması ile görevlendirilmiş sağlık kuruluşlarıdır. 06.02.1997 tarih ve 22900 nolu Resmi Gazete’de yayımlanan “Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği” madde 1’e göre; bu merkezlerin kuruluş amacı aşağıda görüldüğü gibi açıklanmıştır (SB, 2016):

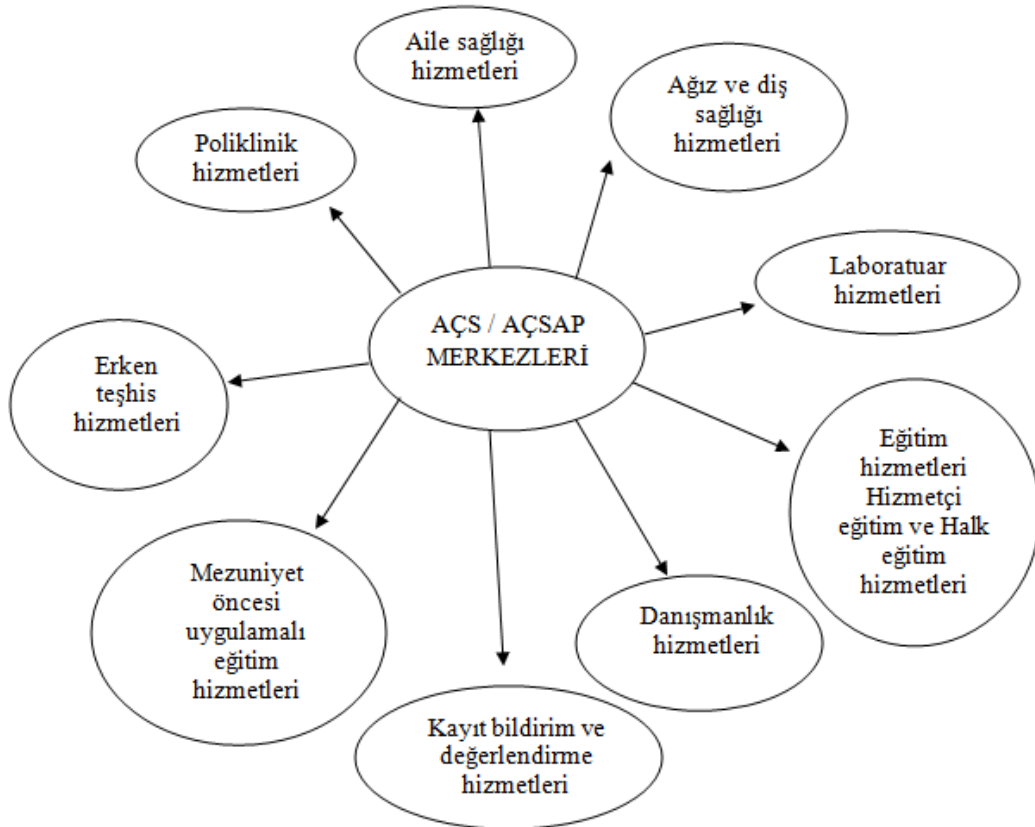
- Sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan kişilerden en öncelikli kesimi oluşturan kadın, anne ve çocukların sağlık düzeyini yükseltmek,
- Üreme sağlığı hizmetleri bütünü içerisinde ailelere aile planlaması hizmetlerini gerçekleştirmek,

- Hizmet sunan diğer kurumlar ile işbirliği içinde ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumunu koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun şekilde gerçekleştirmektedir.

AÇSAP yönetmeliğine göre; merkezlerin kurulmasında, ana ve çocuk sağlığı ve üreme sağlığı (aile planlaması dâhil) hizmetleri yeterince verilemeyen ve birinci basamak sağlık kurumları eksik olan bölgelere öncelik verilecektir. Ayrıca il merkezlerinde her 100.000 nüfusa bir adet, merkezi yerleşim nüfusu en az 30.000 olan ilçe merkezlerinde de bir adet olmak üzere Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) Merkezleri kurulabilecektir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 166).

AÇS/AÇSAP Merkezleri'nde ücretsiz olarak verilecek hizmetler (madde 13) aşağıdaki şekilde belirtilmiştir:

**Şekil 1 : AÇS / AÇSAP Merkezleri'nde Verilen Ücretsiz Hizmetler**



**Kaynak :** (SB, 2016)

### 1.2.2.1.3. Verem Savaş Dispanserleri

İlk olarak 11.04.1949 yılında kurulan Verem Savaş Dispanserleri, 5368 sayılı Kanun ile düzenlenmiştir. Bu kanuna göre; Sağlık Bakanlığı'na gerekli görülecek yerlerde verem savaş teşkilatı kurulur. Bakanlığın bu amaçla çıkarttığı "Verem Savaşı Hakkında Kanun" a göre (madde 1); "*SB, gerekli verem senatoryumlarını, hastanelerini, prevantoryumlarını ve dispanserlerini veya bu bölgelerde mevcut hastanelere ek olarak verem pavyonlarını yaptırmak, kiralamak, kamulaştırmak veya satın almak suretiyle tesis ve teçhiz ederek faaliyete geçirir ve bunlar için her türlü taşıt araçlarıyla seyyar ve sabit röntgen cihazlarını satın alır.*" (SB, 1949).

Verem Savaş Daire Başkanlığı tüberküloz yoklamasının merkez ünitesidir. Sağlık Müdürlüğü ile Verem Savaş İl Koordinatörü ara birimidir. Uç birimi ise Verem Savaş Dispanserleri (VSD)'dir (Özkara ve diğerleri, 2003: 83).

VSD'lerin görevleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Özkara ve diğerleri, 2003: 83):

- Hastanelerden, sağlık ocaklarından, diğer sağlık kuruluşlarından ve tarama ekiplerinden gönderilen hastaların, şüpheli ve semptomlu vakaların klinik muayenelerini ve tedavilerini yapmak,
- Tüberküloz teşhis, tedavi ve takibin yanı sıra bağışıklık hizmetlerini ücretsiz olarak yürütmek,
- Sağlık ocakları tarafından tedavileri takip edilen hastaların aralıklarla kontrollerini yapıp gerektiğinde ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yollamak,
- Bölgesinde sağlık ocaklarına verem aşısı yapılması konusunda eğitim verilmesini sağlamak,
- Veremin toplum içinde ki oranını azaltmak için gönüllülerin hasta takip ve tedavisinde rol oynamasını sağlamak,
- VSD'nin bulunduğu bölgede ki sağlık ocaklarına her ay veremli hastaların isimlerini ve tedavi şemalarını bildirmek,
- Verem tanısı yapıp tedavi kurumlarından çıkan hastaları, izleme ve hastane sonrası tedavilerini sağlamaktır.

#### **1.2.2.1.4. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)**

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'lerin kuruluş amacı; toplumun kanser ve kanserde erken teşhis ile taramanın önemini, gerekli eğitimleri vererek artırmak, erken teşhis ve toplum tabanlı tarama faaliyetlerini yürütmek, bulunduğu ilde kanser kontrolünü etkinleştirmek, bu faaliyetlerin sonucunda önlenebilir ve erken teşhis yapılabilen kanserlerin morbidite ve mortalitesini azaltmaktır (KETEM, 2013).

KETEM'lerin amaçları, toplumda kanser konusunda farkındalık yaratmak, birebir eğitimler ile bireylere korunma yöntemlerini anlatmak, tarama programlarından haberdar etmek ve taramaları gerçekleştirmektir.

KETEM, hastanelere entegre olarak kurulmasının yanı sıra özel kurumlarca da kurulabilir. Eğitim almış hekimlerden biri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere bağlı olan merkezlerde başhekimlik, diğer merkezlerde ise yetkililer tarafından merkez sorumlusu olarak görevlendirilir. KETEM madde 6'ya göre; merkez en az 3 muayene odası, kayıt arşiv ve personel odaları, mamografi, ultrasonografi, laboratuvar ve bekleme salonundan oluşur. Tarama kapsamında yürütülen hizmetlerin tamamı ücretsizdir. (SB, 2000)

KETEM sayısı 2009 yılında 88'e çıkartılmıştır. 2009 tarihinde İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı olarak faaliyet gösteren 34 Kadın Sağlığı Merkezlerinin ve ASM'nin Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi olarak faaliyet göstermesi sağlanarak toplam sayı 122'ye, 2014 yılında 132'ye, 2016 yılında ise 159'a ulaşmıştır (SB, 2017).

#### **1.2.2.1.5. Toplum Sağlığı Merkezi**

Toplum Sağlığı Merkezleri (Madde 4); bölgesinde yaşayan insanların sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlık ile ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili önleyici ve düzeltici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kontrol eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, denetleyen, destekleyen bununla birlikte bölgesindeki sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon sağlayan sağlık kuruluşlarıdır (SB, 2015).

Toplum Sağlığı Merkezleri, her yıl belirli donemlerde halk eğitim programları duzenlemektedir. Her ay yeni tedaviye başlanan, tedavide olan, tedavisi biten, ilaçsız kontrole ayrılan ve veremli hastaların temashılarından kontrole ihtiyaç olanları, kişinin aile hekimine bildirir ve aile hekimleriyle koordinasyon halinde bu hizmetlerin yurutulmesini sağlar (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 167).

**Tablo 3:** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarının Yıllara Gore Dağılımı

	2002	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aile Hekimliği Birimi	-	20.216	20.811	21.175	21.384	21.696	24.428
Aile Sağlığı Merkezi	-	6.520	6.660	6.756	6.829	6.902	7.636
Toplum Sağlığı Merkezi	-	957	957	971	970	970	970
Verem Savaş Dispanseri	277	194	179	177	179	181	180
KETEM	84	124	124	134	132	156	159

**Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017)

#### 1.2.2.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları

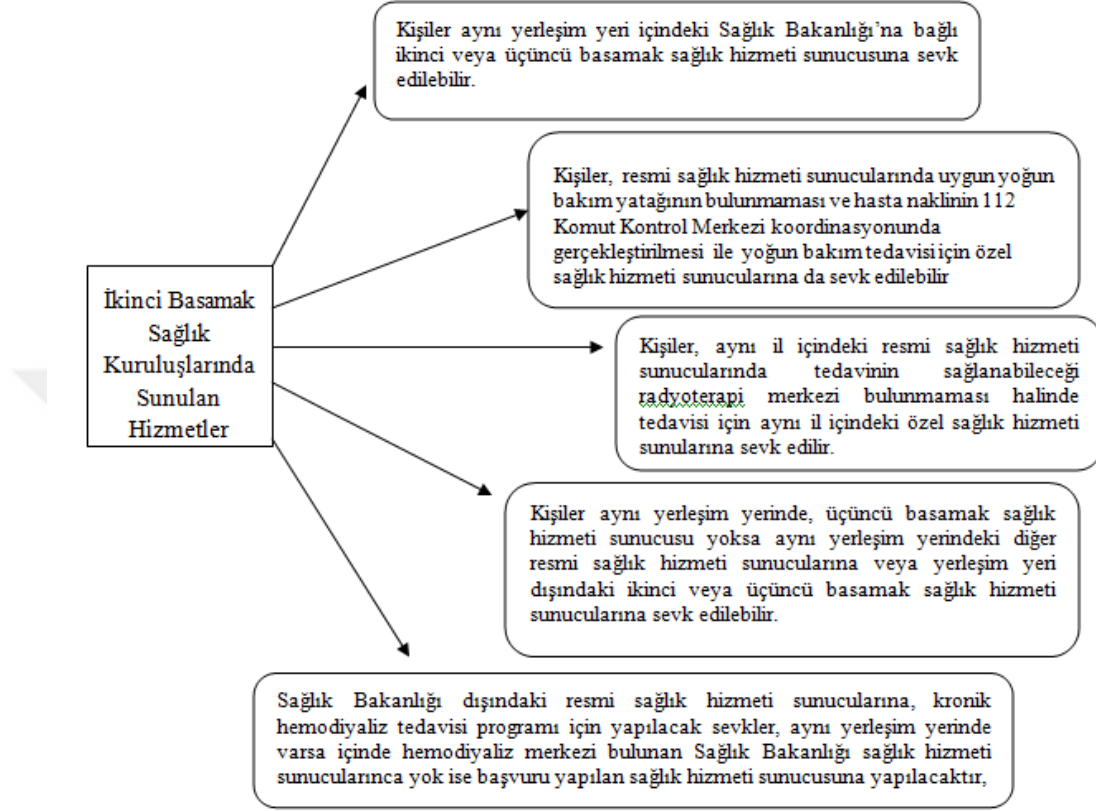
Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'nde ikinci basamak resmi sağlık kuruluşları; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet ve dal hastaneleri, bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve İstanbul Valiliği Darulaceze Muessesesi Mudurluğu Hastanesi'nden oluşmaktadır (Bener ve diğerleri, 2014: 10).

İkinci basamak tedavi hizmetleri, birinci basamakta tedavi edilemeyip sevk edilen hastalara uygulanmaktadır. Belirli dallarda uzmanlaşmış hekimlerin gorev yaptığı, teknik donanımlı yataklı veya yataksız kamuya ait sağlık kuruluşlarıdır.

İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunan kurumlarda yapılan muayeneler için katılım payı alınmaktadır. Katılım payı; SGK'dan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yukumlu oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için eczaneler tarafından kurum adına kişilerden tahsil edilir (SGK, 2006).

İkinci basamak sağlık hizmetleri kurumlarınca sunulan hizmetler aşağıda şekil: 2’de belirtilmiştir:

Şekil 2: İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Sunulan Hizmetler



Kaynak: (SGK, 2016: 7)

### 1.2.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları

Sağlık Uygulama Tebliği'nce üçüncü basamak sağlık kuruluşları; Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak belirlenmiştir (Bener ve diğerleri, 2014: 10).

Üçüncü basamak sağlık kuruluşları; 17 Ağustos 2016 tarihinde yayınlanan 29804 sayılı Resmi Gazete'de Sağlık Bakanlığı ile Milli Savunma Bakanlığı'nın

ortak hazırladığı 670 sayılı KHK'ya göre; aşağıdaki kurumlar T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne devredilmiştir.

- Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA)
- Hemşirelik Yüksekokulu
- Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu
- Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Aynı kararname ile aşağıdaki kurumlar Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir:

- Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) Rehabilitasyon Bakım Merkezi Başkanlığı
- GATA Ankara ve Haydarpaşa Eğitim Hastaneleri dahil tüm asker hastaneleri, poliklinikler ve sağlık merkezleri

Üçüncü basamakta yer alan sağlık kuruluşları aşağıdaki hizmetleri yerine getirmektedirler (SGK, 2016):

- Aynı yerleşim yeri içindeki Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilebilen hastalara, gerekli sağlık hizmetlerinin sunulması,
- Hastaların uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komut Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi ile yoğun bakım tedavisi için özel sağlık hizmeti sunucularına sevk edilmesi,
- Aynı il içindeki resmi sağlık hizmeti sunucularında tedavinin yapılacağı radyoterapi merkezi bulunmaması halinde aynı il içindeki özel sağlık hizmeti sunucularına sevk edilmesi,
- Kronik hemodiyaliz tedavisi programı için Sağlık Bakanlığı dışındaki resmi sağlık hizmeti sunucularına yapılacak sevklerin, aynı yerleşim yerinde varsa içinde hemodiyaliz merkezi bulunan Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularınca yok ise başvuru yapılan sağlık hizmeti sunucusunca yapılması.

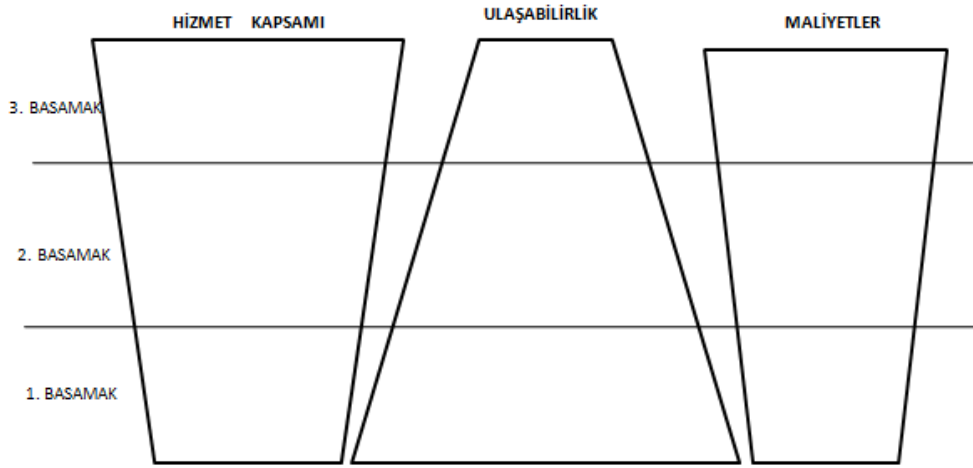
Sonuç olarak; birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan hizmetler, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlere göre daha dar kapsamlıdır. Birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmetleri



ulaşılabilirliği açısından ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetlerine göre her zaman daha avantajlıdır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetleri tedavide yoğun bilgi ve tıbbi teknoloji gerektirdiği için maliyetleri daha yüksektir.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetlerinin özellikleri; hizmet, maliyet ve ulaşılabilirlik açısından Şekil 3’de karşılaştırılmalı olarak gösterilmiştir.

**Şekil 3:** Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Hizmet, Ulaşılabilirlik ve Maliyetler Açısından Değerlendirilmesi



**Kaynak:** (Kavuncubaşı, 2012: 41)

Birinci basamak sağlık kurumlarında çoğunluğu ASM’lerin ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları içinde çoğunluğu hastanelerin oluşturması nedeniyle araştırmada ASM’ler ve hastaneler, özellikleri ve işlevleri açısından daha detaylı olarak incelenmiştir.

### **1.3. AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ (ASM) ÖZELLİKLERİ VE İŞLEVLERİ**

#### **1.3.1. ASM’lerin Kuruluş Amacı ve Özellikleri**

Günümüzde tıptaki gelişmeler doğrultusunda birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmetlerinin bu alanda uzmanlığını almış doktorlar

tarafından verilmesi ihtiyacını karşılamak üzere 1970 yıllarından başlayarak aile hekimliği ayrı bir tıp disiplini olarak gelişmiştir (TAHUD, 2002). ASM, bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanları tarafından aile hekimliği hizmetinin sunulduğu sağlık kuruluşudur. Maliyetlerin azalması ve hekimlere çalışma süresinde esneklik sağlanması açısından birkaç hekimin yeterli sayıda aile sağlığı elemanı ile birlikte görev yaptığı ASM'ler ulaşımın elverdiği ve nüfusun uygun olduğu yerlerde kurulabilir (SB, 2016).

Ülkemizde de uzun bir süredir sağlık finansmanı ve sağlık hizmeti sunumuyla ilgili reform çalışmaları başlatılmış ve SDP uygulamaya konulmuştur. Bu programın önemli bir bileşeni, birinci basamakta ASM'lerin kurulması ve aile hekimliği uygulamasının başlatılmasıdır (Starfield ve diğerleri, 2005: 457). Bu uygulama doğrultusunda birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçlarına göre koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık verilerinin kayıt altına alınması ve herkesin bu hizmetlere eşit şekilde erişimlerinin sağlanması amaçlanmıştır (Kidd, 2002: 120). ASM'ler, birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmeti sunumunda birçok ülkede uygulanmakta ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Ülkemizde de SDP ile ASM'lerinin kurulması ile birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılmıştır.

ASM'lerin kuruluş amaçlarından biri hastaların en uygun sağlık hizmeti basamağında hizmet alabilmesidir. Sağlık hizmetlerinde etkinliğin, verimliliğin ve ekonomikliğin sağlanmasında bu açıdan ASM'ler önemli bir görevi yerine getirmektedir (Atadağ ve diğerleri, 2016: 141). Toplum Sağlığı Merkezleri'ne bağlı ASM'lerde aile hekimleri görev yapmaktadır. Aile hekimlerinin kurumca belirlenen esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda sıralanmıştır (SB, 2013):

- ASM'lere kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunarlar.
- Bulunduğu bölgedeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar.
- ASM'lere kayıtlı kişilerin ilk değerlendirilmesinin yapılması için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunulur veya iletişime geçerler.

- Toplum ve çevre sağlığı ile ilgili konularda, bölgesinde bulunan toplum sağlığı merkezine başvurur.
- Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri sunar.
- ASM'ler bünyesinde kayıtlı olan kişilere rehberlik ve periyodik sağlık muayenesini yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini sunar.
- Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere özel sağlık hizmetleri sunar.
- ASM şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk eder.
- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar.
- Verilen hizmetlerin kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimler yapar.
- ASM'ler kişileri yılda en az bir kez kontrol ederek kayıtlarını günceller.
- Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiği zamanlarda hastayı gözlem amaçlı yatırarak tedavi eder.

ASM'lerde, yukarıda belirtilen hizmetlerin yerine getirilebilmesi için tıbbi kayıtları korumak ve bu kayıtları toplamak için etkili bir sistem kurulmalıdır. Bu amaçla hastaların telefon veya diğer iletişim araçları ile ulaşabildiği düzgün ve erişilebilir bir yapıya sahip olmalıdır. Her türlü konularla baş edebilen ve sorunları çözebilen, profesyonel, sistematik bir yolla hastaları bakım sürecine sokan ve iletişim kurmayı sağlayan ASM'lerde, hekimin zamanını verimli bir şekilde kullanabilmesi için hastalar tarafından kolayca ulaşılabilen randevu programları oluşturulmalıdır (Jones, 2005: 441).

ASM'ler aşağıdaki özellikleri taşımalıdır (SB, 2016):

- ASM binaları, kolay ulaşılabilir, uygun ısıtma ve havalandırma imkânlarına sahip olmalıdır.
- Tek bir aile hekiminin çalıştığı binalar 60 metrekare olmalıdır, birden fazla aile hekiminin birlikte çalışması durumunda her aile hekimi için 20 metrekare ilave edilir.

- Bir ASM’de 2-6 aile hekimliği birimi olmasına dikkat edilmelidir.
- Muayene odası her bir aile hekimi için en az 10 metrekare olmalıdır.
- Laboratuvar hizmetlerinin aile hekimince merkezde sunulması planlanıyorsa ayrı bir oda ayılmalıdır.
- ASM’ler; özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki hastalar için giriş katında bulunmalıdır.

ASM’ler kendilerine başvuran hastanın her türlü sağlık sorununu ele alan kurumlardır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetlerini aşan sorunlar için hastalara danışmanlık hizmeti sunarlar. Hastalığın durumuna göre gerekirse ilgili birimlere sevk ederek koordinatör görevini üstlenirler. Hastanın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk gerektiğinde sağlık bilgileri ile birlikte doğru uzmanlık dalına ve doğru sağlık merkezine gitmesini sağlarlar. Böylece ASM’ler, yüksek maliyetli ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanılmasını sağlarlar. Bu anlamda “kapıtutuculuk (gatekeeper)” görevi ASM’lerin önemli görevlerinden birisidir (Gross ve diğerleri, 2000: 222). Kapıtutuculuk, sağlık hizmetlerinin maliyetini sınırlamasında ve sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılmasında çok etkin bir yol olarak görülmektedir (Öcek ve diğerleri, 2006: 144). ASM’lere başvuran hastaların sorunları çözülünce, hastaların acil servisi kullanma, hastaneye yatışları azalacak ve sonuçta ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetlerinin maliyeti düşecektir (Starfield ve diğerleri, 2005: 453).

### 1.3.2. ASM’lerin Disiplinleri ve İşlevleri

ASM’lerde “Aile Sağlığı Merkezi Disiplinini” açıklayan 6 temel özellik bulunmaktadır (Akdeniz ve diğerleri, 2010: 17):

- (1) **Birincil Bakımın Yönetimi:** “Birincil Bakım” kavramı ilk olarak İngiltere’de 1920 yılında Dawson Raporu’nda yer almıştır. Birincil bakım, “bireysel sağlık bakım ihtiyaçlarının tamamına yakınına belirleyen, hastalarla devamlı bir ortaklık sürdüren, aile ve toplum bazında bunu uygulayan sorumlu hekimler tarafından uyumlu, ulaşılabilir sağlık bakımı hizmetlerinin sunulmasıdır (Green

ve diğeri, 2003: 3). Birincil bakımın dört temel özelliği bulunmaktadır (WHO, 1979).

- Gereksinim duyan kişiler için ilk erişim durağıdır.
- Hastalık odaklı değil bakım odaklı, uzun süreli ilişkiler kurulur.
- Her çeşit sağlık ihtiyacı için kapsamlı bakım söz konusudur.
- Bakım eşgüdömlü olarak sunulur.

Birinci basamak sağlık kurumlarına ait bakım hizmetlerinin sunumunda en uygun olanı bu hizmetin ekip halinde yerine getirilmesidir. Bu ekip içinde aile hekimleri, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları ve asistanlar yer alır. Birincil bakım; hastaların sağlık sorunlarını bütünüyle ele alan, herhangi bir sevke ihtiyaç duyulmadan çözülebilmesi için başvuru, karmaşık sağlık hizmetleri sunan hastaneler için rehberlik oluşturan, hasta, ailesi ve toplum arasındaki köprüyü kuran ilk sağlık hizmeti basamağıdır (Akdeniz ve diğeri, 2010: 19).

Farklı disiplinlerden çok sayıda araştırmacı birincil bakımın etkilerini değerlendirmiş ve aşığıdaki sonuçlara ulaşmıştır (Starfield ve diğeri, 2005: 459):

- Birinci basamak sağlık kurumu olan ASM'lere başvuran hastalar, daha ciddi problemler ortaya çıkmadan tedaviye odaklanmaktadır.
- Sunulan sağlık hizmetiyle tedaviye ulaşan hastaların acil servisi kullanma ve hastanelere sevk ve yatışlarında azalma olduğu görölmüştür.
- Aile hekimleri daha az test yapıp daha düşük maliyetle tedavi hizmeti sunabilmektedir.
- Maddi zorluğa sahip hastaların birincil bakıma ulaşmaları daha kolay olduğu için mortalite oranları daha az olmakta ve daha fazla koruyucu hizmeti alabilmelerine olanak sağlamaktadır.

**(2) Kişi Merkezli Bakım:** Kişi merkezli bakım; hekim-hasta ilişkisi, hasta ve hastanın yaşadığı ortamın merkezi olması, hastayla ortak karar verme ve süreklilik olmak üzere dört temel yeterlilik sunmalıdır. Kişi merkezli bakım sağlam hasta-hekim ilişkisine dayanır. Hasta ve hekim arasındaki ilişkinin kalitesi, kişinin özgül tedavisinden daha etkili olabilir. Kişi merkezli bakımla, sunulan hizmetin kalitesi artmaktadır. Bu kapsamda tanısıl test uygulama oranı ve hastanelere sevk oranlarında azalma görölr. Birinci basamak sağlık

kurumlarında hasta ve hekim arasında ki ilişkilerin evreleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Himmel ve diğerleri, 2003: 228):

- İlişki kurma
- Hastanın başvuru nedenini ortaya çıkarma
- Tanı koymak için yapılan girişimler
- Tanı koyulan hastanın tedavisini belirleme
- Basamaklandırılmış sağlık hizmeti sunumu ve uzman desteği
- Sonuçların değerlendirilmesi
- Tedavinin sonlandırılması ve gözlem

**(3) Özgün Sorun Çözme Becerileri:** Özgün problem çözme becerileri aşağıdaki durumları kapsamaktadır (Ungan ve Özdemir, 46):

- Tanı ve tedavileri verimli bir şekilde kullanmak
- Karar verme sürecinde hastalıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişki oluşturabilmek
- Hastanın öyküsünü alma, laboratuvar sonuçlarını inceleme ve yorumlama sürecinde hastayla işbirliği içinde olmak
- Gereken durumlarda acil müdahalede bulunmak

Birinci basamak sağlık kurumları olan ASM'lerde sağlık hizmeti sunan hekimler hastanın öyküsünü alma, fiziki muayene ve hastadan alınan bilgiler doğrultusunda hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı çizmektedir. Hastanın şikâyetlerinin bütüncül bir yaklaşımla kişisel, ailesel veya toplumsal olup olmadığını incelemekte ve ihtiyaç gördüğü zamanlarda acil müdahalede bulunarak tanısal ve tedavisel girişimleri etkin bir şekilde sonuçlandırmaktadır (Akdeniz ve diğerleri, 2010: 23).

**(4) Kapsamlı Bakım:** Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (AAFP) kapsamlı bakımı: “Sürekli kapsamlı bakım hizmet uygulaması, bir hastanın birden fazla fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarını aile, yaşam olayları ve çevre ilişkisi içinde belli bir sürede eşzamanlı olarak önleme ve yönetmedir” olarak tanımlamaktadır (Ungan ve Özdemir, 34). Aile hekimleri hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını bütün bir şekilde bedensel, ruhsal ve sosyal durumlarıyla ilişkilendirerek ele alırlar. Hastanın ihtiyaçlarının dikkate alındığı süreçte periyodik sağlık muayenelerini yapmakta, erken tanı ve tedavi uygulamaktadırlar.

Bu kapsamda sağlıklı yaşamlarını sürdürebilmeleri için danışmanlık hizmeti verirler.

**(5) Toplum Yönelimli Olma:** Altı çekirdek yeterlilikten biri olan toplum yönelimli olma, toplum sağlığından sorumlu olmayı içermektedir. Aile hekimleri toplumu değerlendirme sürecinin bir aşaması olarak sağlık ve hastalıkların toplumsal özelliklerini incelemektedir. Toplumdaki sağlık sorunlarına dair ne kadar çok bilgi sahibi olunursa toplumu değerlendirmede o ölçüde iyileştirilebilmektedir. Birinci basamak sağlık kurumlarındaki mevcut kaynakların, toplum sağlığı gereksinimlerine göre kullanılması bazı sorunlara yol açabilmektedir. Tedavi için başvuran hastaların kişisel çıkarları toplum ile zıt düşebilmekte, etik sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle yönetim sürecine dikkat edilmesi gerekmektedir (Mola ve diğerleri, 2011: 9). Yerel toplumun, toplum liderlerinin (öğretmen, muhtar, imam vb.) ve gönüllülerin işbirliğiyle toplum yönelimli bakım daha etkin hale gelmektedir (Akman, 2014: 72). Toplum yönelimli bakımın basamakları aşağıda sıralanmıştır (Saultz, 2000: 84) :

- Toplumunu tanımak ve özelliklerini belirlemek
- Toplumda bulunan sağlık problemlerini tanımlamak
- ASM'lerdeki kaynakların öncelikli olan ve sık görülen sağlık problemine doğru yönlendirilmek
- Uygulanan programların toplum üzerindeki etkisini gözlemlemek ve ihtiyaçları karşılamak için gerekli değişimleri yapabilmek

Toplum yönelimli bakım bazı zorluklar içermektedir. Gervtis ve diğerleri yaptığı çalışmada bu zorlukları devlet desteğinin yetersiz, sağlık politikalarının etkisiz, motivasyonun düşük ve hekimlerin toplum yönelimli bakıma ilgilerinin az olması olarak belirtmiştir (Gervtis ve Anderson, 2014: 385).

**(6) Bütüncül (Holistik) Yaklaşım:** Birinci basamak sağlık kurumları olan ASM'lerde bütüncül bakım hizmeti sunulmaktadır. Bu kapsamda hastaların sağlıkla ilgili bedensel, ruhsal ve toplumsal sorunları birlikte ele alınır ve değerlendirilir. Bu yaklaşımla hastanın bedensel ve ruhsal iyilik durumu daha iyi sürdürülmüş olur (Akdeniz ve diğerleri, 2010: 25). DSÖ'nün tanımlamasına göre; rahatsızlığı olan kişiler biyolojik, psikolojik ve toplumsal olarak

değerlendirildiğinde doğru tanı ve tedavi mümkün olmaktadır. Bu yaklaşım “Biyopsikososyal Yaklaşım” olarak adlandırılır. İlk kez Engel tarafından ortaya atılan bu yaklaşım kişiyi hasta ve çevresi olarak bir bütün kabul eder. Sağlık ve hastalık; biyolojik, psikolojik ve sosyal parametrelerin karmaşık ilişkisi ile şekillenmekte ve hiçbir değişken birbirinden ayrılarak kategorize edilememektedir (Engel, 1980: 535).

Sağlık hizmetlerinin herkese eşit, kaliteli ve ekonomik olarak sunulması, yaratılan kaynakların etkin kullanımı ile mümkündür. Bu bağlamda maliyet bilgileri; kaynak dağıtımında ne derece rasyonel olduğu ve kaynakların harcanmasında kurum amaçlarına ne ölçüde ulaşıldığı konusunda yararlı olmaktadır. Bu kapsamda sağlık yöneticilerinin karar alma, planlama ve denetleme fonksiyonlarını gerçekleştirmelerinde maliyet ve maliyet analizleri büyük ölçüde yarar sağlamaktadır (Varol ve Ağırbaş, 2005: 170).

Sağlık sistemi içinde hasta ve hasta tedavi yükünün birinci basamakta etkin bir şekilde verilmesi, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının daha kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine olanak sağlayacaktır (Atadağ ve diğerleri, 2016: 142).

#### **1.4. HASTANELERİN TANIMI, ÖZELLİKLERİ VE İŞLEVLERİ**

Günümüzde tıp teknolojisindeki gelişmeler ile birlikte sağlık kuruluşlarının önemi giderek artmış ve bu kuruluşlar ülkelerin sağlık harcamalarının önemli bir kısmını tüketen sosyo-ekonomik kuruluşlar haline gelmişlerdir (Menderes, 1995: 43).

##### **1.4.1. Hastanelerin Tanımı ve Özellikleri**

Hastaneler; sağlık şikâyetleri ile müracaat eden hastaların sağlıklı yaşamlarına kavuşabilmesi amacıyla teşhis ve tedavi hizmeti sunan işletmelerdir (Sevin, 2009). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY, 1983)’ ne göre; “*hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta ve yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan, gerekli sağlık koşullarını taşıyan*



*kuruluşlar” olarak tanımlanmaktadır. Buna ek olarak bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan uyumunun gerçekleşmesi için hasta bakımının yapıldığı yapılara da hastane adı verilmektedir (Fournier ve diğerleri, 2002: 17-18). Ağırbaş (2016: 16) ise, hastaneleri “ekonomik, verimli ve etkili olarak her türlü sağlık hizmetinin kesintisiz üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, karmaşık, pahalı ve kendine özgü özellikleri olan ve profesyonel yönetim gerektiren sosyal kurumlar” olarak tanımlamıştır.*

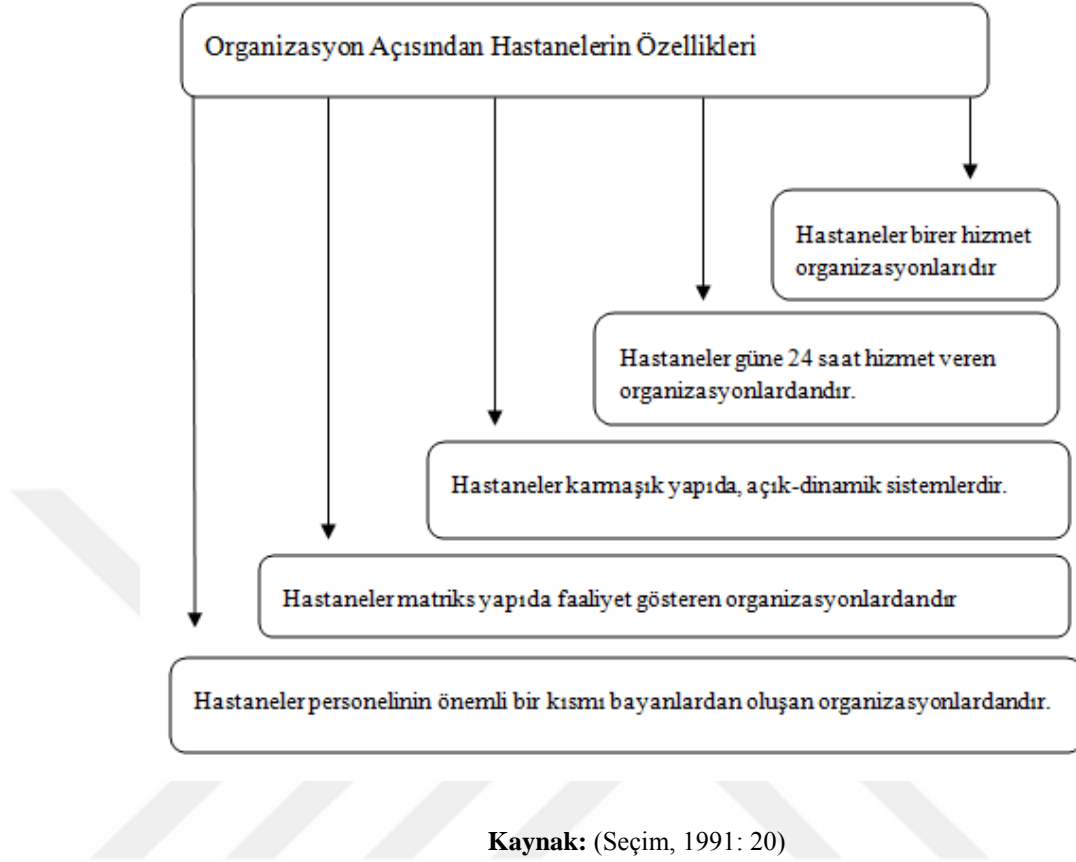
DSÖ tarafından hastaneler; müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetlerini sunan hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır (Savaş, 1992: 125).

Hastaneler, bireylerin sağlıklı yaşamlarına kavuşabilmesi amacıyla tedavi hizmetleri yanı sıra konaklama ve yiyecek hizmetleri de sunan işletmelerdir. Hastaneler, dinamik, değişken bir çevre içinde aldıkları girdileri, dönüştürme süreçlerinden geçirerek çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanelerin girdileri; insan gücü, hasta, malzeme, teknoloji, bilgi ve sermayedir. Çıktıları; hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimi, araştırma-geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık düzeyini yükseltilmesini sağlamaktır (Seçim, 1991: 6).

Hastanelerin araştırmaya dayalı üniversite ya da ihtisas hastanesi olması veya özel, kamu veya kar amacı gütmeyen üçüncü sektöre ait olması, hastanenin hizmet sunma stratejilerinde önceliklerini değiştirse bile yönetimde etkinlik sağlanması tüm hastaneler için ortak bir hedeftir. Hastaneler hizmet işletmeleri olmaları yanı sıra yönetim biliminin yöntemlerini de uygulamalıdır (Kurtulmuş, 1998: 232-233).

Organizasyon açısından hastanelerin özellikleri aşağıda Şekil: 4’de gösterilmektedir:

Şekil 4: Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri



Hizmet organizasyonu olma özelliğine sahip olan hastanelerin özellikleri ise şu şekilde sıralanmaktadır (Kömürcü, 2006: 40):

- Hastane işletmeleri, müşterilerin çıkarlarını gözeten ve faaliyetlerine bu amaçla yön veren organizasyonlardır.
- Hastane işletmeleri, hastaların tedavi görmeleri amacına yönelik çalışan organizasyonlardır.
- Hastane işletmeleri, kendilerine uygulanan tedaviyi kontrol etme imkânına sahip olmayan hastanın, tedavi süreci boyunca gözetilmesini ve tıbbi uygulamanın denetiminin yapılmasını sağlayan organizasyonlardır.

#### 1.4.2. Hastanelerin İşlevleri

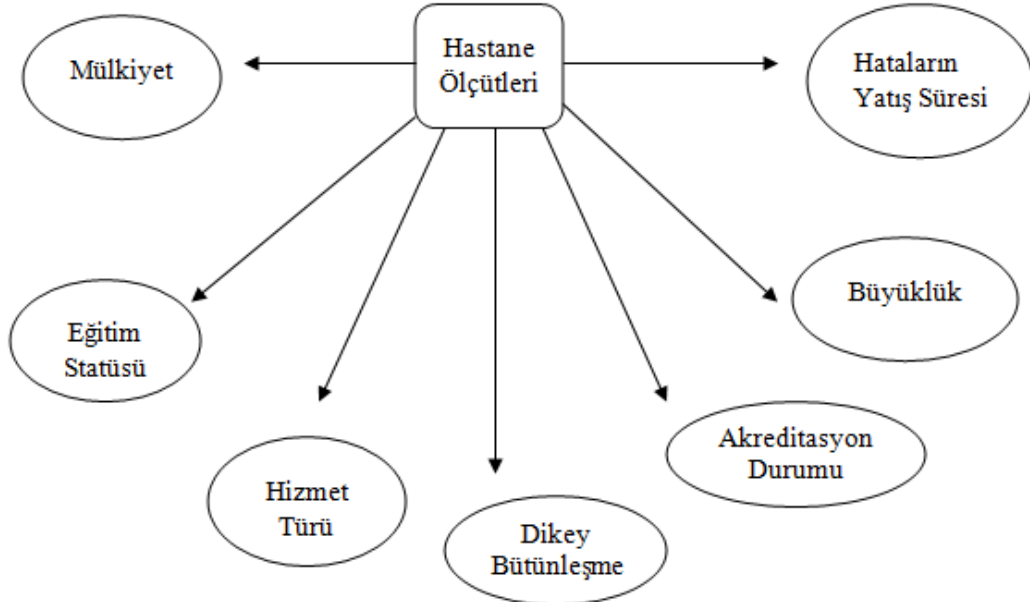
Amaç ve misyonlarına göre değişmekle beraber hastanelerin 4 temel işlevi bulunmaktadır (Seçim, 1991: 7-9; Carson ve diğerleri, 1995: 93; Ak, 1990: 74-76; Özalp ve Akar, 1999: 58):

- Tedavi Hizmetleri; hasta ve yaralıları ayaktan ve yatış yoluyla tanı ve tedavi hizmetleri sağlayan sağlık kurumlarının en temel ve en eski işlevidir.
- Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri; hastanelerin hasta ve tedavisinin yanında sağladığı hizmetlerdendir. Sağlam çocuk birimleri, sigara bırakma, dengeli beslenme, gebe ve bebek bakım seansları bu hizmetlere örnek olarak verilebilir.
- Eğitim; hasta ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin eğitimi, hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir.
- Araştırmalar tıp bilimleri alanında yapılmasının yanı sıra hastaneler bu araştırmalara destekleyici olmaktadır.

### 1.4.3. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler çeşitli ölçütlere göre sınıflandırılabilir. Bu ölçütlerin en temel olanları aşağıda verilmektedir:

Şekil 5: Temel Hastane Ölçütleri



**Kaynak:** (Carson ve diğerleri, 1995: 92-93; Seçim, 1991: 92-93; Darr ve Longest, 1996: 41-43)

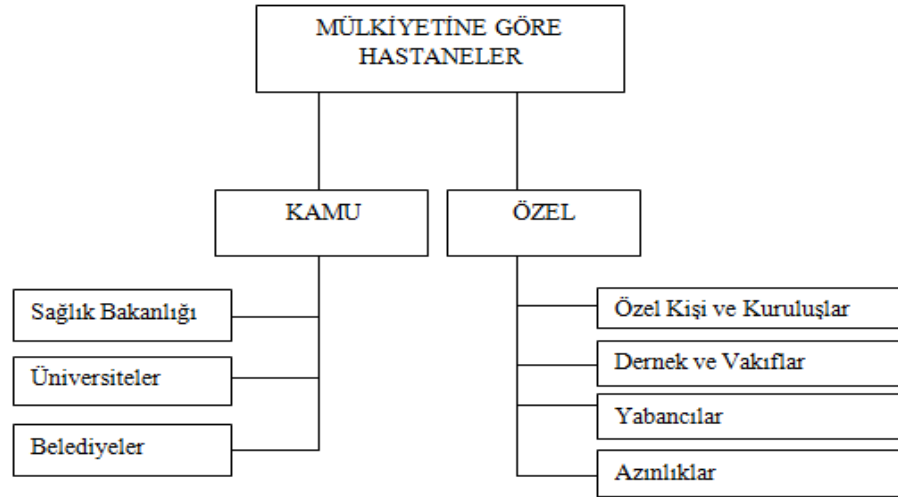
### 1.4.3.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler

Mülkiyet biçimine göre hastaneleri aşağıdaki gibi sınıflandırabiliriz (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 187):

- Devlete doğrudan bağlı hastaneler, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdir.
- Devlete dolaylı bağlanan hastaneler, belediye ve üniversite hastaneleridir. Belediye hastanelerinin sağlık hizmetlerine katkısı kısıtlıdır. Üniversite hastaneleri ise üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile eğitim ve araştırma hizmetleri sunabilen sağlık kuruluşlarıdır.
- Özel hastaneler; girişimcilerin kar amacı güdülen işletmelerdir. Var olmaları için kar etmeleri gerekmektedir. Şahıslara, yabancılara ve azınlıklara ait olmak üzere sınıflandırılabilir.

Hastaneler mülkiyetleri dikkate alındığı zaman, mülkiyetin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduklarına veya bu kurum ve kuruluşların niteliklerine göre sınıflandırılmaktadır. Türkiye'de ki hastaneler Sağlık Bakanlığı'na, üniversitelere, belediyelere, yabancılara, azınlıklara ve özel kesime ait hastaneler olarak ayrılmaktadır.

**Tablo 4:** Mülkiyet Esasına Göre Hastanelerin Sınıflandırılması



**Kaynak:** (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2014: 186)

#### **1.4.3.2. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler**

Eğitim statüsüne göre hastaneler; eğitim amacı olan ve eğitim amacı olmayan hastaneler olmak üzere ikiye ayrılır. Eğitim hastaneleri; eğitim, öğretim ve araştırma yapılan, uzman yetiştiren genel ve özel dal tedavi kurumları ve rehabilitasyon merkezleridir (Çıtak ve Tengilimoğlu, 2003: 55). Türkiye’de hekimlerin uzmanlık eğitimi yalnızca eğitim hastanelerinde verilmektedir. Eğitim amacı olmayan hastaneler ise; teşhis ve tedavi hizmetleri sunmakla beraber sınırlı ölçüde staj (uygulamaya yönelik eğitim) hizmeti vermektedir.

#### **1.4.3.3. Hizmet Türüne Göre Hastaneler**

Hastaneler verdikleri hizmet türüne göre özel dal hastaneleri ve genel hastaneler olmak üzere ikiye ayrılır (Carson ve diğerleri, 1995: 93). Özel dal hastaneleri; belirli bir cinsiyet veya belirli bir hastalık türüyle sınırlı hizmet veren hastanelerdir. Kadın hastalıkları ve doğum, çocuk, kalp damar hastalıkları ve onkoloji hastanesi özel dal hastanelerine örnek verilebilmektedir. Genel hastaneler ise her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastalara hizmet sunan hastanelerdir (Seçim, 1991: 8).

#### **1.4.3.4. Büyüklüklerine Göre Hastaneler**

Hastanelerin büyüklüğünü belirlemedeki başlıca ölçütler; personel sayısı, yatak sayısı ve hasta günü sayısıdır. En yaygın olan ölçüt yatak sayısıdır. Yatak sayısı bakımından hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yataklı hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır (Kavuncubaşı, 2012: 120).

#### **1.4.3.5. Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler**

Akut bakım hastaneleri ve kronik bakım hastaneleri olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Akut bakım hastaneleri genellikle 30 günden daha kısa sürede tedavisi yapılabilecek hastalar ile ilgilenirken, kronik bakım hastaneleri uzun dönemli yani 30 günden fazla yatış gerektiren tedavi hizmetleri sağlamaktadır. Akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, kemik hastalıkları hastanesi, geriatri hastaneleri ve tüberküloz hastaneleri kronik bakım hastanelerine örnek verilebilir (Kavuncubaşı, 2012: 120).

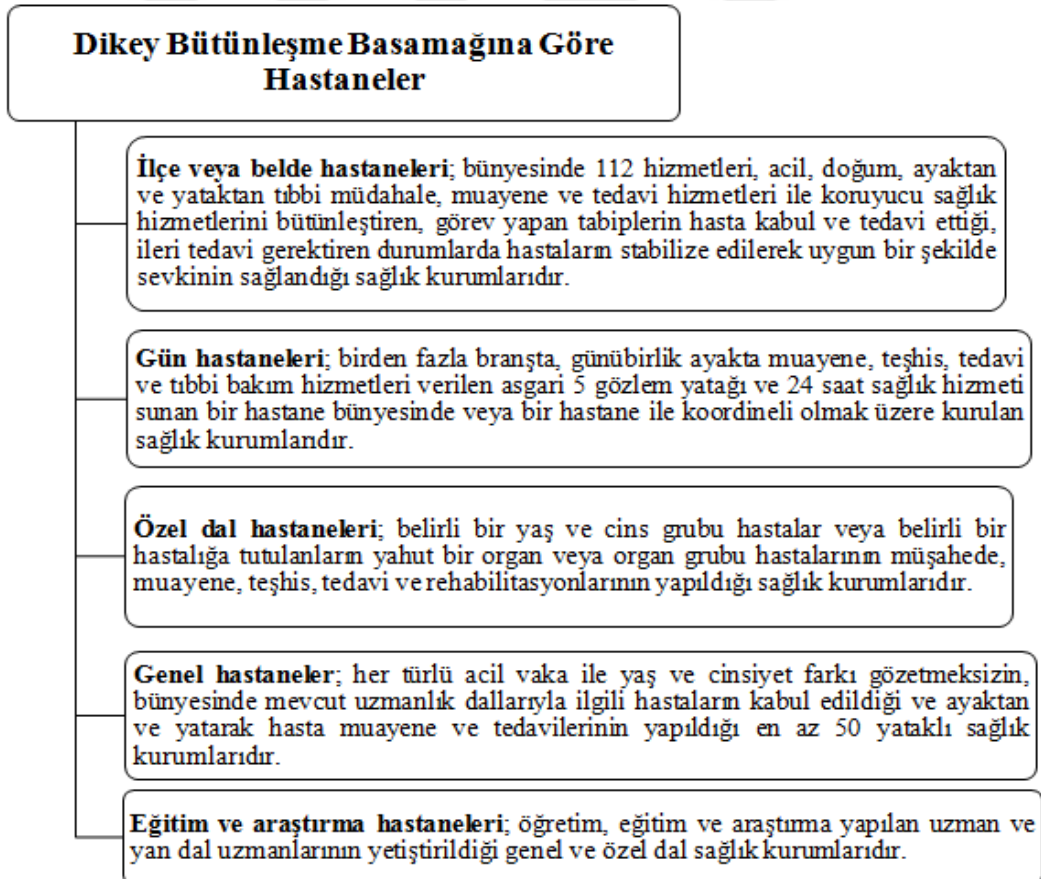
#### 1.4.3.6. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Akreditasyon durumuna göre hastaneler; akredite edilen ve akredite edilmeyen hastaneler olmak üzere iki gruba ayrılır (Wolper ve Peña, 1995: 13). Türkiye’de geçerli olmayan bu sınıflandırma, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) tarafından belirlenen standartlara uygunluğu belirlenen hastaneler, akredite edilen hastanelerdir. Sigorta kuruluşları JCAHO standartlarına uymayan hastaneler ile sözleşme yapmamaktadır (Kavuncubaşı, 2012: 120).

#### 1.4.3.7. Dikey Bütünleşme Basamağına Göre Hastaneler

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY, 1983)’ne göre hastaneler 5 gruba ayrılarak aşağıda Tablo:5 ‘de gösterilmiştir:

Tablo 5: YTKİY'e Göre Hastaneler



Kaynak: (YTKİY,1983)

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. ADAPTASYON (ÇEVREYE UYUM) YAKLAŞIMLARI VE İŞLEM MALİYETİ YAKLAŞIMI

Bu bölümde maliyetlerin sağlık hizmetleri sunum basamakları kapsamında belirlenmesi ve işlem maliyetlerinin ortaya konulabilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda işlem maliyeti yaklaşımına ilişkin literatür araştırması yapılmış ve işlem maliyetlerine ilişkin çalışmalar gözden geçirilmiştir. Bu amaçla öncelikle adaptasyon yaklaşımları ele alınmış, daha sonra işlem maliyeti yaklaşımı kavramı ve bu kavramla ilişkin uluslararası ve ulusal çalışmalar incelenmiş ve araştırmanın temelini oluşturan sağlık hizmetlerinde işlem maliyeti yaklaşımıyla ilgili çalışmalar daha ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Bu çalışmalar ışığında sağlık hizmetlerinin sunumunda işlem maliyetlerinin önemi sağlık hizmetleri sunum basamakları açısından incelenmiştir.

#### 2.1. Adaptasyon (Çevreye Uyum) Yaklaşımları

Organizasyonların çevreye uyum sağlamalarını inceleyen yaklaşımlar “Adaptasyon–Uyum Yaklaşımları” olarak adlandırılmıştır. Bu yaklaşımlar, Durumsallık, Genel Örgütsel Gruplaşma, Kaynak Bağımlılığı, Örgütsel Strateji, Bilgi İşleme ve Vekâlet, Kurumsallaşma ve İşlem maliyeti yaklaşımıdır.

##### 2.1.1. Durumsallık (Koşul-Bağımlılık) Yaklaşımı

Joan Woodward (1916-1971) 1965 yılında yaptığı çalışmalarla bu kuramın kurucusu sayılmaktadır (Yağmurlu, 2004: 45). Bu yaklaşım, organizasyonun değişen koşullara uyum sağlaması ve işletmenin çevreye göre konumlanması esasına dayanmaktadır. İşletmelerin çevrelerinin özellikleri, büyüklükleri ve örgüt içinde kullanılan teknoloji organizasyon yapısını etkilemektedir (Koçel, 2011: 350). Bu kuram, tüm örgüt yapıları için mükemmel bir yapının bulunmadığını belirtmektedir. İşletmelerin, değişen çevre koşullarına ve kişilerin ihtiyaçlarına göre kendilerini uyarladıkları görülmektedir (Yağmurlu, 2004: 46). Bu yaklaşıma göre organizasyonlarda, işlemler tamamıyla ‘duruma bağlı’ olduğundan, örgütsel

işlemlerin anlaşılabilmesi için önemli miktarda değerlendirme yapılması öngörülmektedir (Shockley-Zalabak, 1999: 111).

Durumsallık yaklaşımı, örgütlerin yapısı ve işleyişi üzerinde durmaktadır. İşletmelerde işlerin yürütülmesi için gerekli olan süreçlerin; işletmenin büyüklüğünden, çevre koşullarından ve işletmenin sahip olduğu teknolojiden etkilendiğini savunmaktadır (Aktaş ve Şener, 2012: 102). Yaklaşım, işletmeyi açık bir sistem olarak algıladığı için içsel (çalışanların niteliği, işin vizyonu, nitelikleri vb.) ve dışsal (müşteriler, pazar ve rekabet koşulları vb.) unsurlardan etkilendiği görülmektedir. Bu kapsamda içsel ve dışsal unsurlar göz önünde bulundurulduğunda yönetimin başarıya ulaşacağı öngörülmektedir (Güney, 2011: 46).

### **2.1.2. Genel Örgütsel Gruplaşma Yaklaşımı (Konfigürasyon Yaklaşımı)**

Drazin, genel örgütsel gruplaşma yaklaşımını bir organizasyonu birbirleriyle ilişkili faaliyetler dizisi olarak tanımlamaktadır (Drazin ve Ven, 1985: 520). Durumsallık veya koşul bağımlılık yaklaşımının devamı niteliğindeki genel örgütsel gruplaşma yaklaşımı, organizasyonların neden ve hangi koşullar altında başarıya ulaştıklarını ve işleyişlerini inceleyen etkenler üzerinde durmaktadır. Bu yaklaşımda organizasyonları anlamayı hedefleyen çeşitli teoriler geliştirilmiş ve organizasyonların başarılarını ve performanslarını etkileyen faktörler incelenmiştir. Örneğin, bu faktörlerin bir kısmı formal yapılarla, bir kısmı değişik dış çevre özellikleri ile bir kısmı da organizasyon içindeki teknik ve sosyal bünyelerle açıklanmıştır. Oysa organizasyonları ve performansları ayrı ayrı ve birbiriyle ilişkisiz teorilerle açıklamak yerine bütün bu teorileri dikkate alarak organizasyonlarda performansı etkileyen çeşitli özellikleri ve bunları etkileyen faktörleri gruplar halinde belirlemeye çalışmanın daha yararlı olacağı görüşüne ulaşılmıştır (Koçel, 2011: 351). Bu yaklaşım ayrıca örgüt kültürlerinin ve birbirleriyle olan ilişkilerinin birden çok boyutunu aynı anda düşünebilme özelliğine sahiptir (B.Flynn ve diğerleri, 2010: 58). Yaklaşımın, strateji ve uluslararası pazarlama çalışmalarının geliştirilmesinde kilit bir rol oynayacağı da belirtilmektedir (Hultman ve diğerleri, 2009: 2).



### 2.1.3. Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı

1967'de James Thompson tarafından ortaya atılmış ve daha sonra Aldrich, Pfeffer ve Salancik'in katkılarıyla geliştirilen bu yaklaşım, açık sistem anlayışını savunmaktadır. Bu kuram, organizasyonların yaşamlarını devam ettirebilmeleri için örgüt içi davranışları ve yapıları ile birlikte diğer organizasyonlar ile etkileşimi ve onların davranışlarına odaklanmaktadır (Koçel, 2011: 352). Pfeffer ve Salancik'in '*Örgütlerin Dışarıdan Denetimi: Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı*' kitabına göre; organizasyonlar faaliyetlerini sürdürebilmek için bazı girdilere gereksinim duyarlar. Bu girdilerin temin edilme kolaylığı, çeşitleri ve önemi birbirinden farklıdır. Organizasyonlar temin edilmesi zor olan girdilere ulaşmak için önlemler alırlar. Bunlar; konsorsiyumlar, yasal anlaşmalar, işletme birleşmeleri, stratejik birlikler vb. olabilir. Alınan önlemler organizasyonların faaliyetlerini kesintisiz olarak sürdürmesini sağlamaktadır (Üsdiken, 2010: 80-81)

Kaynak bağımlılığı yaklaşımının temsilcilerine göre örgüt başarısını ve rekabet avantajını sektör analizi ile açıklamak yeterli değildir. Örgütün başarısı, firmanın sahip olduğu kaynak ve yeteneklerine bağlıdır (Erol ve diğerleri, 2013: 76). Örgütlerin yapılarını ve davranışlarını, diğer örgütlerle olan ilişkilerini, kendi aralarındaki ilişkilerini ve davranışlarını canlı tutmak için araştırmalarının gerekli olduğu görüşüne dayanmaktadır (Ataman, 2009: 222).

### 2.1.4. Örgütsel Strateji Yaklaşımı

Bu yaklaşımın öncüleri Miles ve Snow, Chandler, Mintzberg ve Porter'dir. Örgütsel strateji yaklaşımının temel fikri, organizasyonlarda tepe yönetimlerinin oluşturduğu stratejileri uygulayarak çevrelerine uyum sağlamaktır. Bu yüzden tepe yönetimin işletmeyi etkileyen olumlu ve olumsuz çevre koşullarını detaylı takip etmesi gerekmektedir. İşletmenin güçlü ve zayıf tarafları tek tek araştırılarak, kaynaklarını nasıl ve nerede kullanacağını belirlerler (Koçel, 2011: 353). Tepe yönetim ayrıca işletmenin güçlü yönlerle tehditleri yok etmeyi, zayıf yönlerle de işletmeyi güçlendirmeye çalışmaktadır (Akgemci ve Güleş, 2010: 41).

Sun Tzu, '*Savaş Sanatı*' kitabında, kendini ve rakibini tanıyan kişinin mücadele sonunda başarıya ulaşma ihtimalinin çok yüksek olduğunu, kendisini

tanımayıp rakibini tanıyan kişinin başarısızlığa uğrama ihtimalinin çok yüksek olduğunu belirtmiştir. Ayrıca kendisini tanıyıp rakibini tanımayan kişinin başarılı olma ihtimalinin düşük olduğunu ortaya koymuştur. Bu kapsamda, kendini ve rakiplerinin temel kabiliyetlerini, güçlü yanlarını ve zayıflıklarını tanıyan işletmelerin başarılı olma ihtimalinin yüksek olduğu söylenebilir (Tzu, 2012: 51).

### **2.1.5. Bilgi İşleme Yaklaşımı**

Temelleri March ve Simon'un görüşlerine dayanan bilgi işleme yaklaşımı, bilginin üretim sürecine dâhil edilip işlenmesi ve karar süreçlerinde etkin olarak kullanılması olarak belirtilmektedir. Bu yaklaşım, organizasyonları çevreleri ile ilişkili ve iletişim içerisinde olan açık sistemler olarak görmektedir. Çevreden elde edilen bilgi ile organizasyonlar, piyasadaki rekabete ve tüketici taleplerine göre uyum sağlayabilmekte ve bu bilgileri stratejik karar süreçlerinde önemli çıktılara dönüştürebilmektedir (Yılmaz, 2015: 38). Bilgi işleme yaklaşımına göre organizasyonlar alt kademedan tepe yönetime kadar karar üreten ve bilgi işleyen mekanizmalar olarak kabul edilmektedir. Alt kademelerde belirlenen ilke ve prosedürlere göre karar verilirken, üst kademelerde stratejik yapıda kararlar verilmektedir. Bu yaklaşıma göre çevresi ile ilgili bilgiler toplayan, işleyen ve karara çeviren organizasyon çevreye uyum sağlayabilecektir. Çevresinde bilgi üretemeyen, elde edemeyen, bu bilgileri işleyemeyen örgütlerin, çevreleri ile iletişimi azalmakta ve uyumları azalmaktadır (Koçel, 2011: 354).

### **2.1.6. Vekâlet Yaklaşımı**

Vekâlet yaklaşımının temelleri Max Weber (1920)'e uzanmaktadır. Yaklaşım daha sonra Berle ve Means (1932) tarafından araştırılmış ve Jensen Meckling (1976) tarafından geliştirilmiştir. Asil-vekil ilişkilerini esas alarak tarafların hak ve yükümlülüklerine uymaması dolayısıyla yaşanan sorunları ve bu ilişkiden doğan maliyetleri araştırmaktadır. Yaklaşımın hedefi, bu sözleşme mekanizmasını anlayarak, karşılaşılan sorunları en aza indirmektir (Shavell, 1979: 55).

Vekâlet yaklaşımı, bilgi ekonomisi dalında, işi yapan taraf ile işin yapılması konusunda yetki veren kişinin ilişkilerinin düzenlenmesi üzerine geliştirilen bir

yaklaşımıdır. Organizasyon teorisine katkısı olan vekâlet yaklaşımı; yöneticiler karar verirken sadece kendi çıkarlarını değil aynı zamanda işletme hissedarlarına açıklama yapabilecek şekilde kararlar alması olarak ifade edilebilir. Bu kapsamda, yöneticinin çevredeki işletmelerle ortaklığı, risk yönetimi, bilgi sistemleri, stratejik işbirliği ve iş akışları ile alakalı vereceği kararlarda vekâlet veren ile aralarındaki ilişkinin açıklama boyutu açısından incelenebilmesi önemlidir (Meydan ve Çetin, 2012: 141).

Ortak bir amaç için yardımlaşan iki kişinin birincisi vekâlet veren diğeri de vekil'dir. İşletme açısından düşünüldüğünde, vekâlet veren kişi hissedar veya üst yönetici olurken vekil olarak yönetici veya ast çalışan olabilir. Vekil daha fazla bilgiye sahip olduğu için amaca ulaştıracak kişidir. Vekâlet veren kişi ise vekilin amaçları doğrultusunda teşvik ve kontrol önlemleri ile organizasyonu denetleyen kişidir (Koçel, 2011: 356).

#### **2.1.7. Kurumsallaşma Yaklaşımı**

Kurumsallaşma teorisi savunucuları, kurumsallaşmanın sürecini ve kurumların toplum içindeki rolünü anlamayı amaçlamaktadır (Jennings ve Zandbergen, 1995: 1023). James L. Price' a göre kurumsallaşma "örgüt kararlarının çevrede kabul görme derecesi" ve "örgütlerin değer ve denge kazanmalarını sağlayan bir süreç" dir (Sağlam, 1979: 112). Scott' a göre ise; sorumlulukların, sosyal süreçlerin, sorgulanamayan olayların sosyal düşünce niteliğinde bir nitelik kazanması demektir (Scott, 1987: 495).

Kurumsallaşma yaklaşımı, bir olgunun kurum haline gelip gelmediğiyle ilgilendir. Bu olgunun kurum haline gelmesi, herkes tarafından kabul edilmesine ve konunun üstünde uzlaşma sağlanmasına bağlıdır. Teori, işletmelerin yapılarının ne kadar oturmuş bir yapı özelliği gösterdiği ile ilgilendir. Organizasyonların iş yapma şekilleri, politikaları, pazardaki faaliyetleri ve toplumsal algısı kurum imajı için önemli unsurlardandır. Bu yaklaşım, belirli bir çevrede faaliyet gösteren organizasyonun yapı ve işleyiş özellikleri ile çevre özellikleri arasında paralellik öngörmektedir (Koçel, 2011: 359).

### 2.1.8. İşlem Maliyeti Yaklaşımı

İşlem maliyeti teorisinin kurucusu Ronald Coase'dur (Coase, 1992: 713). Coase, teorisinin ortaya çıkışını 1930 yılında kendisine ilk kez Adam Smith'in görünmez el mekanizmasını tanıtan ve hocası olan Profesör Arnold Plant ile tanışmasına bağlamaktadır. Plant'in görüşüne göre normal şartlar altında ekonomik sistemler kendi kendine çalışmakta ve görünmez el yardımıyla kontrol edilmektedir (Çelik ve Bedük, 2014: 40).

İşlem maliyeti yaklaşımı ilk olarak 1937 yılında Ronald Coase'nin "firmaların neden var olduğu" sorusunu ortaya atmasıyla birlikte önem kazanmış ve iktisadi analizde yeni bir dönem başlamıştır. Coase'nin "Firmaların Doğası (Nature Of The Firm)" adlı makalesinde işlem maliyetleri, fiyat mekanizmasının işletilmesiyle ilgili maliyetler olarak ele alınmıştır (Coase, 1937: 390).

İşlem maliyeti kuramının temelini oluşturan "işlem" ve "işlem maliyeti" kavramlarını geliştiren Oliver Williamson 1975'de "Market and Hierarchies" (Piyasalar ve Hiyerarşiler) adlı kitabını yayınlamıştır (Ivanaj ve Franzil, 2006: 6). Coase, 1991 yılında "Ekonominin Kuramsal Yapısı ve Fonksiyonu için İşlem Maliyetlerinin Önemi Keşfedip Açıklığa Kavuşturması" ile Williamson ise 2009 yılında "Ekonomik Yönetişim Yapıları ve Firma Sınırları Alanındaki Analizleri" ile Nobel Ekonomi Ödülü'nü almıştır (Nobel Foundation the Sveriges Riksbank Prize in Memory of Alfred Nobel , 2009).

Zoroğlu (2012)'na göre "İşlem, basit olarak alıcıyla satıcı arasında bir değişimi ifade etmektedir. İşlem maliyetleri ise söz konusu değişim sürecinde doğan ve katlanılan maliyetlerdir. Yaklaşımın ana fikri bu değişimin en ekonomik olacak şekilde organize edilmesidir." Bu tanımdan yola çıkılarak işlem maliyeti yaklaşımının temelini üretim ve işlem maliyetlerini en aza indirmek oluşturmaktadır.

İşlem maliyeti yaklaşımına göre bir işletmenin fonksiyonel ihtiyaçları, işlem maliyetlerine bağlı olarak ya içselleştirilecek ya da piyasadan karşılanacaktır. İşlem maliyeti yaklaşımı, içsel (hiyerarşi) işletme aktiviteleri ve dış piyasa ilişkilerini tanımlamayı amaçlamaktadır. İçsel aktiviteler tarafından yönetilen işletme

fonksiyonlarının limitini işletme sınırları oluşturmaktadır. Piyasa tarafından gerçekleştirilen her işlem işletmeye dışsal bir girdidir. Buradaki karar mekanizmasının işlevi, hangi işletme fonksiyonun içselleştirileceği, hangisinin ise piyasadan karşılanacağı kararıdır. Bu pozisyon ise içsel ve dışsal işletme sınırlarını tanımlayan faktörlerin analizini kullanan satın alma disiplininin temellerini oluşturur (Güzel, 2008: 23-24).

Coase'a göre piyasa mekanizmasını kullanmanın bir maliyeti olup işletmeler bu maliyetleri azaltmayı amaçlayan örgütlerdir. Williamson ise Coase'un varsayımını geliştirerek işlem maliyetlerini etkileyen faktörleri (sıklık, belirsizlik, varlık özgünlüğü) ve örgütlerin sahip olduğu davranışsal varsayımları (sınırlı rasyonellik, fırsatçılık) ortaya koymuştur. Williamson'a göre bu teori; işletmelerin en az toplam maliyeti oluşturacak tam dış kaynak kullanımı (piyasa) ve tam içselleştirme (hiyerarşi) arasındaki ara form yönetim yapısını seçebilmesidir. Bu nedenle işlem maliyeti yaklaşımı, piyasayı kullanmanın da maliyetleri olduğunu iddia eder. Bu maliyetler üretim ve koordinasyon (işlem) maliyetleridir. Üretim maliyetleri; bir ürün üretilirken kullanılan mal ve hizmetlerin maliyetidir. İşlem maliyeti ise alıcı ve satıcı arasındaki mal ve hizmetlerin değişim maliyetidir (Davies ve Lam, 2013: 13).

Williamson, işlem maliyeti yaklaşımını aşağıda gösterildiği şekilde tanımlamıştır (Kalemci, 2015: 134):

*“İşlem bir hizmet ya da malın teknolojik olarak taraflar arasındaki transfer ile ortaya çıkar. Bir bölümün faaliyeti tamamlandığında bir diğeri başlar. Örneğin; iyi çalışan bir makinede, transferler arasında bir sorun çıkmayacaktır. Mekanik sistemlerde bazı friksiyonların olmasını bekleriz. Örneğin; çarkların dişleri doğru işliyor mu? Enerji kaybı var mı? vb. Bu friksiyonların ekonomik işlemlerdeki karşılığı ise: taraflar arasındaki alışveriş uyumlu bir şekilde işliyor mu? ya da taraflar arasında ertelemeye neden olabilecek bir takım anlaşmazlıklar var mı? İşlem maliyeti analizi bu gibi olası durumlara karşı karşılaştırmalı bir maliyet analizini içerecek yönetim mekanizmalarının planlanması ve adaptasyonunu içerir.”*

Coase tarafından ortaya atılan ve Williamson tarafından gelişmesine büyük katkıda bulunulan “İşlem Maliyeti Yaklaşımı”, organizasyonları açık sistem olarak kabul eder ve organizasyonun kullandığı üretim ve teknoloji sistemine odaklanmak yerine üretilen mal ve hizmetlerin sistemin sınırları dışındaki kişilerle değiştirilmesi işlemine (transaction) odaklanmaktadır (Koçel, 2011: 357). Coase ayrıca makalesinde firma sınırlarını kavramlaştırmaya odaklanmıştır. Firma içi organizasyon, belirli hizmet ve mal değişimlerinde, pazara göre maliyet avantajı sağlayacak bir şekilde ortaya çıkıyorsa, bu organizasyon yapısını belirleyen etkenler aynı zamanda firmanın sınırlarını belirleyen etkenler olmalıdır (Orbay, 2002: 559).

İşlem maliyeti yaklaşımının odak noktaları Williamson (1985: 20)’a göre işlemler ve işlemler sonucu doğan maliyetlerdir. İşlem maliyeti, mal ve hizmetlerin değişim sürecinde ortaya çıkan maliyetleri; işlem ise alıcı ile satıcı arasındaki mal ve hizmetlerin değişimini ifade eder. Mal ve hizmet değişim işlemlerine konu olan başlıca maliyetler; değişimin konusunu oluşturan girdi ve çıktı ile ilgili bilginin toplanması ve işlenmesi maliyetleri, teklif hazırlanması maliyetleri, sözleşmenin pazarlığı ve müzakeresi maliyeti, sözleşmenin yürütülmesi maliyetleri, denetleme ve izleme maliyetleri ve lobi faaliyetlerine ilişkin maliyetlerdir (Koçel, 2011: 358). Bu maliyetler Tablo 6’da görülmektedir.

**Tablo 6:** Mal ve Hizmet Değişim İşleminde Oluşan Maliyetler

<b>MALİYET TİPİ</b>	<b>AÇIKLAMA</b>
<b>Piyasa Araştırmasında Doğan Maliyetler</b>	Ürün/hizmeti üreten, sağlayan ya da dağıtımını yapan potansiyel firmaların belirlenmesi ve onlarla ilgili bilgi edinilmesi ile ilgili maliyetleri içerir.
<b>Sözleşme Süreci ile İlgili Maliyetler</b>	Pazarlık yapma ve karar verme aşamasındaki maliyetleri ile sözleşme tesis etme sürecinde ortaya çıkan maliyetleri içermektedir.
<b>Performansın İzlenmesi İle İlgili Maliyetler</b>	Talep edilenlere karşılık almanlar arasındaki uygunluğun kontrol edilmesi sürecini içermektedir.
<b>Yasal Prosedür Maliyeti</b>	Devlet teşvikleri, vergi düzenlemeleri (Coase, 1991: 232) ile sözleşmede yer alan maddelere uyulması durumunda, başvurulacak yasal uygulamaların yarattığı maliyetleri içerir.
<b>Fırsat Maliyeti</b>	Doğru kararın verilmemesi nedeniyle kaybedilen zaman ve nakdi maliyettir. (Özgen, 2002: 49-59)

**Kaynak:** (Bourlakis ve Bourlakis, 2005: 89)

İşlem maliyeti yaklaşımına göre örgütler, ürettikleri mal ve hizmetlerin değişim işlemlerini, maliyeti en ekonomik olacak şekilde ayarlamak isterler. Bu nedenle işletmeler bu kararı maliyet doğrultusunda verirler. İşletmelerin faaliyeti kendi bünyelerinde gerçekleştirmek ile faaliyeti hizmet sağlayıcı firmadan sağlamak seçenekleri arasında maliyet karşılaştırması yaparak karar vermeleri gerekir (Koçel, 2011: 357). Örneğin; Nike firması dış kaynak kullandığı bütün işletmelerde kendi personelini de bulundurmakta ve tedarikçilerin üst yönetimini genel merkezlerine getirerek stratejik planlamaları hakkında bilgi vermektedir. Bu şekilde çift taraflı kontrol faaliyeti ve performans izleme ile üretim aşamasında herhangi bir sorunla karşılaştığında hem kendi personelini hem de tedarikçilerini yönlendirmektedir (Quinn ve Hilmer, 1994: 1).

Büyük ölçüde dış kaynak kullanan işletmelerde kontrol ve performans denetimi için görevlendirilmiş yetkili gruplar kurulduğu görülmektedir. Örneğin; Mc Donnell Douglas şirketi, IBM'in bağımlı ortağı olan ISSC ile üç milyar dolarlık dış kaynak kullanım anlaşması imzalamıştır. Şirket dış kaynak kullanım ilişkilerini yönetmek, ilişki yönetimini etkinleştirmek, performans denetimi yapmak ve sağlıklı bilgi aktarımını gerçekleştirmek amacıyla on beş – yirmi kişilik bir ekip kurmuştur. Bu örnekte de görüldüğü gibi işletmeler sözleşme imzalayarak işlem maliyetlerden kurtulamamakta ve istenen işe istenen şekilde sahip olabilmek için bu maliyetlere de katlanmak zorunda kalmaktadırlar (Cook, 1998: 370). İşlem maliyeti yaklaşımını oluşturan kavramlar aşağıda incelenmiştir.

#### **2.1.8.1. İşlem Maliyetleri ile İlgili Kavramlar**

Literatürde “İşlem Maliyeti” kavramı bazı kaynaklarda “İşlem Maliyeti Yaklaşımı” olarak bazılarında ise “İşlem Maliyeti Teorisi veya Kuramı” olarak geçmektedir. Dil birliği sağlamak açısından araştırmada “İşlem Maliyeti Yaklaşımı” kullanılmıştır. İşlem maliyetini oluşturan kavramlar; pazarlar, hiyerarşiler, mülkiyet hakları ve asimetrik bilgi dağılımları, işlem maliyeti yaklaşımına açıklık getirmektedir.

### **2.1.8.1.1. Pazarlar ve Hiyerarşiler**

Ekonomiler, katma değer zinciri içerisindeki mal veya hizmet akışını ayarlamak için iki temel sisteme sahiptir: Pazarlar ve Hiyerarşiler (Williamson ve Oliver, 1975; Coase, 1937: 390; Malone ve diğerleri, 1987: 486).

İşlem maliyeti yaklaşımına göre tüm ekonomik işlemler, iki veya daha fazla ekonomik faktör arasında mal ve hizmet değişimini içeren işlemler arasında gerçekleşir. Bu işlemlerin en düşük maliyetle gerçekleşmesi için, işlemin mekanizmasına uygun bir yönetim şekli seçilmesi gerekmektedir (Williamson, 1985). İşlem maliyeti yaklaşımı, pazarların ve hiyerarşilerin işlemlerin yürütülmesi için birbirlerinin alternatifi olan yönetim şekli olduğunu savunmaktadır (Godfre ve Hill, 1995: 520).

Pazarlar; fiyat sistemi arz ve talep yolu ile düzenlenen; merkezileşmemiş yönetim yapılarıdır (Hess ve Kemerer, 1994: 255). Pazarlar, firmalar ve farklı kişiler arasındaki mal veya hizmet akışını arz ve talep güçleriyle dışsal işlemler yoluyla koordine ederler. Pazar güçleri sonraki sürece girdi olarak hizmet edecek ürünün fiyatını, sayısını, teslimat planını ve ürünün tasarımını belirler. Pazarlar, burada satılan ürünleri satın alacak kişi veya kurumların mevcut kaynakları karşılaştırmasını ve en iyi karşılaştırmayı yapmalarını sağlamayı amaçlamaktadır.

Hiyerarşiler; merkezi bir gücün yeterli bilgiye sahip olması ile arz ve talep ihtiyaçlarının tüm koordinasyonunu karşılayan ve pazarlara göre daha merkezileşmiş kontrol yapılarıdır (Bakos ve Kemerer, 1992: 370). Sürece girdi olarak katılacak ürünün tasarımını, fiyatını ve teslimat planını, pazar güçlerinin ilişkileri değil yönetsel kararlar yani hiyerarşiler belirler. Böylece kişi veya tedarikçi firma, potansiyel tedarikçi grubundan değil önceden belirlenen tedarikçi ile çalışır (Malone ve diğerleri, 1987: 488).

Hiyerarşi, yönetim vasıtasıyla mülkiyet haklarının merkezleşmesine dayanır. Böylece bir örgütün sahip olduğu yönetsel kontrol sistemleri işlemlerin gerçekleştirilmesini kolaylaştırmaktadır (Arnold, 2000: 26).



### 2.1.8.1.2. Mülkiyet Hakları

Sahiplik kavramı, insanlığın en eski yazılı kaynaklarına dayanmaktadır. Hamurabi Kanunlarından İngiliz Ortak Hukukuna (Common Law) kadar mülkiyet hakları, her alanda yasal haklar veya yasal sahiplik kavramı olarak ayrıntılı şekilde açıklanmıştır (Allen, 1999: 897).

Mülkiyet hakları ekonomik haklar ve yasal haklar olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Ekonomik mülkiyet hakları, kişinin elindeki varlığı doğrudan veya dolaylı olarak değişim yoluyla tüketme yeteneğidir. Yasal mülkiyet hakları ise siyasal yönetim tarafından kabul gören uygulamaları içermektedir (Barzel, 1997; Eggertsson, 1990). İşlem maliyetine konu olan mülkiyet hakları, ekonomik mülkiyet haklarıdır.

Armen Alchian (1958)'a göre; mülkiyet hakları, kişilerin sadece yasal olarak değil aynı zamanda yasalar dışında da kaynakları kullanma hakkı olarak tanımlanmıştır. Mülkiyet hakları literatürü, mülkiyet hakları ile servet arasında tekdüze bir ilişki olduğunu savunur. Servet arttıkça, mülkiyet hakları da artmaktadır. Coase teoremi ise, mülkiyet haklarının düzgün bir şekilde tanımlandığı ve kullanıldığı durumlarda ticaretten elde edilen kazancın maksimuma ulaşacağını kabul eder (Allen, 1999: 895).

Mülkiyet hakları yaklaşımına göre bir ürün ya da hizmet üzerinde seçim yapabilme yeteneği üç şekilde artırılabilir (Allen, 1999: 897):

- Kişi söz konusu ürünü veya hizmeti her hangi bir yolla kendi mülkiyetine geçirebilir.
- Kişi, önceden devlete ait olan bir malı özelleştirebilir.
- Kişi bir anlaşmaya bağlı olarak ortakları ile birlikte varlıklarını paylaşabilir.

Mülkiyet hakları Coase teoremindeki gibi mükemmel bir şekilde tanımlanırsa birinci madde de ki ürün veya hizmeti yasal yollarla mülkiyetine geçireceği ve “çalma” söz konusu olmayacağı için herhangi bir koruma çabası gerekmeyecektir. Eğer mülkiyet hakları eksik tanımlanırsa kişiler kendi mal varlıklarını artırmak için

israf derecesinde bir çaba göstermeleri gerekmektedir. Ayrıca bir başkasının mülkiyetindeki malların çalınmaya çalışılması durumlarına karşı mal varlığını korumak adına bir fırsatçılık da mevcuttur. Bu yüzden mülkiyet hakları eksik olduğunda, kişiler mülkiyet haklarını korumak ve yeni mülkiyet hakları elde etmek için girişimlerde bulunacaklardır. Ortaya çıkan bu durumla ilgili olarak ilk kez Douglas W. Allen tarafından 1991 yılında işlem maliyetlerinin mülkiyet hakları açısından tanımı yapılmıştır. Tanıma göre işlem maliyetleri, mülkiyet haklarının muhafaza edilmesinin ve geliştirilmesinin maliyetidir (Allen, 1991: 14).

### **2.1.8.1.3. Asimetrik Bilgi Dağılımı**

Asimetrik bilgi dağılımı pazaryerlerinde satılacak mal ya da hizmetlerin değeri hakkında daha fazla, kaliteli bilgiye sahip olmasını belirten bir kavramdır (Hughtart, 1975: 969). Bilgi (enformasyon) asimetrisi, iktisat literatüründe kaynakların etkin dağıtılmamasına ve piyasa başarısızlığına neden olur (Çoban, 2005: 136). Bilgiler somut veya soyut olabilir. Bilgi alt yapıları değişime konu olan varlığın kalitesi ve özellikleri, dağıtım durumları ve fiyat performansı ile ilgili bilgileri de kapsamaktadır. Alıcı ile satıcı arasındaki bilgi farklılıkları, doğru bilgiye ulaşma açısından her iki tarafta da ekstra maliyete neden olabilir (Nayyar, 1990: 514). Alıcı ve satıcı arasında bilgide asimetri bulunduğu zaman pazarda kaliteli ve kalitesiz mallar bir arada bulunabilir (Akerlof, 1970: 495). Alıcılar ise bu durumda bilgi arayışına girerler ve bu arayış beraberinde maliyete neden olur (Nayyar, 1990: 514). Eğer ekonomik birimlerin bilgi verileri tam olsaydı, işlem maliyetleri adı altında ek bir maliyet olmayacaktı. Çünkü işlem maliyeti bilginin tam olmaması ve bilgi arayışının maliyetli olmasından kaynaklanmaktadır (Demir, 1996: 217).

### **2.1.8.2. İşlem Maliyetlerini Etkileyen Faktörler**

İşlem maliyetleri; işlemin özelliklerinden (varlık özgüllüğü, sıklık, belirsizlik), fırsatçılık ve sınırlı rasyonellik gibi davranışsal varsayımlardan etkilenmektedir (Aubert ve diğerleri, 2004: 922). Bu nedenle işlem maliyetleri beşeri ve işleme ilişkin faktörler olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Beşeri faktörler işlem maliyeti yaklaşımında davranışsal varsayımlar, işleme ilişkin faktörler ise işleme konu olan varlığa ilişkin faktörler olarak tanımlanmaktadır.

### 2.1.8.2.1. Davranışsal Varsayımlar

Asil-vekil modeli çalışmaları işlem maliyeti yaklaşımı çerçevesinde kendisine yer bulmuştur (Oğuz, 2003: 12). Bu çalışmalar asil-vekil arasındaki ilişkiye işlem maliyeti yaklaşımı açısından odaklanmış ve asilin yerine işletme yöneticisi olarak vekilin çalışmasının işlem maliyetlerini yükselteceğini belirtmiştir. Fakat işlem maliyeti yaklaşımı ile ilgili maliyet ölçümü çalışmaları oldukça sınırlıdır. Yaklaşım genellikle davranışsal varsayımlara ve beşeri alanlara yönelik çalışmalara odaklanmıştır. Bu çalışmalarda işlemler ve bu işlemlerden kaynaklanan maliyetler üzerine çalışma yapanlar o Masten ve diğerleri (1991) ve Wallis ve North (1986)'dir (Kalemci ve diğerleri, 2012: 122).

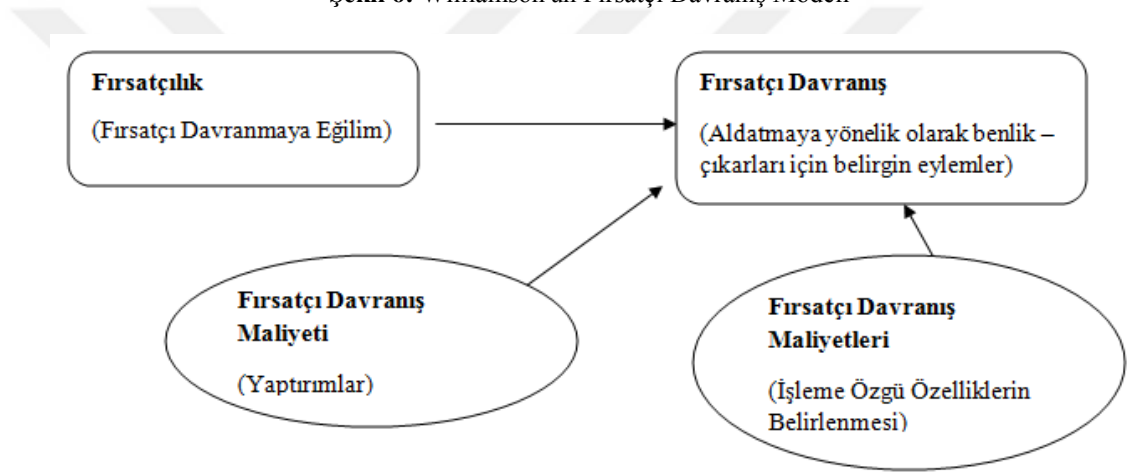
İşlem maliyeti yaklaşımının temelinde iki davranışsal varsayım vardır. Bunlar; “fırsatçılık” ve “sınırlı rasyonellik”dir (Williamson, 1981: 550).

Holt (2004: 1025)'a göre örgüt sözleşmeleri içerisinde davranışsal belirsizliğin nedenleri “ters seçim” veya “ahlaki çöküntü” olabilmektedir. Bu çalışmaya göre ters seçimi gerçekleştirecek kişinin bilişsel kapasite nedeniyle sınırlı rasyonel olduğu kastedilmiştir. Yani, insan beyninin bilgiyi bir işleme kapasitesi vardır ve her bilgiye ulaşamaz. Bu durumlarda kişinin ters seçim yapması kaçınılmazdır. Hobbs'a göre ise; sözleşme öncesinde veya sürecinde tarafların gerçek düşüncelerini ve niyetlerini saklamasıyla ”yanlış seçim” (Akerlof, 1970: 489) ve “ahlaki tehlike” adında fırsatçı davranışlar ortaya çıkmaktadır (Hobbs, 1996: 18). “Yanlış seçim”, “ters seçim”in aksine; bilgi sınırlılığından veya belirsizliğinden değil; sözleşme öncesinde saklanan bilgi ve niyet dolayısıyla ortaya çıkar. Ortaklar, aralarında geçen örtük bilgi ve kelime oyunları nedeniyle hiçbir zaman tam olarak gerçek bilgiye ulaşamamaktadırlar. Bu durumda işlem maliyetinin kuramlarından olan “fırsatçılık” burada ortaya çıkmıştır. Davranışsal belirsizliğin ikinci nedeni olan ahlaki tehlike ise sözleşme imzalandıktan sonra gizlenen eylemlerden dolayı oluşan asimetric bilgi sorunudur. Bu kavramının altında ise bireylerin fırsatçı olabilmesi yatar. İşlem maliyeti yaklaşımının davranışsal varsayımlarından olan fırsatçılık, tarafların kendi çıkarlarını gözetmesiyle başlar (Kalemci, 2013: 61).

### 2.1.8.2.2. Fırsatçılık

Fırsatçılık, kişilerin kendi yararlarını arttıracak biçimde ilerleme dürtüleri olarak anlaşılmaktadır (Orbay, 2002: 559). Williamson (1975: 255)'a göre fırsatçılık, işlem teorisine göre değişim ilişkisinde taraflardan birinin “hileyle kişisel çıkarın peşinde olma” olarak tanımlanmıştır. Burada bahsedilen kişisel çıkarların anlamı “çalma, aldatma, kandırma ve yalan söyleme, bilginin anlamını değiştirmeye ya da karıştırmaya neden olan temkinli gayretler” olarak genişletilmiştir (Williamson, 1985: 45; Hill, 1990: 500). Ghoshal ve Moran, Şekil 6'da Williamson'ın fırsatçı davranış modelini şöyle özetlemiştir.

Şekil 6: Williamson'un Fırsatçı Davranış Modeli



**Kaynak :** (Ghoshal ve Moran, 1996: 19)

Williamson'a göre her bireyin fırsatçı davranış eğilimleri vardır. Bu davranış biçimi zamanla aldatma eğilimleri ile birlikte kişinin kişisel çıkarlarını ortaya çıkartmaktadır. Bu durumun biri olumlu biri olumsuz iki çıktısı vardır: olumlu çıktısı işleme ilişkin özelliklerin belirlenmesini sağlamasıdır. Fırsatçı davranışın olumsuz çıktısı ise fırsatçı davranış sonucu oluşan maliyetler ve buna karşı oluşan yaptırımlardır.

Pache ise işletmelerin doğaları gereği fırsatçı yapıda olduğunu, yapacakları sözleşmelerde daha uygun ticari şartlara sahip olabilmek için ellerindeki bilgileri sakladıkları hatta yok ettiklerini ileri sürmüştür. Bu nedenle dış kaynak kullanımının da kendine özgü bir maliyeti olmaktadır. İşlem maliyeti teorisine göre önemli olan en

az maliyetli olan hiyerarşi, piyasa ya da karma bir yapıyı işletmede kurabilmektir (Ivanaj ve Franzil, 2006: 8-9).

Fırsatçı davranışın belirleyicileri; asimetrik bilgi, işlemin niteliklerinin neden olduğu yönetim problemleri ve ilişkiye has faktörlerdir (Fries ve Kendzia, 2007: 89). İşlemler açısından düşünüldüğünde işlemlerdeki belirsizlik düzeyi artarsa piyasa yönetim sistemi zorlaşacaktır. Sektörde mal ve hizmet değişiminde düşük sayıda tedarikçi bulunması durumun da belirtilen tedarikçilerin piyasada bu durumu kendilerine yarar sağlayarak gerçekleştirmelerine olanak sunacaktır ve bireylerin fırsatçı olma ihtimalleri yükselecektir (Kalemci, 2013: 60). Firmalar fırsatçıların yarattığı tehlikelerden korunmak için ellerindeki bilgiyi genişleterek güvenlik önlemleri alırlar. Bu bağlamda şirketler sözleşmelerinde bilgiye erişim maliyetlerini ve fırsatçılığı düşürücü önlemler alırlar (Sharland, 1993). Alıcı ve tedarikçinin amaçları arasındaki uyumsuzluk da fırsatçılığı cesaretlendiren etkenlerden biridir. Karşılıklı çıkarların uyuşmaması nedeniyle bir tarafın ilişkiye olan bağı zayıflamaktadır. Başka bir önemli etken ise fırsatçı faaliyetler sonucunda oluşan fazla kazanımlardır. Bu kapsamda sözleşmelere bağlılıkta gönülsüzlük ortaya çıkmaktadır. Fırsatçılık uzun dönemde aralarındaki bağı savunmak için gerekli sözlerin aksatılmasından kaynaklanmaktadır (Yenidoğan, 2013: 115).

#### **2.1.8.2.3. Sınırlı Rasyonellik**

İşlem maliyeti yaklaşımının diğer davranışsal varsayımı “sınırlı rasyonellik”dir. (Simon, 1955: 110). Sınırlı rasyonellik varsayımının temelinde belirsizlik vardır (Rindfleisch ve Heide, 1997: 48). Bu varsayım, insan zihninin ve kavrama kapasitesinin kısıtlı olduğunu savunmaktadır ve bu yüzden insanlar bilgiye hatasız olarak ulaşamazlar. Bu yüzden optimal karara ulaşmak güçtür (Thompson ve Yuanyu, 2005: 452). Karar veren kişiler akılcı karar almaya çalışmalarına rağmen, kısıtlı bilgiyi oluşturma ve iletişim marifetleriyle kısıtlanabilir ve doğru şekilde seçimler değerlendiremeyebilir (Simon, 1957). 1978’de Nobel ödülünü kazanan Herbert Simon (1957)’a göre karar vericiler gerçek yaşamda çeşitli sınırlayıcı faktörlerin etkisindedir. Bu faktörler karar vericinin rasyonel seçim yapmasını zorlaştırır. Bu yüzden karar verici, bu koşullar altında “tatminkâr” olarak adlandırılan seçimleri yapmaktadır. Tatminkâr olma, bir alternatifin onaylanması için gerekli olan

en düşük düzeydeki şartları ifade eder. Dolayısıyla rasyonel yaklaşımın “maksimum ya da optimal” düzeyde olmasına karşılık, sınırlı rasyonellik “tatminkar” sonuca ulaşmaktadır (Koçel, 2011: 134).

Williamson (1985,1996), “sınırlı rasyonellik” kavramının önemine odaklanan bir yaklaşım geliştirmiş ve bu kapsamda sözleşmeleri işlem maliyeti yaklaşımı çerçevesinde incelemiştir. Williamson’a göre kişiler sınırlı rasyonel varlıklardır. Simon ve Williamson’ın satranç örneği sınırlı rasyonelliğe güzel bir örnek oluşturmaktadır. Satranç oyuncularının birbirlerinin hamlelerinin asla kestirilemeyeceğini belirtmektedir. Oyuncular ne kadar akılcı davranış sergilese de kişinin üzerinde durduğu etkenler, üzerinde duramadığı etkenler içerisinde çok az bir yer kaplamaktadır (Oğuz, 2010: 216).

Biçimsel yönetim konusu olan sözleşme kuralları, sınırlı rasyonellik için çok önemlidir. Sözleşmeler sınırlı rasyonellikten dolayı eksik tasarlandığında belirsizlik durumu ortaya çıkar (Foss, 2005: 6).

#### **2.1.8.2.4. Kapasite Kullanımı**

Williamson’a göre “İşlem maliyeti yaklaşımı, temel olarak piyasa ve firma açısından maliyetleri ön plana çıkaran bir yaklaşımdır”. Niehans (1987: 677) ise işlem maliyetlerini, “mülkiyet haklarını transfer etme maliyeti olarak belirtmiş, işlem maliyetlerini herhangi bir mal veya hizmetin değişimi için katlanılan tüm maliyetler” olarak tanımlamıştır.

İşlem maliyetlerinin anahtarı, doğru, objektif ve güvenilir bilginin ne kadar pahalı olduğudur. Buradan yola çıkarak sağlık kurumlarında optimum kapasite kullanımı amaçlanmakta, bunun aşılması halinde tam tersine maliyetlerde artış gözlenmektedir. Kapasitede ki artış, hizmet kalitesini düşürerek, tedavi sürecini uzatacak, sunulan hizmetin yoğunluğunu arttıracak ve hastaların hastanede ortalama yatış süresini uzatacaktır. Bu durumda yatak devir hızı düşecek, hastaların hastanede kalış sürelerini arttıracak ve hasta maliyetlerini yükseltecektir. Sonuç olarak ya kapasite kullanım oranı hesaplanarak buna uyulacaktır ya da yatak devir hızını yükseltmek için işlem maliyeti yaklaşımına göre örgüt içinde hizmet üretimini artırmak amacıyla sağlık personeli sayısında artış sağlanacaktır (Yiğit ve Ağırbaş,

2003: 79). Firmaların amacı, işlem maliyetlerini minimize ederek verimliliği sağlamak, faydayı artırmaktır (Yılmaz, 2002: 70).

#### **2.1.8.2.5. İşletmenin büyüklüğü**

İşlem maliyeti yaklaşımına göre işletmeler büyüdükçe, yönetilecek alan genişleyecek, etkin bir iletişim ağı kurulması gerekecek, üretim veya sunulacak hizmetler artacak ve maliyetler yükselecektir. Bu durum işlem sayısını çoğaltacak ve işlem maliyetleri artacaktır. İşlem maliyetleri bilgi maliyetleri ile ilişkilendirilmiştir. İletişim, yönetim ve hizmet sunumundaki artış için gerekli işlem sayısının fazla olması maliyetler açısından olumsuz bir durum yaratacak ve işlem maliyeti yükselecektir (Ekinci, 2008: 100).

#### **2.1.8.2.6. Teknoloji**

İşletmelerde teknoloji kullanımının artması daha kısa sürede ve kaliteli hizmetin düşük maliyetle sunulmasına olanak sağlayacaktır. Sağlık kurumlarında üstün tıbbi teknolojinin kullanılması anbean yayılmış ve sağlık kurumları teknolojinin derin olarak kullanıldığı işletmelere dönüşmüşlerdir. İşlem maliyeti yaklaşımının temelini oluşturan “El değiştirme veya mülkiyetin değişimi maliyetlerinin en asgari düzeye indirilmesi” kuramına göre ileri teknoloji kullanımı için karar verme sürecinde yapılacak işlemler (satın alma, kiralama vb), işlem maliyetini artıracaktır. Ancak sağlık kurumlarında ileri teknolojinin kullanılması ile teşhis ve tedavi süresi kısılacak ve hata oranı düşecektir. Bu durum sunulacak hizmet kalitesini arttıracak, hizmetin daha kısa sürede ve doğru olarak verilmesini sağlayacak ve genel anlamda maliyetlerin düşürülmesini sağlayacaktır (Mendi, 2014: 28).

#### **2.1.8.2.7. Sözleşmeler**

Bir mal ya da hizmet, piyasa mekanizması içinde faaliyet gösteren tedarikçiden alınırsa sözleşme yapılması gerekir. Sözleşmeler; kısa, orta ve uzun vadeli yapılabilir. Uzun vadeli yapılan sözleşmeler, ileri safhalarda değişen ve gelişen koşullara göre değişebileceğinden sözleşmelerde revizyon gerektirebilir. Sözleşmelerde alıcı ve satıcı arasındaki ilişki güvene dayanır. Alıcı, isteklerini teknik şartname düzeyinde hazırlayarak satıcıya gönderir. Satıcı, sözleşmedeki şartlara göre

mal ve hizmet taahhüdünü yerine getirmek zorundadır. Bu nedenle zamanı gelince taahhütler yerine getirilerek, sözleşme şartlarını ihlal edecek ve fırsatçılık sayılacak davranışlardan kaçınacaktır (Demir, 2016: 30-31). Çünkü böyle bir durumda yasal yollara başvurulması gerekecek, dolayısıyla işlem maliyeti artacaktır. Aynı şekilde piyasada belirsizliğin yüksek olduğu mal ve hizmet alımlarında, sözleşme öncesi işletmelerin araştırma ve bilgiye ulaşma maliyetleri artacak ve bu durumda sözleşme maliyetleri yükselecektir.

#### **2.1.8.2.8. Dış Kaynaklardan Yararlanma**

Mal ve hizmet üreten işletmeler için bir kısmını veya bazı bölümlerini, bir başka işletmeye yaptırabilir. Böylece işletmeler, bağımsız bir başka işletmeden destek sağlayabilirler. Bu durumda işletme dış kaynak kullanmış olmaktadır (Belcourt, 2006: 270). Örneğin, sağlık kurumları hastaların ve kaza ile yaralananların teşhis ve tedavi edildikleri işletmelerdir. Bu kurumlarda sağlık hizmetleri yanı sıra yemek, temizlik, güvenlik vb. hizmetlerde verilmektedir. Bu hizmetlerin dışarıdaki bağımsız işletmelerden temin edilmesi dış kaynak kullanımına örnek gösterilebilir.

Ancak sağlık kurumlarının dış kaynak kullanması, araştırma, pazarlık, karar verme ve sözleşme maliyetlerini gerektirdiğinden, işlem maliyetlerinin de artmasına yol açacaktır.

#### **2.1.8.2.9. İşlem Maliyetlerinin Azaltılması Çalışması**

İşlem maliyetlerini etkileyen faktörlerden yola çıkarak, maliyetlerin düşürülmesi çalışmaları yapılmıştır. Özgen (2002), işlemlerin neden olduğu maliyetlerin minimize edilmesine ışık tutmak üzere Şekil 7’de görüleceği gibi bir model geliştirmiştir. Model; işlem maliyetini 3 unsur altında kontrol edebilmektedir:

(1) Serbest Piyasa, (2) Sözleşme koşulları, (3) Dikey Entegrasyon.

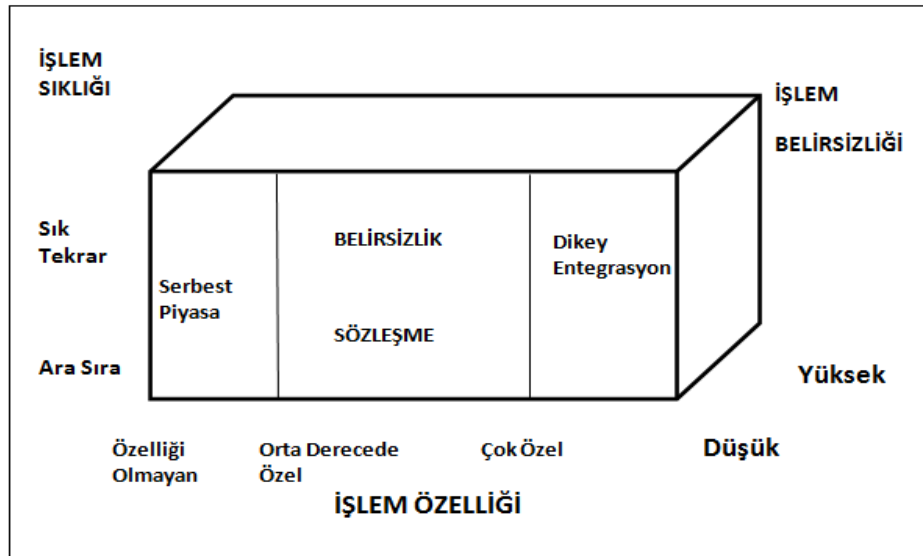
Birinci seçenekte, örgüt içinde sıklıkla kullanılmayan ve özelliği olmayan bazı mal ve hizmetlere ulaşmak için serbest piyasaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Yani piyasada kolaylıkla bulunan ve temin edilen varlık özgüllüğü düşük mal ve hizmetlerin temini için piyasa koşullarının önemine dikkat çekmiştir. Fakat piyasa koşulları incelendiğinde, ihtiyaç duyulan mal ve hizmetlerin tedarikçi



ikamesinin olup olmadığı ya da tekelleşmiş olmamasına dikkat edilmelidir. Tekel piyasalarda fırsatçı eğilimlerin olduğu bilinmektedir ve bu da işlem maliyetinin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca davranış belirsizliğinin yüksek olduğu durumlarda işletme araştırmaya yöneleceğinden dolayı bilgiye ulaşma maliyeti artar ve işlem maliyetinin yine artmasına neden olmaktadır. Sözleşme seçeneği incelendiğinde, ara sıra temin edilen ve her zaman ikame edilemeyen mal ve hizmetler için uygun bir formdur. Piyasa mekanizmasının olumsuzluklarından kurtulmak için sözleşme mekanizması fonksiyoneldir. Sözleşme formu, mal ve hizmet temininin zor olduğu ve tedarikçilerin kısıtlı olduğu durumlarda önem kazanmaktadır. Çünkü sözleşme her iki tarafı bağlayıcı özelliğe sahiptir ve başarılı uygulanabilmesin diye tamamen iyi planlanması ve etkili bir kontrol düzeneğinin uygulanması önemlidir. Böylece fırsatçı davranışlar önlenmekte, işlem maliyetleri kontrol edilebilmekte ve düşürülebilmektedir.

Dikey entegrasyonla ilgili olarak yönetim yapıları seçeneğine bakıldığında, varlık özgülüğü yüksek olan mal ve hizmetlerin sıklıkla temin edildiği ve belirsizlik koşullarının yüksek olduğu işlemlerde dikey entegrasyon kullanılması faydalı olmaktadır (Özgen, 2002: 54-55).

**Şekil 7:** Üç Boyutlu İşlem Maliyetlerini Minimize Etme Modeli



**Kaynak:** (Özgen, 2002: 55)

### 2.1.8.3. İşleme Konu Olan Varlığa Yönelik İşlem Ölçüleri

İşlem konusu olan varlığa ilişkin faktörler, mal veya hizmetin özgüllük çeşitleri ve karmaşıklık derecesi olarak tanımlanmaktadır. İşleme ilişkin faktörler ise işlemin sıklık derecesi olarak belirlenmiştir.

#### 2.1.8.3.1. Varlık Özgüllüğü (Yer, Fiziksel, Beşeri)

Williamson'a göre varlık özgüllüğü, belirli işlemlerin arkasında durmak için yapılan dayanıklı yatırımlar ile bu işlemin ertelenmesinden doğan fırsat maliyetidir (Shelanski ve Klein, 1995: 337). Müşteri ya da firma tarafından kullanılan bir girdi, diğer firmalar tarafından yer, fiziksel ve beşeri özellikleri dolayısıyla kullanılmıyorsa, kullanılan girdinin varlık özgüllüğü çok yüksektir (Williamson, 1981: 555). Kısaca varlık özgüllüğü söz konusu işlemin haricinde az bulunan ya da bulunamayan önemli yatırımları tanımlamaktadır (Anderson ve Dekker, 2005, 1741).

Yer özgüllüğü girdinin coğrafi konumuna bağlı olabilir. Örneğin, doğal bir kaynağa yalnızca belirli noktalarda ulaşılabilirse ve kaynağın taşınması için maliyet gerekiyorsa yer özgüllüğünden söz edilmektedir (Benjamin ve diğerleri, 1987: 490). Yer özgüllüğü, taşıma ve stok tutma maliyetlerini minimuma indirmek için tesisin yerini belirlenmesi şeklinde de ortaya çıkmaktadır (Davut, 1994: 34). Uzmanlaşmış bir makine ya da karmaşık bir sistem, tek bir amaç için tasarlanmışsa fiziksel varlık özgüllüğü yüksektir. Yüksek derecede uzmanlaşmış beşeri yetenekler zihinsel ya da fiziksel olsun, yerine başka amaçlar için çalışma yapılamıyorsa beşeri varlık özgüllüğü söz konusudur (Benjamin ve diğerleri, 1987: 490).

Benjamin ve diğerleri; yer, fiziksel ve beşeri varlık özgüllüğüne ek olarak “zaman özgüllüğünü” tanımlamışlardır. Ömrü kısa olan bir ürün, üretildiğinden kısa bir süre içinde üretildiği yere ulaşılmasını ve tüketilmesini zorunlu kılıyorsa zaman özgüllüğünden bahsedilmektedir. Örneğin, belirli bir sürede imalat sürecine dahil edilmesi gerekirken girdi o sürece yetişemezse büyük maliyetler ortaya çıkmaktadır (Benjamin ve diğerleri, 1987: 490).

Düşük varlık özgüllüğü olan mallar, yaygın olarak bulunan, kolayca değişime konu olabilen mallardır (Rabinovich ve diğerleri, 2003: 133). Bu mallar kolayca ikame edilebilir, tehlikesi azdır ve tedarikçiler, alternatif kaynaklara kolayca

yönelebilirler (Williamson, 1981: 555) . Varlık özgüllüğü yüksek olan mallarda; firma, potansiyel olarak daha kısıtlı sayıda ticari ortaklar ile çalışacaktır. Bu durumda kısıtlı sayıda olan firmalar ile pazarlık gücü zayıflayacak ve işletmeye karşı fırsatçı davranışların riski artacaktır (Bunduchi, 2005: 323).

Varlık özgüllüğü yüksek olan mallar, özgüllüğü daha az olanlara nazaran karmaşıklık derecesi daha yüksek olarak algılanmaktadır. Ancak bu iki kavram birbirlerinden bağımsızdır. Örneğin; fiziksel varlık özgüllüğü düşük olan bir otomobil üretiminde, otomobilin özelliklerinin oldukça fazla açıklanması ve tanımlanması gerekir. Bu nedenle karmaşıklık derecesi oldukça yüksektir. Oysa bir kömür madeninden elde edilen kömür yüksek yer özgüllüğü niteliği taşımasına rağmen çıkarılan kömür ürününün karmaşıklık düzeyi düşüktür (Benjamin ve diğerleri, 1987: 491).

**Şekil 8:** Ürün Tanımının Karmaşıklığı ve Varlık Özgüllük Derecesine Göre Yönetim Mekanizmasının Seçimi

<b>Ürün Tanımın Karmaşıklığı</b>		<b>Hiyerarşi</b>	<b>Yüksek</b>
	<b>Pazar</b>		<b>Düşük</b>
	<b>Düşük</b>	<b>Yüksek</b>	

**Varlık Özgüllüğü**

**Kaynak :** (Benjamin ve diğerleri, 1987: 31)

#### **2.1.8.3.2. İşlem Sıklığı**

İşlem sıklık derecesi, işlemlerin tekrar edilme düzeylerini belirtmektedir (Castner ve Ferguson, 2000: 66). İşlemin, tarafları arasında gerçekleşen değişim miktarı işlemin sıklık derecesini gösterir (Rabinovich ve diğerleri, 2003: 134). İşlem maliyeti yaklaşımında işlem sıklığı, işlemin geleceği hakkında yol göstermektedir.

Eğer işlemin sıklığı yüksek ise sürekli üretim yapacak tedarikçilere ihtiyaç duyulmaktadır (Sharland, 1993).

Williamson'a göre varlık özgüllük düzeyinin yüksek veya düşük olmasına bağlı olarak, sık tekrar eden ya da sık tekrar etmeyen işlemler için firmanın iç kaynak veya dış kaynak kullanması gerekmektedir. Varlık özgüllüğü derecesi düşük ise hem nadir hem de sık olarak tekrar eden işlem için dış kaynak kullanılması uygundur. Çünkü bu durumda pazar rekabetçi bir yapıya sahip olur ve tedarikçi firma yüksek kaliteli ürünleri daha uygun bir maliyet karşılığında elde edebilir. Eğer varlık özgüllüğü derecesi yüksek ise kaynak kullanımını kararı işlemin sıklık derecesine bağlı olacaktır. Sıklık ve varlık özgüllüğü derecesi yüksek ise firmaların iç kaynak kullanıma yönelmeleri gerekmektedir (Murray ve diğerleri, 1999: 798).

#### **2.1.8.3.3. Belirsizlik**

Williamson (1985) iki çeşit belirsizlik tanımlamıştır. Birincil belirsizlik, ortaklar arasında tahmin edilemeyen davranış değişiklikleridir. Bu belirsizliğe, fırsatçılık örnek verilebilir. Firmalar arası belirsizlik az ise birincil tip belirsizliğin düşük, firmanın davranışları geleceğe göre yönlenecek ve gelecek, firmalar açısından tahmin edilemeyecek durumda ise yüksek olarak tanımlanır. İkincil tip belirsizlikler ise kazara oluştuğundan stratejik önemi yoktur (Sharland, 1993). Belirsizlik düzeyi yüksek olan ürünlerde iletişim maliyetleri artmaktadır (Benjamin ve diğerleri, 1987: 7).

Belirsizlik dört farklı değişken içerir. Bunlardan ilki küresel tedarik zincirinde ki hızlı değişimlerden kaynaklanan düzenleyici belirsizliklerdir. İkincisi, hammadde ve işçilik maliyetlerini belirleyen fiyat değişiklikleridir. Hızlı büyüyen şirketlerde stratejik düzenlemelerde iptal edilen sözleşmeler, üçüncü değişken olan tedarikçi öngörülmezliğine örnek verilebilir ve para dalgalanmaları nedeniyle oluşan döviz riskleri son belirsizlik değişkenidir. Bu değişkenlere kültürel belirsizlik de eklenebilir ancak bu konuda herhangi bir araştırma yapılmamıştır (Bremen ve diğerleri, 2010: 20).

#### 2.1.8.4. İşlem Maliyetini Oluşturan Unsurlar

Maliyet analizleri yapıldığında; dışarıdan temin edilen hizmetin üretim maliyeti az seviyede, hizmeti içselleştirmenin ise üretim maliyeti daha fazladır. Aynı zamanda dışarıdan hizmeti sağlamanın işlem maliyeti çok fazla iken işlemi içselleştirmenin işlem maliyeti daha azdır. Üretim maliyetlerini; mal ve hizmet üretiminde malzeme, işçilik ve sermayenin gerekli olması durumu artırmaktadır. Bu süreçteki işlem maliyeti ise üretimi gerçekleştirecek kişilerin ve faaliyetlerin izleme ve kontrol etme maliyetlerinden oluşmaktadır. Dışarıdan temin edilen hizmetin işlem maliyeti, o işlemin koordinasyon maliyetini oluşturur (Williamson, 1985: 15-16). İşlem maliyetleri koordinasyon maliyetleri olarak da adlandırılabilir. Koordinasyon maliyetleri; alıcı ve satıcı birbirlerine ulaşmak için yaptıkları araştırma maliyetlerini, aralarında işlenen bilgiden doğan maliyetleri, sözleşme görüşmelerinin maliyetleri ve fırsatçı davranışlardan korunma maliyetlerini içermektedir (Daniel ve Klimis, 1999: 319). Çünkü işleme özel olan sözleşmenin ayarlanması, tanımlamaların belirtilmesi ve işlenmesi işlem maliyetini oluştururken, sözleşmede belirsizlik, sınırlı rasyonellik ve fırsatçılık gibi hususlar da işlem maliyetlerini arttıracak unsurlardır. İşlemin içselleştirilmesi durumu işveren ile iş gören arasında güven konusu hariç ciddi sorunlara neden olmamaktadır. Dışarıdan sağlanan faaliyetlerde ise güven konusu, sözleşmelerdeki pazarlık ve herhangi bir uyuşmazlık halinde azalacağından bu durumda mahkeme ve uzlaşma komisyonlarına başvurulması işlem maliyetlerini arttıracaktır (Williamson, 1985: 25).

İşlem maliyetini oluşturan süreçte ilk basamakta bir veya birden fazla iş ortağı seçilir. İkinci adımda taraflar koordinasyon aşamasına geçerler. Ticari taraflar değerlerini ve kaynak kullanımını artırmak için uğraşırlar. Eğer bu süreçte anlaşma sağlanamazsa taraflar arasında sözleşme düzenlenene kadar görüşmeler devam etmek zorundadır. İşlem maliyetleri, beklentiyi karşılayan bir iş ortağı ile anlaşma sürecinde, mal ve hizmetlerin fiziksel değişim ve ödeme aşamasındaki anlaşmazlıkların giderilerek işlemler üzerinde netlik sağlayan maliyetleri kapsamaktadır (Lee, 1996: 399).

#### **2.1.8.4.1. Araştırma Maliyetleri**

Basit mikro ekonomik modellerde; alıcıların, satıcıların pazarda sunduğu ürünlere ve bu ürünlerin fiyatları hakkındaki bilgiye maliyetsiz şekilde ulaştığını varsaymaktadır. Günümüzde alıcılar satıcıların sunduğu ürünler ve fiyatları hakkında bilgi sahibi olmak için araştırma maliyetlerine katlanmak zorundadırlar (Bakos, 1991: 295). Araştırma maliyetleri; telefon görüşmelerini, bilgisayar masraflarını, dergilere ödenen üyelik aidatlarını, araştırma sürecinde kaybedilen zamanı ve yol ücretlerini içermektedir (Chircu ve Mahajan, 2006: 900).

Araştırma maliyetleri satıcı açısından satış veya pazarlama maliyetleri olarak tanımlanır. Satıcılara göre bu maliyetler ürünleri en uygun alıcıya ulaştırabilmek için harcanan reklam ve pazarlama maliyetleridir (Holzmüller ve Schüchter, 2002: 14-15). Genel olarak araştırma maliyetleri; bir tüccarın kendisine en uygun mal ve hizmet sunumunu gerçekleştiren satıcıyı bulmak ve bilgi edinmek amacıyla harcadığı parayı ve kaybettiği zamanı kapsamaktadır (Lee, 1996: 399).

Urbany, Dickson ve Kalapurakal, bir müşterinin araştırma yapmasının beş faktörü kapsayan bir fonksiyon olduğunu belirtmişlerdir. Bu beş faktörün; araştırma için sarf edeceği çaba, ürünün kendisine sağlayacağı ekonomik katkı, maliyet, kişinin sermayesi (bütçe gibi), yaş ve cinsiyet gibi demografik öğelerden oluşmaktadır. Bunun yanı sıra motivasyon ve alışverişten hoşlanmak gibi kendisine sağlayıcı psikolojik katkılarda etken olacaktır (Grover ve diğerleri, 2006: 299).

Araştırma maliyetleri bilgi asimetrisine göre üçe ayrılır. İlk olarak alıcıların mağazanın yeri ve ürünün fiyatı hakkında eksik bilgiye sahip olması nedeniyle ortaya çıkan zaman ve çaba maliyetleridir. İkincisi, ürün kalitesi hakkında ulaşılmaya çalışan bilgi maliyetidir. Son olarak da ikame edilebilen ürünler için yapılan pazar araştırması sonucu harcanan çaba maliyetidir (Grover ve diğerleri, 2006: 299).

#### **2.1.8.4.2. Pazarlık Maliyetleri**

Alıcı veya satıcı araştırma evresi sonunda elde edilen bilgileri yeterli bulduysa bir sonraki aşama olan pazarlık/anlaşma işlemine geçerler. Pazarlık aşaması, alıcı ve satıcı tarafından ortaya atılan tekliflerin değişimidir (Cramton, 1991: 1221). Pazarlık aşamasının içerdiği maliyetler; telefon görüşmelerini,

gönderilen mektuplar ve faksları, iş toplantıları için yapılan yolculukları ve sözleşme görüşmelerinin yasal maliyetlerdir (Chen, 2005: 154).

Alıcı ve satıcı arasında gerçekleşen pazarlık sürecinde fiyat mekanizmaları etkilidir. Ticari taraflar ekonomik çıkarlarını korumak için değişim işlemlerini en düşük maliyetle gerçekleştirmek için çaba gösterirler (Ülgen ve Mirze, 2006: 311). Coase'un fiyat mekanizması ile belirttiği nokta bir sözleşmenin müzakere ve anlaşmadaki maliyetleridir (Allen, 1999: 895). Sektörde alıcılar, fiyatları en düşük seviyede tutarak daha kaliteli ürün ve hizmet elde edebilmek için pazarlık yaparken, tedarikçiler ise fiyatları artırmak veya satın alınan ürün veya hizmetin kalitesini düşürerek pazarlık güçlerini sergilemektedirler (Porter, 1998: 30).

İşlem maliyeti teorisinde alıcı ve satıcının pazarlık güçlerini belirleyen faktörler vardır:

- Tarafların biri diğerine göre eksik bilgiye sahip olması (asimetrik bilgi) (Porter, 1998: 32).
- İşlem yapan karşılıklı kişilerin az olması (Bunduchi, 2005: 323).
- Fırsatçılık (Lee, 1996: 401).

Porter'a göre alıcı, piyasa fiyatları, tedarikçinin maliyeti veya talepler hakkında eksik bilgiye sahipse, pazarlık gücü zayıflayacaktır. Alıcı da bilgi asimetrisi mevcut ise tedarikçi fırsatçı bir fiyatlandırma stratejisini uygular. Ticari ortaklıklar sonucu pazarlık gücü azaldığında fırsatçılık riski artış göstermektedir (Bunduchi, 2005: 323).

Varlık özgüllüğü derecesi yüksek olduğunda ticari ortak sayısı azalacağından, fırsatçılık riskinin artmasına yol açmaktadır (Bunduchi, 2005: 323). Bir parçanın üretimi piyasada yalnızca belirli firmalar tarafından gerçekleştiriliyorsa diğer bir deyişle üründe belirli firmalarca uzmanlaşma sağlanmış ise ana üreticinin yan sanayi değiştirme maliyeti yüksek olmakta veya sınırlı olmaktadır. Bu durumda yan sanayici müşteriye göre pazarlık gücünün yüksek olmasına ve üretim sürecinde ya da teklif verme aşamasında fırsatçı davranmasına sebep olabilir (Bedir, 1999: 52-53).

#### 2.1.8.4.3. Karar Verme Maliyetleri

En genel anlamıyla karar verme, eldeki alternatifler arasından seçim yapmaktır (Türkel, 1984: 367). Karar verme aşaması bir süreçtir ve bu süreç aşağıdaki maddeleri içermektedir (Aşgun ve Tokat, 2003: 88-90):

- Sorunun belirlenmesi
- Belirlenen sorunu doğuran nedenler ve ögelerin belirlenmesi
- Uygun çözüm yolunun bulunması
- Geçici kararın değerlendirilmesi
- Kararın verilmesi ve kararın uygulamaya konulması aşamaları

Karar verme sürecinin maliyeti yüksek olup ruhsal ve maddi güçlükleri barındırır. Bu yüzden karar verme sürecinde belirli maliyetler göze alınmalıdır. Sınırlı rasyonelliğin neden olduğu karar verme maliyetleri, işlem maliyeti yaklaşımını oluşturan unsurlardan biridir (Simon, 1982: 42). Karar verme maliyetleri, karar verme aşamasında harcanan zamanın (Chen, 2005: 156) yanı sıra yanlış kararlar sonucunda oluşacak zararları ve alınan kararların kişiler arasında koordine edilmesi sonucu oluşan masrafları içermektedir (Birner ve Wittmer, 2004: 668).

Pazarlık görüşmeleri alıcılar açısından ele alınır ise, satıcının pazarlık görüşmelerinde sunmuş olduğu şartlar, diğer potansiyel satıcıların sunmuş olduğu şartlar ile karşılaştırılır (Chandon ve Martin, 2000: 3). Satıcılar için ise karar verme maliyetleri, mal ve hizmetin söz konusu alıcıya mı yoksa başka bir alıcıya mı satılacağı yönünde verilen kararları içermektedir (Chen, 2005: 156). Alıcılar faydalarını maksimize etmek ve karar verme maliyetlerini minimuma indirmeye çalışırken, satıcılar da aynı şekilde karar verme maliyetlerini en aza indirmek ve karlarını maksimize etmek için çaba göstermektedirler (Spires ve Chu, 2003: 210).

Karar verme sürecinin başlangıcı ve bitişi arasındaki sürenin kısalığı veya uzunluğu çok önemlidir. Karar hemen uygulamaya geçirilir ya da anlık karar verilirse kararın verimlilik derecesi düşebilir. Gereğinden fazla uzatılan karar verme süreci de kıt bir kaynak olan zamanı, maliyet unsuru olarak tüketmeye devam



etmektedir. Bu süreç karşı tarafın mal veya hizmeti başka bir alıcıya satmasına neden olabilmektedir (Can, 2002: 267).

Pazarlık sürecindeki bilgi asimetrisi karar verme sürecini de doğrudan etkilemektedir. Alıcı ve satıcı arasındaki bilgi asimetrisi, fırsatçı yaklaşımlara sebep olabilir. Bu durum taraflardan birinin yanlış yönlendirilmesine neden olup karar verme maliyetlerinde artış yaratabilir. Araştırma sürecinin verimli gerçekleştirilmemesi karar verme maliyetlerine yol açmaktadır (Bunduchi, 2005: 323).

#### **2.1.8.4.4. Sözleşme Görüşme Maliyetleri**

Williamson (1985: 21), işlem maliyetlerini; sözleşme yapılmadan önceki maliyetler (ex ante costs) ve sözleşme yapıldıktan sonraki maliyetler (ex-post costs) olmak üzere iki grup altında toplamıştır. Sözleşme öncesi işlem maliyetleri; taslak hazırlama, müzakere ve anlaşmayı teminat altına alma gibi maliyetleri içerir. Sözleşme yapıldıktan sonraki işlem maliyetleri ise işlemlerin gerekli düzenlemelerden saptığı durumlarda ortaya çıkan anlaşmazlık maliyetlerini, iki taraflı yeniden pazarlık maliyetlerini, uyuşmazlıkların çözümü için gerekli kurulların (genel olarak mahkemeler haricinde) oluşturulması ve işletilmesine ilişkin maliyetleri ve sorumlulukların teminat altına alınması maliyetlerini kapsamaktadır.

Alıcı ve satıcılar, fırsatçı davranışları nedeniyle meydana gelecek zararlardan korunmak için önlem alırlar. Batı ekonomilerinde önlem almak amacıyla kullanılan en garantili yöntem sözleşmelerdir (Dyer, 1997: 537). Türk Borçlar Hukuku'na göre sözleşmeler, birbirinden farklı amaç ve çıkarlar ile hareket eden kişiler arasında hukuki bir sonuç doğurmak ve bir borç ilişkisi kurmak, var olan borçta değişiklik yapmak ya da onu ortadan kaldırmak için yapılan anlaşmalardır (Can ve Güner, 2001: 119).

İşlem maliyetleri, sözleşme şartlarının maliyetleri ile sözleşme görüşmeleri aşamasında ortaya çıkan maliyetleri kapsamaktadır (Lee, 1996: 399). Nooteboom'a göre sözleşme aşamasında gerçekleşen maliyetler, anlaşmanın hazırlık aşamasında ortaya çıkabilecek olası problemler olarak kabul edilmektedir (Carmel ve Nicholson, 2005: 38). Sözleşme süresince kişilerin karşılaştığı bu problemler sözleşmenin

hazırlanması, gereken durumlarda hukuki yardım alınması ve sözleşmenin teminatlarının belirlenmesini içerir (Zoroğlu, 2012).

Hobbs (1996: 23)'a göre işlemin fiziksel hareketinden doğan maliyetler sözleşme görüşme maliyetleridir. Örnek olarak; yönetim alanındaki şartların maliyetini, avukat tutma harcamaları vb. maliyetleri içerebileceği gibi işlemin gerçekleşme hizmeti karşılığında aracıya yapılan ödemeler de olabilir.

Bir işlem; varlık özgüllüğü derecesi düşük, işleme konu olan ürün ya da hizmet iyi tanımlanmış, karmaşıklık derecesi az, taraflar arasında daha yumuşak bilgi asimetrisi barındıran ve kolay ölçülebilir bir nitelik taşımakla birlikte bünyesinde çok fazla değişimi taşımayor olabilir. Bu işlem, aralarında yoğun rekabet olan tedarikçiler tarafından sağlanıyor ise fiyat ve performans pazar tarafından yürütüleceğinden sözleşme görüşme maliyetleri düşük olacaktır (Melese ve Frank, 2005: 20). Sözü edilen durumun tam tersi bir durum söz konusu olduğunda ise fiyat ve performans hiyerarşiler tarafından yürütülecektir. Bu durumda sözleşme yapmak için daha derin görüşmeler gerekeceğinden daha fazla zaman harcanacak, yol, telefon ve kırtasiye gibi giderlere neden olacak ve maliyet artışı ortaya çıkacaktır.

#### **2.1.8.4.5. Sözleşme Uygulama ve Kontrol Maliyetleri**

İşlem maliyetleri, sözleşme uygulama ve kontrol maliyetlerini de içermektedir (Dyer, 1997: 536). Sözleşme uygulama ve kontrol maliyetleri, tedarikçinin davranışlarının kontrol edilmesini veya öncesinde görülmüş olan işlem şartlarının güvence altına alınmasını ve tedarik edilen malın kalitesini içerir (Hobbs, 1996: 17).

İmzalanan sözleşmeler ticari taraflar için her zaman tatmin edici olmayabilir. Bu durumda alıcı ve satıcılar bu koşulları düzeltmek amacıyla tekrar görüşmelere başlarlar. İşlemlerle ilgili olan anlaşmazlıkların giderilmesi ve indirimler üzerinden anlaşmaya varılması çalışmaları bu maliyetleri artırmaktadır (Chen, 2005: 153). Tatmin etmeyen sözleşmeler karşısında taraflar; fiziksel olarak yapılan yolculuklar, telefon görüşmeleri, kırtasiye masrafları ve harcadıkları zaman ile maliyetleri katlamaktadırlar.

Sözleşme yapan taraflar her zaman sözleşme kurallarına sadık kalmayabilirler. Bu yüzden sözleşme koşullarına uygun davranılıp davranılmadığı kontrol edilmektedir. Eğer taraflar arasında Leasing (Finansal Kiralama) sözleşmeleri yapılmışsa bu kapsamda finansal kiralama mukaveleleri incelenmeli ve buna uygun davranılıp davranılmadığı araştırılmalıdır (Demirkan, 2011: 128). Sözleşme uygulanma aşamasında öngörülemeyen durumlarda, ticari taraflar fırsatçı davranışlar göstererek verdikleri sözün dışına çıkıp kendi çıkarlarını düşünebilirler. Bu açıdan sözleşmenin uygulama maliyetleri, ticari bir ortağın anlaşmaya uygun olmayan davranışları nedeniyle ortaya çıkan pazarlık ve teyit maliyetlerini kapsamaktadır (Dyer, 1997: 536).

#### **2.1.8.5. İşlem Maliyeti Yaklaşımıyla İlgili Çalışmalar**

##### **2.1.8.5.1. Dünyada İşlem Maliyeti Yaklaşımıyla İlgili Yapılan Çalışmalar**

Coase (1937: 387)'un 1937 yılında ortaya attığı “İşlem Maliyeti Yaklaşımı”, piyasa içerisinde gerçekleştirilen faaliyetlerden ötürü ortaya çıkan işlemlerin maliyetlerini minimize veya yok etmeyi amaçlamıştır. İşlem maliyeti yaklaşımı organizasyonel limitleri net bir şekilde belirleyen kararların açıklanmasında en güçlü teori haline gelmiştir (Geyskens ve diğerleri, 2006: 519). Bu yaklaşım, iktisat ile organizasyon kavramının birleştiği alan olarak onaylanmaktadır. Ayrıca, klasik yaklaşım rasyonellik ve etkinlik kavramları ile organizasyon yapılarını birleştiren bir alandır (Koçel, 2011: 357). İşlem maliyeti yaklaşımına ilişkin dünyada farklı sektörlerde önemli çalışmalar ve araştırmalar yapılmıştır.

Walker ve Weber (1984: 373)'in birlikte yaptıkları çalışmada işlem maliyetlerini analiz ederek firmalar için “yap veya satın al” kararına odaklanmıştır. Çalışma, bir ABD otomobil şirketinde “yap veya satın al” kararını işlem maliyetleri açısından incelemiştir. İşlem maliyeti bileşenlerinden olan tedarikçi-pazar rekabeti, firmanın hacmi ve teknoloji unsurlarının karar verme üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda, üretim maliyetlerinin yap veya satın al kararlarının alınmasındaki en önemli unsur olduğu saptanmıştır. Ayrıca hacim belirsizliği ile tedarikçi-pazar rekabetinin az fakat önemli etkileri olduğu belirtilmiştir. Üretimde hacim belirsizliğinin; bir bileşene (girdilere) olan talebin dalgalanmasının değerlendirilmesine ve talebin tahminlerine duyulan güvene bağlı

olduğu görülmüştür. Hacim belirsizliği yüksek olduğunda, tedarikçilerin beklenmedik üretim maliyetleriyle karşılaştıkları, fazla stok uyguladıkları görülmüştür. Bu kapsamda pazarlık anlaşmalarında işlem maliyetlerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Hacim belirsizliğinin bulunduğu durumlarda işletmelerin fazla stok bulundurmaları için tedarikçiler ile yaptığı görüşmeler, fiyat anlaşmaları, sözleşmelerin büyüklüğü ve finansman gibi konular ile ilgili çalışmalar işlem maliyetlerinin büyük ölçüde arttığını göstermektedir.

Pollak (1985: 605) ise farklı bir konuda çalışma yapmıştır. Aileleri ve ev ekonomilerini işlem maliyeti yaklaşımına göre incelemiştir. Bu kapsamda, ailelere uygulanan işlem maliyeti yaklaşımının, iç yapı ve organizasyonun önemini kabul ederek yeni ev ekonomisini genelleştirmiştir. Aile yapısının bir yönetim merkezi gibi algılayıp iki amaca ulaşılması hedeflenmiştir. Birincisi, ailenin teşvik temin etme becerisine odaklanarak performansını izlemek ve bu becerilerinin toplumlar arasında nasıl farklılık gösterdiğini belirlemektir. İkincisi ise, karmaşık ve uzun vadede ilişkileri yapılandırmada kurumların rolünü vurgulayan işlem maliyeti yaklaşımının sözleşme perspektifi ile aile içindeki tahsis ve dağılımını açıklamaktır.

Çalışmanın birinci bölümünde, aile yönetiminin avantajları ve dezavantajları incelenmiştir. Evde “üretim için üretim” ve “pazar için üretim” olmak üzere iki ekonomik faaliyete yönetim analizi uygulanmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde, ailelerdeki ödeneklere ve dağılımlarına odaklanılmıştır. Ayrıca “evlilik” bir sözleşme olgusu olarak algılanmış ve evliliğe özgü sermayenin rolleri incelenmiştir. Son olarak aileler ve ev ekonomileriyle ilgili olarak sosyal değişim teorisi ve işlem maliyeti yaklaşımıyla olan ilişkisi tartışılmıştır.

Çalışmanın sonucuna göre ailelerin ekonomik faaliyetlerdeki rolleri teknoloji açısından değil, yönetim açısından açıklanmıştır. Sadece hane içi üretime odaklanan yeni ev ekonomisinin aksine, aile organizasyonu ve aile yapısının önemi kabul edilmiştir. İşlem maliyeti yaklaşımı görüşleri “evlilik” kavramını bir yönetim yapısı olarak ele almış, aileler arasında “pazarlık” rolüne, aile örgütlerinin “fedakarlık” ve “aile sadakati”nin özelliklerine dikkat çekilmiştir. Bu özelliklerin kapsamında, işlem maliyeti yaklaşımının ekonometrik araştırmalar için uygun bir yapı olmadığı görülmüştür. Bu araştırma, işlem maliyeti yaklaşımını anlayışının resmi

kurumlara uygulanması ve ekonometrik tahminlerin yapılmasına olanak sağlayacak yeni modellerin oluşturulmasına yönelik ilk adımları temsil etmek amacıyla yapılmıştır (Pollak, 1985: 605-606). Bu araştırma ile aile organizasyonunun, aile yapısının önemi ve evlilik kavramının bir yönetim yapısı olduğu kabul edilmiştir.

Tedarik zinciri yönetimi, işlem maliyeti açısından 1996 yılında, Hoobs tarafından incelenmiştir. Çalışmada, pazarlama, lojistik, örgütsel davranış vb. unsurlar literatürden sağlanan bilgilerle açıklanarak, işlem maliyeti yaklaşımı ile tedarik zincir yönetimi disiplinler arası bir ortamda birleştirilmiştir. Çalışma, tedarik zinciri yönetimiyle ilgilenen ancak işlem maliyeti yaklaşımına aşina olmayanların teoriyi ampirik uygulama yöntemleri ile incelemiştir. Tedarik zinciri yönetiminin karmaşıklıklarını açıklamak için; işlem maliyeti analizi, tedarik zinciri yönetimi ile ilgili teorileri test etmiştir. Çalışmanın sonucunda, tedarik zinciri yönetimini geliştirmeye yönelik proaktif hamlenin temel olarak rekabet avantajı elde etmek için verimlilikleri artırmakla doğru orantılı olduğu belirtilmiştir. Tedarik zinciri boyunca karşılıklı ilişkilerin işlem maliyetlerini artırdığı; işbirliğinin, ekip çalışmasının, tedarik zincirindeki şirketler arasındaki verilerin hızlı değişiminin işlem maliyetlerini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Hobbs, 1996: 26).

Hobbs tedarik zinciri yönetimine teorik açıdan yaklaşırken Nandi ve diğerleri (2017: 86), tedarik zinciri yönetimini uygulayıcı bir perspektiften ele almışlardır. Hindistan'daki çiftçilerin spot pazara kıyasla süpermarket tedarik zincirine katılma kararını etkileyebilecek işlem maliyeti özelliklerini açıklayan bir model geliştirmeyi amaçlamışlardır. Çalışmada çiftçinin kararını etkileyen faktörleri belirlemek için, 127 küçük işletme sahibiyle yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır. Araştırmaya göre çiftçilerin süpermarket tedarik zincirine katılmaları için fiyat, miktar, işlem sıklığı ve piyasa bilgilerine erişim gibi faktörlerin belirgin pozitif bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, spot pazar ve süpermarket tedarik grupları arasındaki değişkenlerin piyasaya olan uzaklığı, yolun genel durumu vb. unsurların belirgin farklılıkları incelenmiştir. Süpermarket tedarik zincirlerinin, üreticiyle fiyat, kalite ve miktar konusunda anlaşmalarına katılmasının ilgili riskleri azalttığı ve üretim sürecinin daha iyi planlanmasını sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmanın Hindistan'ın Karnataka eyaletinde organik gıda pazarının gelişimine yönelik bir politika

oluşturduğu ve yönetsel etki yarattığı belirtilmiştir. Bu çalışma işlem maliyeti yaklaşımının tedarik zinciri yönetimine olumlu katkı sağladığını ortaya koymuştur.

Dış kaynak kullanım davranışını farklı açıdan açıklamak için Aubert ve diğerleri (1996: 51), işlem maliyeti yaklaşımını incelemişler ve on büyük kuruluşun dış kaynak kullanım davranışını inceleyen bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada dış kaynak kullanımı, işlem maliyeti yaklaşımının birkaç kilit özelliği altında incelenmiştir. Bunlar; varlık özgüllüğü, işlemin belirsizlik seviyesi, işlemin performansını değerlendirme zorluğu ve işlem sıklığıdır. Bu çalışmadan elde edilen birçok sonuç, bilgi işlemlerinin yönetimiyle ilgilidir. Günümüzde dış kaynak kullanımına ilişkin çoğalarak artan bir ilgi doğrultusunda bu çalışma, firmaların özelliklerine uygun olarak bilgi işlem faaliyetleri için en uygun yönetimi seçmelerinde yol gösterici olmuştur. Dış kaynak kullanım davranışını incelemek için işlem maliyeti yaklaşımının kullanılması, bu konuda önemli bir yarar sağlamıştır. İşletmeler dış kaynak kullanımına ilişkin kararları verirken (yap veya satın al) işlem maliyeti yaklaşımı yol gösterici olmaktadır.

İşlem maliyeti yaklaşımı çerçevesinde Rushton tarafından sanat finansmanının ekonomisi ve politikasıyla ilgili düşünmeye yönelik bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmanın amacı, işlem maliyeti politikalarının yöntemlerini kullanarak Ulusal Sanat Teşvik (UST)'lerindeki (NEA-National Endowment for the Arts) değişikliklerin olumlu bir analizini yapmaktır. Özellikle sanatın kamu tarafından finanse edilmesi ve UST'nin deneyimi konusunda analitik bir çerçeve sağlamak amacıyla, işlem maliyeti yaklaşımı ve politikasındaki son gelişmeler üzerinde durulmuştur. Sanatın kamu tarafından finanse edilmesi, sanat için finansman ayırmak isteyen kişilere engel olan bir dizi işlem maliyeti oluşturduğu görülmüştür. İşlem maliyetleri göz önüne alındığında kamunun sanat üzerindeki rolü hakkında tartışmalar başlamıştır (Rushton, 2003: 134). Bu tartışmalar ışığında UST'ne katkı sağlayacak kişi ve kurumların işlem maliyetlerini azaltacak yeni bir düzenlemenin önemi ortaya çıkmıştır.

Son yıllarda, spor sponsorluğu hem akademisyenler hem de ticari uygulayıcılar için gelişen bir alan olarak görülmeye başlanmıştır. Ancak Sam ve diğerleri (2005: 1), bu konuda altta yatan teori ve kavramsal temellerin eksikliğine

işaret etmişlerdir. Bu konuda yaptıkları araştırmada işlem maliyeti yaklaşımı, sponsorluk değişimlerini müzakere etme, geliştirme ve izleme maliyetlerine dikkat çeken bir yaklaşımı ortaya koymuştur. Spor organizasyonları açısından sponsorluk maliyetleri: (1) planlama ve koruma, (2) uygulama ve hizmet verme, (3) izleme ve değerlendirme olarak belirlenmiştir. Bu yaklaşım eleştirilmiş, tartışılmış ve bu çabaları ampirik araştırma önerileri ve işlem maliyeti yaklaşımı kullanarak metodolojik değerlendirmeler izlemiştir. Çalışmanın sonucunda işlem maliyeti yaklaşımının rolü, yöneticileri maliyet unsuruna duyarlı hale getirmek, uygulayıcıların faaliyette bulunduğu görüşleri genişletmek için metodolojik değerlendirmeleri iyi şekilde kullanmaları şeklinde tanımlanmıştır.

Rekabete dayalı uluslararası yoğun bir ticaretin yaşandığı çağımızda marka değeri giderek büyük bir önem kazanmaktadır. Barcala ve Díaz (2006: 32), alıcının bakış açısıyla marka değerini belirleyen faktörleri hem pazarlama hem de işlem maliyeti yaklaşımı açısından ele almışlardır. İşlem maliyeti yaklaşımının her markanın katma değerini anlamak için uygun bir çerçeve sunduğu ileri sürülmüştür. Bu kapsamda Barcala ve Diaz, pazarlama ve İşlem maliyeti yaklaşımı arasında köprü kurmak, marka değerini açıklayan faktörleri belirlemek ve tüketicinin neden bir ürüne ekstra fiyat ödemeye istekli olduklarını açıklamaya çalışmışlardır. Bu amaçla, Avrupa'daki 14 meyve-sebze markalarının keşifsel analizini yapmışlardır. Çalışmada alıcılar markaları, işlemlerdeki sözleşmeye dayalı tehlikeler yüksek olduğunda daha değerli algılamaktadırlar. Çalışmanın sonucuna göre yüksek araştırma maliyetleri dolayısıyla kalitenin değerlendirilmesi güç olduğundan, marka adı alıcı tarafından daha değerli bulunmuştur. Yani müşteriler alacakları ürünün kalitesi hakkında araştırma yapmak ve bunun için zaman harcamak yerine marka adı olan ve güven duyulan ürünleri tercih ederek bu araştırma maliyetlerinden kurtulmuşlardır. Bununla birlikte marka değerinin birçok yönünün işlem maliyeti yaklaşımının dışında kaldığını ve çalışmayı, marka değerini araştırmak için tamamlayıcı bir yaklaşım olarak ifade etmişlerdir. Marka değerinin işlem maliyetini azaltan bir olgu olduğu belirlenmiştir.

İşlem maliyeti konusunda yapılan bir diğer çalışma, sanayi bölgesi temel alınarak yapılmıştır. İşlem maliyeti yaklaşımı açısından sanayi bölgesindeki

ilişkilerin analizi Tarrés ve diğerleri tarafından incelenmiştir. Bu çalışmada İsviçre sanayi bölgesinde yer alan altı firma sahibi, yöneticileri ve sendika yöneticileriyle görüşülmüştür. Çalışma, mevcut araştırmaların yapıldığı sanayi bölgelerinin analizine alternatif bakış açısı sunmuştur. Çalışma sonucunda orta ölçekli firmalar ile küçük ölçekli tedarikçiler arasında bölge içinde güçlü etkileşimler görülmüştür. Firmalar kendi aralarında işbirliği, deneyim ve bilgi paylaşımına odaklandıkları ve tedarikçilerin ürün geliştirme alanında işbirliği yaptıkları belirlenmiştir. Firma sahipleri tarafından coğrafi olarak en yakın firmalarla olan etkileşimler, işlem maliyeti açısından avantajlı olarak ifade edilmiştir (Tarrés ve diğerleri, 2008: 232). Coğrafi alan içindeki sanayi bölgelerinde tedarikçiler ve alıcıların iletişim kanallarını daha kolay kullanarak iş birliği sağlamaları kolaylaşmaktadır. Bu durum işlem maliyetini azaltıcı yönde etki yaratmaktadır.

İşlem maliyeti yaklaşımı kentsel gelişmeye de uygulanmıştır. Joo Cho, 2011 yılında yayınladığı makalede Güney Kore'deki kentsel gelişmeyi işlem maliyeti yaklaşımına uygun olarak incelemeyi amaçlamış, özellikle kentsel gelişme sürecinde, işlem maliyetlerinde tasarruf sağlamak için belirli işlemlerin ve ilgili yönetim yapılarının analizi üzerinde durmuştur. Müzakerelerin uzatılması ve planlama kararları nedeniyle sürecin gecikmelerinden kaynaklanan fırsat maliyetleri, spekülasyon ve yasadışı rüşvetin tahmini maliyetleri, üzerinde anlaşmaya varılan sözleşmelerin uygulama maliyetleri vb. maliyetler, kentsel gelişim analizi sürecinde temel alınan maliyetlerdir. Güney Kore'de konutların yeniden yapılandırılması için uygulanan kurumsal analiz sonucunda, süreç verimliliğini değerlendirmek açısından işlem maliyeti yaklaşımının avantajlı olduğunu belirtmiştir (Cho, 2011: 1477). Bu çalışma, kentsel gelişme sürecinde işlem maliyeti yaklaşımının dikkate alındığında maliyetleri azaltıcı yönde etki yapmaktadır.

İşlem maliyeti yaklaşımı açısından çok önemli bir diğer çalışma 2013 yılında Suarez ve Duarte tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada uluslararası yatırım süreçlerinde yabancı dil sorunu nedeniyle ortaya çıkan maliyetleri incelemişlerdir. Bu amaçla işlem maliyeti yaklaşımına dayanarak, uluslararası yatırım süreçlerinde yabancı dil sorunlarının beklenen ve gerçekleşen maliyetler üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Yapılan çalışmada İspanya'da bulunan firmalar tarafından doğrudan



yapılan yabancı yatırımlar için bir veri tabanı kullanılmıştır. İşlem maliyeti yaklaşımı tarafından sağlanan çerçeve temel alınarak yabancı dil sorununun yatırım süreçlerinde, “sıfırdan yatırım yapma” ve “satın alma” arasındaki seçim üzerindeki rolünü analiz etmeyi amaçlamışlardır. Çalışma, satın alma sürecinin doğasında bulunan işlem maliyetlerine, dil probleminin potansiyel etkisinin bir analizini sunmuştur. Çalışmanın sonucunda, doğrudan yabancı yatırım sürecinde yabancı dil problemlerinden doğan iletişim eksikliği sebebiyle bilgi asimetrisi olduğu, hedef ülke ile aradaki kültürel mesafenin işlem maliyetini artırdığı görülmüştür (Vidal-Suarez ve Lopez-Duarte, 2013: 48). Bu çalışma asimetrik bilgi dağılımının ve coğrafi konumun uluslararası yatırım sürecinde yabancı dil sorununu artırdığını, dolayısıyla işlem maliyetini yükselttiğini ortaya koymuştur.

İşlem maliyeti yaklaşımı açısından bir diğer ampirik çalışma Araral’ın 2014 yılında yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada Araral, işlem maliyeti ve mekanizma tasarımı kullanarak kurumların kara kutularını açıp, bu kurumların düzenleyici tasarımı için nasıl bir önem taşıdığına dair daha tutarlı bir çerçeve, teori ve model kümesi geliştirmiştir. Kara kutu; kurumun yönetim biçimini, yöneten kişinin politik görüşlerini vb. unsurları kapsamaktadır. Bu çalışmada mekanizmaların verimlilik etkilerinin en az üç işlem maliyeti değişkenine bağlı olduğu iddia edilmiştir. Birincisi; ters seçim ve ahlaki tehlike sorunları, ikincisi; tarafların nitelikleri (sınırlı rasyonellik, fırsatçılık ve politika ağları), üçüncüsü; kurumsal bağlamlardır. Çalışmanın sonucunda, kurumların kara kutuları incelendiğinde, zayıf kurumsal ilişkilerin düzenleyici kurumlar ve düzenleyen firmalar arasındaki bilgi asimetrisi sorunu yarattığı ve fırsatçı davranışları artırdığı ileri sürülmüştür. Bilgi asimetrisi nedeniyle belirsizliğin var olmasının ve olumsuz dış etkenlerin, politika konularına ilişkin düzenlemelerin tasarımında önemli bir etkiye sahip oldukları görülmüştür (Araral, 2014: 301).

E-devlet’in bürokratik yolsuzluğun azaltılmasına ilişkin algıyı nasıl etkileyeceğini Prasad ve Shivarajan incelemiştir. Devlet hizmetlerinin bilgisayar ortamında gerçekleştirilmesinin, yolsuzluğun azaltılacağına yardımcı olacağı ancak buna ilişkin bir bilgi olmadığından yola çıkılarak, yolsuzluğun azaltılmasında teknolojinin rolünü anlamak için Hindistan’daki yerli ve çok uluslu işletmelerin 101

yöneticisine anket uygulanmıştır. Hint yöneticilerin web siteleri “şeffaflık” ve “etkileşim” boyutlarıyla değerlendirilmiş ve Hint hükümetinin web sitelerinin şeffaflık ve etkileşim boyutları, Avrupa’daki devletlerin web siteleri ile karşılaştırılmıştır. Hint hükümetine ait web sitelerinin, Avrupa’dakiler kadar şeffaflık ve etkileşim yaratmadığı belirlenmiştir. E-devlet bilgi yayılımını kolaylaştırarak ve işlem maliyetleri ile ilgili belirsizlikleri azaltarak yolsuzluğun azaltılabileceği varsayılmıştır. Hintli yöneticilerin hükümet işlemlerinin belirsizlik veya varlık özgüllüğünü azaltacak e-devlet girişimi kabul edildikten sonra yolsuzluk seviyesinde azalma olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, bilgi kullanımının artarak yaygınlaşması, vatandaşlar ile bürokratlar arasındaki yüz yüze iletişim ihtiyacını azaltmaya odaklanan e-devlet girişimlerinin, yolsuzlukla mücadelede başarılı olduğu belirlenmiştir (Prasad ve Shivarajan, 2015: 31).

İşlem maliyeti yaklaşımı e-devlet kullanımı açısından incelendikten sonra Agrawal (2015: 3), teknoloji transferlerinde işlem maliyetleri ve firma stratejilerinin sonuçları üzerine bir çalışma yapmıştır. Birçok firmanın “yenilik unsurunu”, firmalar arası rekabet avantajı yakalamak için kullandığını, bu amaçla şirketlerin, firmanın sınırları içinde ve dışında çeşitli yenilik kaynakları kullandığını belirtmiştir. Çalışmanın sonucunda, ürün ya da süreç yeniliklerine ulaşmak için yapılan kurum içi araştırma ve geliştirme masrafları, sözleşmeyle ilişkili işlem maliyetleri nedeniyle dış kaynak kullanımına kıyasla belli avantajlar sağladığı görülmüştür. Ayrıca, teknoloji transferleri ister üniversite-firma arasında olsun, ister firma-firma arasında olsun; hem kaynak firmanın hem de alıcı firmanın kurumsal özellikleri, farklı aktarım kanallarıyla alakalı olarak işlem maliyetlerini etkilediği görülmüştür. Kurum içi araştırma ve geliştirme maliyetlerinin, dış kaynak kullanımına ilişkin işlem maliyetlerinden daha avantajlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İşlem maliyeti yaklaşımıyla ilgili Endonezya’da bir petrol şirketi ile perakende sanayi şirketleri arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Setyawan ve diğerleri (2016: 62), iki şirket arasındaki iş ilişkisi çerçevesini belirlemeyi amaçlamışlardır. Bu iş ilişkisini analiz etmek için işlem maliyeti ve ilişki pazarlaması yaklaşımları kullanılmıştır. Şirketler tarafından karşılıklı yarar sağlamak ve ticaret ortaklarını kontrol etmek için kullanılan etki stratejisinin türü tartışılmıştır. Çalışmanın

sonucunda; petrol şirketi ile tedarikçileri arasındaki ilişkinin sıkı bir sözleşme yapıldığı görülmüştür. Petrol şirketleri bu sıkı sözleşmeyle çıkarlarını korurken, perakendeci ticari ortaklarına karlılık ve satış hacmini artırma şansını sunmuşlardır. Bir petrol şirketi kapsamında tedarikçi ve şirket arasındaki ilişki incelenmiş ve bu ilişki işlem maliyeti yaklaşımına dayanmıştır. Perakende şirketinde, tedarikçi ve perakendecinin güven, taahhüt ve memnuniyete dayalı ilişkisi, ilişki pazarlamasının temelini oluşturmuştur. Her iki sanayide zorlayıcı ve zorlayıcı olmayan güç denetleme politikaları vardır. Bu iki sanayideki şirketlerin ticari ortaklarını etkilemek için zorlayıcı olmayan bir güç kullanma eğiliminde oldukları görülmüştür. Böylece şirket ve tedarikçiler arasındaki işlem maliyeti yaklaşımına göre güven, taahhüt ve memnuniyete dayalı sözleşmelerin yapılması maliyetleri düşüreceğinden, işletmenin (petrol şirketinin) perakendeci ortaklarına karlılık ve satış hacmini artırmasına olanak sağlayacaktır.

Kamu-özel sektör ortaklığı projeleri için çeşitli ihale mekanizmalarını karşılaştıran, işlem maliyetlerine dayanan teorik bir model Solino ve Santos tarafından geliştirilmiştir. Model, kamu ihaleleri konusundaki mevcut AB mevzuatına göre açık usul ile müzakere prosedürlerini karşılaştırmış; hem sözleşme öncesi maliyetleri (ihale aşamasında) hem de sözleşme sonrası masrafları (uygulama maliyetleri, müzakere maliyetleri ve ortaklar arasındaki davadan doğan maliyetler gibi) ve bunların arasındaki dengeyi açıklamıştır. Kamu-özel sektör ortaklığı sözleşmelerinde kullanılan çeşitli teklif verme prosedürlerinin avantajları ve sakıncaları üzerine ampirik bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda, açık prosedürlerin, daha düşük sözleşme öncesi işlem maliyetine neden olduğu, müzakere prosedürünün, sözleşmede öngörülemeyen yeni ihtimallerin ortaya çıkma oranını düşürdüğü ve dolayısıyla işlem maliyetlerinin, sözleşme sonrası maliyetlerini azalttığı görülmüştür (Soliño ve Santos, 2016: 113). İşlem maliyetine ilişkin kamu ihalelerinde yapılan sözleşmelerde açık prosedürlerin yer alması maliyetleri düşürücü yönde etkilemektedir.

İşlem maliyetlerinin üst düzey yerel yönetimlerin kamu sektörüne ilişkin ihale sözleşmelerine olan etkisi incelenmiştir. Rasheli (2016: 545); alt ve üst düzey yerel yönetimlerin, müşterilerin bakış açısıyla kamu sektöründe ihale sözleşmelerinin

işlem maliyetlerini araştırmıştır. Tanzanya'nın Kigoma ve Tanga bölgelerinden beş yerel hükümet yetkilisinin seçildiği çoklu bir vaka çalışması tasarlanarak uygulamaya konulmuştur. Üst düzey yerel yönetim için sözleşme öncesi aşamada çok yüksek bilgi, müzakere ve izlemeye ilişkin işlem masrafları ortaya çıkmıştır. İşlem masrafları; kurumsal sorunlar, mali kaynak eksikliği, hesap verebilirlik, şeffaflık ve rekabet ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca satın alma sözleşmesindeki eksiklikler nedeniyle alt seviye yerel yönetimlerin tüm tedarik aşamaları için çok yüksek işlem maliyetleri ile karşı karşıya olduğu belirlenmiştir. Makale, yerel hükümet yetkililerinin hem alt kademe hem üst kademeleri için müşterilerin görüşleri doğrultusunda tedarik sözleşmesi için işlem maliyetleri hakkında bilgi vermiştir. Bu bilgi doğrultusunda alt kademe ve üst kademe yerel hükümet yetkililerinin kamu sektörü ihalelerindeki yaptıkları sözleşmelerde işlem maliyetlerinin azaltılması yönünde olumlu katkı sağlanmıştır.

Sosyal değişim teorisi ve işlem maliyeti teorisi çerçevesinde Uluslararası Ortak Girişime olan güveni araştıran son çalışma ise Khalid ve Ali tarafından yapılmıştır. Asya, Avrupa ve Amerika'daki Nordic firmaları tarafından kurulan 89 tane Uluslararası Ortak Girişime web üzerinden anket uygulanmıştır. Çalışmada güven ilkeleri için iki temel unsur incelenmiştir. Birincisi sosyal öncüler (ortaklarla ittifak deneyimleri, kültürel duyarlılık, ortaklar arası iletişim, uluslararası ortak girişimlerin ömrü), ikincisi yapısal öncüler (karşılıklı bağımlılık, mülkiyet payları, kaynak tamamlayıcılar)'dır. Çalışmanın sonucunda, sosyal öncüler kapsamında yer alan; ortakların kültürel duyarlılığı ve itibarı, ortaklar arası iletişim ve uluslararası ortak girişimlerin uzun ömürlülüğünün, uluslararası ortak girişim faaliyetlerine olan güveni artırdığı belirlenmiştir. Ayrıca işlem maliyeti yaklaşımının yapısal öncülerinden olan "kaynak tamamlayıcıları unsuru" firmalar arası güveni oluştururken, "karşılıklı bağımlılık" ve "mülkiyet payları"nın güven ile ilişkisinin bulunmadığı görülmüştür. Bu bulguların uluslararası ortak girişimleri oluşturmayı ve yönetmeyi planlayan yöneticiler için önemli olduğu ileri sürülmüştür (Khalid ve Ali, 2017: 491). Uluslararası ortak girişimlerin oluşturulmasında, yukarıda belirtilen unsurların dikkate alınması, Uluslararası Ortak Girişim şirketlerinin kurulmasında ve sayılarının artmasında etkili olacaktır.

Buraya kadar incelenen dünyada işlem maliyeti yaklaşımına göre yapılan çalışmaların ve makalelerin işlem maliyeti yaklaşımının her alanda kullanılabileceğini ve bu alanlarda maliyetlerin düşürülmesinde etkili olabileceğini göstermektedir.

#### **2.1.8.5.2. Türkiye’de İşlem Maliyeti Yaklaşımıyla İlgili Yapılan Çalışmalar**

İşlem maliyeti yaklaşımı, işletmelerin yoğun rekabet ortamında ayakta durmalarını sağlayan, kaynakları en etkili ve verimli olacak şekilde kullanmalarını ve etkinliklerini devam ettirmelerini temel alan bir olgudur (Karadal ve diğerleri, 2014: 25). İşlem maliyeti alanında Türkiye’de oldukça yoğun çalışmaların ve incelemelerin yapıldığı görülmüştür.

İşlem maliyeti yaklaşımının kültürel temelleri üzerine 2007 yılında bir çalışma yapılmıştır. Şahin tarafından yapılan çalışmada, İşlem maliyeti yaklaşımının temel varsayımları olan “fırsatçılık” ve “sınırlı akılcılık”ın kültürel değerlerden ne ölçüde etkilendiği incelenmiştir. İşlem tipolojilerine bakıldığında işlem maliyeti yaklaşımının kültürden etkilendiğine dair en belirgin özelliğinin, sosyal ilişkilere ve güvene dayalı bir sistem olduğunun belirlenmesidir. Çalışmanın sonucunda, toplumda iç grup ve dış grup olarak algılanan toplulukların arasındaki çıkar çatışması ne kadar artarsa, ekonomideki iş topluluklarının öneminin o kadar arttığı görülmüştür. Ayrıca Türk toplumundaki hiyerarşik ilişkilerin fırsatçı davranışı ve işlem maliyetlerini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Şahin, 2007: 12). İşlem maliyeti yaklaşımının temel varsayımları olan fırsatçılık ve sınırlı akılcılığın ülkemizin kültürel değerleri ve hiyerarşik yapısından olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir.

Ülkemizde kültürel temellerimiz içinde yer alan güven faktörünün, işlem maliyeti yaklaşımının “fırsatçı” ve “sınırlı akılcılık” temel varsayımlarından dolayı göz ardı edildiğine dair Kalemci tarafından bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada iş ahlakı unsurlarından olan güven faktörünün, işlem maliyeti yaklaşımının “fırsatçı” ve “sınırlı akılcılık” temel varsayımlarından dolayı göz ardı edildiği düşüncesi tartışılmıştır. Tartışmanın çıkış noktasını; Williamson’un (1993), ekonomik işlemlerde güven gibi bir kavramın olmadığı ve iş ilişkilerinde güven kavramının yanıltıcı olacağı varsayımı oluşturmaktadır. Ancak Kalemci, ekonomik ilişkilere

örgütsel sosyoloji açısından bakıldığında durumun farklı olduğunu öne sürmüştür. İşlem maliyeti yaklaşımında ekonomik aktörlerin fırsatçı bir yaklaşımda buldukları ya da bulunabilecekleri ayrımının yapılmasının maliyetli olduğu savunulmuştur. Kalemci (2013: 71), bu noktada işlem maliyeti yaklaşımının en büyük eksikliği olan örgütlerin sosyal toplumun bir parçası olduğunun göz ardı edildiğini belirtmiştir. Çalışmanın sonucunda, işlem maliyeti yaklaşımının ekonomik aktörleri (örgütleri) belirtirken bunlarda “günü kurtaran” davranışın varlığı hissedilmektedir. Oysa uzun vadede işletmelerin amacı, piyasada güven duyulan ya da itibar edilen işletme olmaktır. Bu kapsamda bir örgüt toplumda ne kadar itibar görüyorsa yani o örgüte ne kadar güven duyuluyorsa o kadar uzun ömürlü olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

İşlem maliyeti yaklaşımıyla ilgili olarak ülkemizde sektör bazında çalışmalar yapılmıştır. Otomotiv sektöründe işlem maliyeti yaklaşımı temel alınarak iki ayrı çalışmanın yapıldığı görülmüştür. Ekinci (2008: 123), yaptığı çalışmada otomotiv sektöründe işlem maliyeti yaklaşımı ile elektronik ticaret ilişkisini incelemiştir. Otomotiv sektöründeki firmaların iş ilişkilerinde, üretim maliyetlerinden farklı olarak bazı maliyetlerle karşılaşmıştır. Bu maliyetler, firmaların ve ürünlerin özelliklerini araştırma, potansiyel firmalarla pazarlık, firmayla iş yapma kararını verme ve iş yapma kararı verilen firmayla sözleşme maliyetleri olarak tanımlanmıştır. İş ilişkilerinde gerçekleşen işlemler elektronik ortama aktarıldığında maliyetleri olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Çalışmada 17 işletmenin orta ve üst düzey 40 yöneticisine “elektronik ticaretin işlem maliyetlerine etkisi” hakkında anket uygulanmıştır. Çalışma kapsamına alınan işlem maliyetleri; telefon, faks gibi iletişim giderleri ve araştırma sırasında ki zaman kaybıdır. Bilişim teknolojileri ile üretim ve firma araştırmaları için internet kullanımı kısa sürede ve düşük maliyetle bilgiye ulaşıldığını göstermiştir. Çalışmanın sonucunda; bilgi teknolojisi sayesinde işlem maliyetlerini oluşturan en önemli kalemlerden biri olan araştırma maliyetlerini azalttığı görülmüştür. Otomotiv sektöründe işlem maliyeti yaklaşımına göre işbirliği ve fırsatçılık konusunda bir diğer çalışma Düden tarafından yapılmıştır. Düden (2012: 79), işbirliği ve fırsatçılığın otomotiv sektörü sözleşme ilişkilerindeki rollerini işlem maliyeti açısından incelemeyi amaçlamıştır. İşbirliği kavramı, varlık özgüllüğü yatırımlarını güvence altına alan bir sistem olarak değerlendirilmiştir. Çalışma için

Türkiye'deki otomotiv sektörü dağıtım kanalında yer alan 54 bayi yöneticisine anket uygulanmıştır. Bayilerin işlem maliyetlerini kontrol etmek için fırsatçılığın ve işbirliğinin rolünü anlamaları sağlanmıştır. Fırsatçılık davranışının işlem maliyetini yükseltmesine karşın, işbirliği ile fırsatçılık arasında negatif bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Bu kapsamda işbirliğinin işlem maliyetlerini azalttığı görülmüştür. Çalışmanın sonucunda, işbirliği ve pazarlık gücü arasındaki ilişkinin pozitif yönlü olduğu; fırsatçılığın, işbirliğinin tersine izleme maliyetlerini yükselttiği ve bu nedenle pazarlık gücü üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu görülmüştür.

İşlem maliyeti yaklaşımının kaynak kullanımına etkisine ilişkin 4 ayrı çalışma yapıldığı görülmüştür. Nak (2011: 79) yaptığı çalışmada işlem maliyeti yaklaşımı ve kaynak tabanlı yaklaşımın lojistik sektöründe dış kaynak kullanım kararına etkisini araştırmıştır. Kaynak tabanlı yaklaşım için lojistik yetenekler, bu yeteneklerin özgüllüğü ve eskime ihtimali, dış kaynak kullanım yeteneklerinin özgüllüğü temel alınmışken, işlem maliyeti yaklaşımının etkinlik derecesini ölçmek için belirsizlik ve lojistik süreç özgülüğüne odaklanılmıştır. Çalışma sonucuna göre lojistik sektöründe en fazla dış kaynak kullanan departmanların; sipariş yönetimi, gümrük işleri ve taşıma faaliyetleri olduğu görülmüştür. Tedarik zinciri sürecinde sipariş alınması ve siparişin takip edilmesi, firmalar ve tedarikçiler arasındaki ilişkilerin takibi ve koordinasyonun sağlanması vb. maliyetleri artırdığından işletmeler dış kaynak kullanımına yönelmişlerdir. Karadal ve diğerleri (2014: 35) de yaptıkları çalışmada örgütlerin dış kaynak kullanım kararlarını işlem maliyeti yaklaşımı açısından incelemişlerdir. Bu amaçla, Ankara ilindeki 103 yabancı dil kursuna anket uygulanmıştır. Çalışma, yabancı dil kurslarının dış kaynak kullanım davranışlarını belirlemeyi, kurumların işlem maliyetlerinin dış kaynak kullanıp kullanmama kararına etkisini, dış kaynak kullanımı ile işlem maliyeti arasında bir bağ olup olmadığının belirlenmesini amaçlamıştır. Çalışma sonucunda, katılımcıların dış kaynak kullanımının avantajlarının ve dezavantajlarının farkında oldukları anlaşılmıştır. Yabancı dil kursunun yöneticilerinin eğitim seviyesinin bu kararı vermede etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca dış kaynak kullanımı ve işlem maliyeti yaklaşımı arasında bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. İşletme yöneticilerinin reklam, bakım hizmetleri, bilgi teknolojileri ve personel masrafları için dış kaynak kullanımına yöneldikleri, buna karşılık temizlik, güvenlik ve yiyecek masraflarında

dış kaynak kullanımına yönelmedikleri görülmüştür. Dış kaynak kullanım kararı verilirken işlemlerin sıklık düzeyinin düşüklüğü veya yüksekliği bu kararda etkili olmuştur. Eğer işlemlerin sıklık düzeyi düşük ise dış kaynak kullanımı azalmıştır.

İşlem maliyeti yaklaşımına göre çevresel koşullar ve rekabet şartları içinde örgütlerin işlem maliyetlerine ilişkin çalışma Yılmaz ve Bedük tarafından gerçekleştirilmiştir. Yılmaz ve Bedük (2014: 750) yaptıkları çalışmada, günümüzün hızla değişen çevre koşulları ve rekabet şartları içinde örgütlerin işlem maliyetleri üzerinde dış kaynak kullanımının etkisini ölçmeyi amaçlamıştır. Kaynak bağımlılığı yaklaşımı ile işlem maliyeti yaklaşımı, dış kaynak kullanımı için kavramsal bir çerçeve oluşturmuştur. Kaynaklara erişim konusunda örgütlerin rekabetlerinin artması nedeniyle piyasada uygun fiyatla kaliteli işler yapan alternatif girişimlerin, işletmelerin kaynak bağımlılığını azalttığı görülmüştür. Bu kapsamda, dış kaynak kullanımının, kaynak bağımlılığı ve işlem maliyeti üzerine etkisini belirlemek amacıyla Konya 3. Organize Sanayi Bölgesi'nde 46 yöneticiye yüz yüze anket uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda dış kaynak kullanımının, işlem maliyetlerini ve kaynak bağımlılığını azalttığı ifade edilmiştir. İşletmelerin dış kaynak kullanım yoluyla gerekli girdiyi sağlayarak zamanında üretim yaptıkları ve maliyetlerin ölçülebilirliği, öngörülebilirliği ve kontrollerini kolaylaştırdığı belirtilmiştir. Ayrıca, işlem maliyeti ile kaynak bağımlılığı arasında ters yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İşlem maliyeti yaklaşımı ile dış kaynak kullanımı arasındaki ilişki Türkiye'deki mobilya sektöründe de incelenmiştir. Varan ve Çevik, 2015 yılında yaptıkları çalışmada Türkiye'deki mobilya sektöründe dış kaynak kullanımını işlem maliyeti yaklaşımı açısından incelemişlerdir. Bu kapsamda, lojistik çalışmalarında dış kaynak kullanma eğilimini araştırmışlardır. Çalışmada lojistik sektöründe dış kaynak kullanım kararları işlem maliyeti çerçevesinde analiz edilmiştir. Kayseri'de mobilya üretimi yapan 52 firmanın orta ve üst düzey yöneticilerine anket uygulanmış ve yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. İşletmeler en elverişli maliyete ulaşmak için işlemi ya örgüt içi yapacaklar ya da örgüt dışı piyasalardan karşılayacaklardır (Yap veya Satın Al). Örgüt içi yapılan her işlem, üretim ve koordinasyon maliyetlerini içermektedir. Maliyet açısından uygun olan karara ulaşmak için organizasyonlar bu maliyetleri göz önünde bulundurmaktadır. Çalışmanın sonucunda; talep doğrultusunda artan üretim, sektörde faaliyet gösteren işletmelerin sayısındaki artış



ve lojistiğin ülkedeki gelişiminin hızlanması gibi unsurlar piyasa işlemlerinin maliyetini azaltacak ve dolayısıyla işlem maliyetlerini azaltacak etki sağlayacaktır (Varan ve Çevik, 2015: 132). Sonuç olarak Türkiye’de hızla büyüyen mobilya sektöründe dış kaynak kullanımının artması işlem maliyetlerinin azalmasına olumlu yönde katkı sağlamaktadır.

Yeni kurumsal iktisat geleneğinde işlem maliyeti yaklaşımının rolünü Tuğba Yenidoğan araştırmıştır. Bir tartışmayla başlayan çalışma, kavramsal modellerin yönetim mekanizması için yeterliliğini eleştirel bir bakış açısıyla incelemiştir. İşlem maliyeti teorisine ek olarak kaynak tabanlı yaklaşım ve ilişkisel yönetim gibi alternatif teorilerin varsayımları hakkında da bilgiler verilmiştir (Yenidoğan, 2013: 109). Güncel kamu yönetimi anlayışı ile işlem maliyeti yaklaşımı ile olan ilişkiler bu konuda bir başka çalışmanın konusunu oluşturmuştur. Demirhan ve Sadioğlu (2016: 108), işlem maliyeti yaklaşımı kapsamında devletin gerekliliğini ve güncel kamu yönetimi anlayışlarını incelemiştir. Bu kapsamda devletin gerekliliği; devletin ekonomik etkinliği sürecindeki vazifeleri, yapısı ve ilkeleri yeni kamu yönetimi yaklaşımlarıyla açıklanmıştır. Bu çerçevede işlem maliyetleri incelendiğinde, hangi işlemlerin devlet ve onun bürokratik sistemleri tarafından yapıldığına ve örgütsel verimliliğin nasıl gerçekleştirileceğine odaklanılmıştır. Ekonomik, siyasal ve toplumsal ilişkiler kapsamında devletin bu işleyişleri nasıl ayarlayacağı ve hangi unsurların hangi aktörler tarafından yapılacağı sorununa odaklanılmıştır. Devletin küçültülmesi ve işlem maliyetlerinin minimize edilmesi yeni yönetim anlayışı kapsamında ele alınmıştır. Çalışmada işlem maliyetlerinin azaltılması için piyasa ve hiyerarşik düzen ikilemi üzerine odaklanılmıştır. Bu noktada Ouchi’nin Japon kültürü örneklerini öne sürerek bazı işlemlerin ortadan kaldırılması ve bazılarının piyasaya bırakılması kararlarını alarak işlem maliyetinin nasıl azaltılacağı üzerinde durulmuştur. Örneğin; örgütlerin sosyal ölçüleri, örgüt üyelerinin hedefleri ile örgütün hedeflerini birleştiriyorsa, çalışan bireylerin uzun süre eğitim görmesine ve örgüt içi sosyalleştirilmelerine ihtiyaç duyulmayacak ve bu nedenle performansların denetlemesi ve kontrol edilmesi gereği ortadan kalkacaktır. Bu durumda işlem maliyetlerinin düşürülebilmesi sağlanmıştır.

Çelik ve Bedük (2014: 63), işlem maliyeti yaklaşımı ve vekalet teorisi yaklaşımı hakkında ulusal ve uluslararası literatür taraması yaparak kavramsal çerçeve oluşturmuş ve iki yaklaşım arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmada, metodolojik olarak hazır bilgilerden yararlanılarak arşiv tarama yöntemi kullanılmıştır. Vekâlet ve işlem maliyeti yaklaşımının ortak amacı, işlemlerden oluşan maliyetleri düşürmektir. Çalışmanın sonucunda, vekâlet teorisinin aslınu oluşturan asil-vekil ilişkileri arasındaki anlaşmazlıkların iki ana nedene bağlı olduğu belirtilmiştir. Birincisi; asil-vekil arasındaki hedeflerin uyuşmamasıdır. Vekilin yönettiği işletme başka bir kişinin yani asilin şirketidir. Vekil dolayısıyla bu süreç içerisinde kendi çıkarlarını gözetmektedir. Asil ile vekil arasındaki bu uyuşmazlıklar, kara dayalı ücret sözleşmeleriyle garanti altına alınmakta olduğu belirtilmiştir. İkinci neden, asil-vekil arasındaki bilgi düzeyindeki eşitsizlik yani bilgi asimetrisidir. Bu kapsamda asil, vekilin davranışlarını tam kontrol edemediği durumlarda fırsatçılık ortaya çıkmaktadır. Fırsatçılığın önlenmesi denetim ile sağlandığından, bu durumda denetim maliyetleri yükselmektedir. Sonuç olarak vekâlet teorisine göre asil ve vekil arasındaki uyuşmazlıklar ve bilgi düzeyindeki eşitsizlikler, işlem maliyeti yaklaşımına göre fırsatçılık ve sınırlı rasyonellik kavramları ile ilişkilendirilmektedir.

Stratejik yönetim ve kaynak temelli görüşler doğrultusunda işlem maliyeti yaklaşımı çerçevesinde örgütlerin “yap veya satın al” kararı incelenmiştir. Kemikkıran tarafından yapılan bu incelemede “yap veya satın al” kararı verilirken; belirsizlik, fırsatçılık, varlık özgüllüğü ve koordinasyon gereksinimi işlem maliyeti yaklaşımına ve kaynak temelli görüşüne göre değerlendirilmiştir. İşletmelerin “yap” kararı için dikey bütünleşme stratejisini, “satın al kararı” için dış kaynak kullanım stratejisini kullandığı da çalışmada belirtilen konular arasındadır. Çalışmanın sonucunda, yönetim mekanizması için verilen kararlarda; varlık özgüllüğü, belirsizlik, fırsatçılık ve koordinasyon gereksiniminin dikey bütünleşme lehine seçim yapmak yönünde önemli olduğu görüşüne ulaşılmıştır (Kemikkıran, 2016: 15).

Türkiye’de yapılan literatür çalışmalarına bakıldığında işlem maliyeti yaklaşımının gelişme sürecinin devam ettiği görülmektedir. İşlem maliyeti yaklaşımıyla ilgili yapılan çalışmaların; bu yaklaşımın davranışsal boyutunun ve kültürel temellerinin, yeni kurumsal iktisat geleneğindeki rolünün ve diğer

adaptasyon yaklaşımları ile aralarındaki farkları kapsadığı görülmektedir. Ayrıca alanda veya işletmelerde de işlem maliyeti yaklaşımının yararları hakkında yapılan çalışmalarla karşılaşılmaktadır. İşlem maliyeti yaklaşımı günümüzde önemini geliştirerek sürdürmekte, hem teorinin yapısı hem de uygulama biçimiyle bu alandaki çalışmaların arttığı görülmektedir.

### **2.1.8.5.3. Sağlık Alanında Yapılan İşlem Maliyeti Yaklaşımıyla İlgili Çalışmalar**

Literatüre baktığımızda ulusal ve uluslararası çalışmalarda sağlık alanında yapılmış toplam dört çalışmaya rastlanılmıştır. Uluslararası yapılan çalışmaların birincisinde hastane verimliliği ile işlem maliyeti yaklaşımı arasındaki ilişki incelenmiştir. İkincisinde ise sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla işlem maliyeti yaklaşımı ile sosyal destek yaklaşımını bütünleştirme çalışması yapılmıştır. Türkiye’de ise sağlık hizmetleri alanında işlem maliyeti ile ilgili rastlanan çalışmanın ilki sağlık hizmeti sunan kurumların hizmet sunumlarındaki verimliliği, işlem maliyeti yaklaşımı çerçevesinde incelemeyi kapsamaktadır. İkinci çalışma, mobil sağlık uygulamalarının sağlık hizmetlerine işlem maliyeti yaklaşımı bağlamında etkisini araştırmıştır.

Sağlık alanında işlem maliyeti yaklaşımı kapsamında yapılan ilk çalışmada, Ludwig ve diğerleri (2009: 66), hastane verimliliği ve işlem maliyeti yaklaşımı arasındaki ilişkiyi stokastik sınır yaklaşımına göre incelemişlerdir. Çalışmanın en önemli sorusu, “yapmak ya da satın almak için verilen karar, hastane verimliliğini etkiler mi?”dir. Hollanda hastaneleri için tek aşamalı stokastik maliyet sınırı tahmin edilmiştir ve on farklı hastane hizmetinin “yap veya satın al kararı”, hastane verimliliğini açıklayan değişkenler olarak kullanılmıştır. Çalışmanın sonucuna işlem maliyeti yaklaşımı açısından bakıldığında; belirli bir hizmetin dışa aktarılıp aktarılmayacağı veya kaynak sağlanıp sağlanmayacağı konusunun varlık özgüllüğüne bağlı olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada işlem maliyeti yaklaşımı tahminlerini teyit eden kanıtlar aşağıda sınırlanmıştır:

- Dışarıdan tedarik edilen bir hizmetin miktarı ile hizmetin varlık özgüllüğü arasında net bir ilişki vardır.

- Hizmetin dış kaynak kullanımı etkinliği ile hizmetin varlık özgüllüğü arasında ilişki vardır.
- Varlık özgüllüğü yüksek olan hizmetin, dış kaynak kullanımı daha az verimliken, varlık özgüllüğü düşük olan hizmetler dış kaynaklı iken daha verimlidir.

Sağlık hizmetlerini geliştirmek için yapılan ikinci çalışma Hajli ve diğerleri (2015: 336) tarafından işlem maliyeti yaklaşımı ile sosyal destek yaklaşımını bütünleştirme amacıyla yapılmıştır. Sosyal destek yaklaşımı; alıcının refahını artırmak için alıcı ve sağlayıcı arasında bir kaynak alışverişi olarak tanımlanmıştır. Çalışmaya göre Web 2.0. teknolojilerinin ortaya çıkışı birçok endüstride etkili olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de etkili olmuştur. Bu yeni teknolojiler maliyetleri azaltma ihtiyacı, sağlık hizmetleri için artan talep, tıbbi teknolojilerin artan maliyeti vb. sorunlarla başa çıkmak için umut verici bir yaklaşım olarak sunulmuştur. Çalışma, işlem maliyeti perspektifinden sosyal teknolojilerin özellikle de sosyal medyanın sağlık bakım gelişimine olan potansiyel etkisini incelemiştir. Sonuç olarak; Web 2.0. teknolojisi, sağlıkla ilgili fikirleri ve soruları sosyal destek yoluyla paylaşmak için bilgiye açık erişimi kolaylaştırarak hem sağlık çalışanlarına hem de hastalara fayda sağladığı anlaşılmıştır. Sağlık bakım sistemlerinin kalitesini ve verimliliğini artırmak için muazzam bir potansiyel ortaya çıkmıştır. Böylece hem işlemsel hem de tıbbi maliyetler azalmış, dünya çapında korkulan yüksek tıbbi maliyetlerin açık bir nedeni olan ek işlem maliyetlerinin ortadan kalktığı görülmüştür.

Türkiye’de sağlık hizmeti sunan kurumların, hizmet faaliyetlerini en etkin biçimde uygulayabilecekleri mekanizmanın seçimi için Özgen (2002: 58), en ideal yaklaşım olan işlem maliyeti yaklaşımını ve işlem maliyeti yaklaşımı çerçevesinde diyaliz tedavisi sunumu ile ilgili işlemlerdeki yenilikleri incelemiştir. Çalışma ampirik bir araştırmaya dayanmasa da örnek durumlar üzerinden yorum yapılmıştır. Çalışmada, işlem maliyeti yaklaşımı üzerinden sağlık hizmeti sunan kurumların, hizmet sunumu aşamasında takip ettiği stratejiler incelenmiştir. İnceleme sonucunda, işlem maliyeti yaklaşımı, örgütsel işlevlerde “kendin üret ya da satın al” seçiminin bir kararı olarak yorumlanmıştır. Örgüt piyasadan elde etmek istediği hizmeti en

etkin şekilde temin edebiliyorsa, bu hizmetleri özel sektörle sözleşmeler yaparak “satın alma” kararını verecektir. Piyasada verimliliği azaltan ve işlemin etkinliğinin kalmadığı durumlarda örgütler “üretimi kendin yap” kararına yönelmişlerdir. Türk sağlık sistemi kamu güdümlü bir sektör olsa da bazı alanlarda özel sektörün rolünün arttığı da gözlenmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunda mobil sağlık uygulamalarını işlem maliyeti yaklaşımı açısından inceleyen Demir (2016: 135), bu çalışma kapsamında İzmir ilinde bir kamu hastanesinde çalışan 18 üst ve orta kademe yöneticisiyle görüşmüştür. Çalışmanın sonucunda, mobil sağlık uygulamalarının hastane içerisindeki işlemlerden ve hastane dışı tedarik işlemlerinden oluşan maliyetleri azaltacağı anlaşılmıştır. Mobil sağlık uygulamaları, hekimin karar verme sürecinin hızlanması, bilgiye erişimin ve bilginin paydaşlar arasında hızlı dolaşımı, iletişimin daha etkin kılınması, hekimlerin konsültasyon işlemlerini daha hızlı yapabilmesi, klinik hizmetlerin daha iyi sunulması ve hasta takibinin daha kolay yapılması gibi avantajlarının yanında bazı dezavantajlarına da değinilmiştir. Bu kapsamda uygulamaları kullanabilmek için teknik ve yasal alt yapının sağlanması gerektiği ve güvenlik sızıntısı olmadan hasta bilgilerinin uygulamalara aktarılışında sorunlarla karşılaşacağı belirtilmiştir.

Yapılan literatür taramasında dünyada ve Türkiye’de işlem maliyetleri üzerine teori ve uygulamada sağlık hizmetleri ile ilgili çok fazla çalışma yapılmadığı görülmüştür. Sağlık hizmetleri üç basamak halinde organize edilmiş ve bu basamaklar birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak adlandırılmıştır. Bu çalışma ile birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetlerinde işlem maliyetlerinin saptanması ile basamaklar arasında karşılaştırılma yapılması ve maliyetler açısından farklı bakış açılarının oluşturulabileceği öngörülebilmektedir. Bu kapsamda çalışma, sağlık alanında işlem maliyeti yaklaşımıyla ilgili yapılan çalışmalara örnek oluşturabilecektir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri sunan birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasındaki işlem maliyetlerini belirlemek ve karşılaştırmak araştırmanın amacını oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumları; bireyin kendisi, ailesi ve yaşadığı toplumu odak

noktası olarak bireylere sunulan bakımı koordine etmek üzere sunulmaktadır. Bu amaçla, sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal ve kültürel boyutlarıyla ele almak, yaş ve cinsiyet veya kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmasızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmek, uygun ve etkili müdahalede bulunarak sağlık ve iyilik durumunu desteklemek, hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını yönetmek vb. hizmetleri sunmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan hizmetler; maliyet-etkin, yaygın, herkesin ulaşabileceği yapıda kurgulanmıştır. Birinci basamak sağlık kurumlarından olan ASM'ler kişilerin sağlık hizmeti almak için ilk başvurduğu kurum ve yapılar olarak tanımlanmaktadır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları; birinci basamakta tedavi edilemeyip bu basamaklara sevk edilen hastaların belirli dallarda uzmanlaşmış hekimler tarafından teşhis ve tedavisinin yapılmasını iren ve literatür bölümünde ayrıntılı bir şekilde açıklanan sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısını oluşturan birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında işlem maliyetleri açısından bir fark olup olmadığı, hem işlem maliyeti yaklaşımı açısından hem de toplam maliyetler açısından önem kazanmaktadır. Çalışma, sağlık hizmetleri sunan kurumlara işlem maliyeti yaklaşımı açısından sistematik bir katkı sağlayacak ve diğer çalışmalara temel oluşturacak bir bakış açısı kazandıracaktır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ VE HASTANELERİN İŞLEM MALİYETLERİ, PERSONEL GİDERLERİ VE SERMAYE GİDERLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmanın bu bölümünde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki işlem maliyetlerinin ve sağlık kuruluşlarında sağlık hizmetleri maliyetlerini artıran diğer temel unsurların (personel giderleri ve sermaye giderleri) belirlenmesi ve karşılaştırılması amacıyla 2016 yılını kapsayan uygulamaya yer verilmiştir. Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, kapsamı, kısıtları ve yöntemi ele alınmıştır. Araştırmanın kapsamına giren sağlık kurumlarında giderler ve işlem maliyetleri tablo halinde sunularak karşılaştırılmış ve bunun sonucunda elde edilen bulgular değerlendirilmiştir.

#### 3.1. ARAŞTIRMA

##### 3.1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki işlem maliyetlerinin yanı sıra personel giderleri ve sermaye giderlerinin belirlenmesi ve aradaki farklılıkların karşılaştırılmasıdır. Bu amaçla birinci basamak sağlık kurumları olan ASM'ler ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olan hastanelerin işlem maliyetlerine ve bunlara ilaveten personel giderleri ile sermaye giderlerine ilişkin bulguların birbirleriyle karşılaştırılarak değerlendirilmesi ve işlem maliyetini azaltıcı yönde önerilerin getirilmesi hedeflenmiştir.

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri sunan ASM'ler ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunan hastanelerde gerçekleşen işlem maliyetlerinin yanı sıra personel giderleri ve sermaye giderlerinin hangi basamak sağlık hizmetlerinde daha fazla veya daha az gerçekleştiğini belirlemek araştırmanın temel amacıdır.

### 3.1.2. Araştırmanın Önemi

İşlem maliyetleri sağlık hizmetlerinde maliyetleri oluşturan gider kalemleri içerisinde yer alan önemli gider kalemlerinden biridir. Basamaklar halinde sunulan sağlık hizmetlerinde birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında işlem maliyetleri arasında bir farklılık olup olmadığı önem kazanmaktadır.

Bu noktadan hareketle tasarlanan bu araştırmanın önemi; sağlık hizmetlerindeki işlem maliyetlerine, personel giderlerine ve sermaye giderlerine dikkat çekmesidir. Bu sayede sağlık hizmet gruplarına tahsis edilecek kaynakların önceliğini belirlenecek ve bu kaynakların etkin ve verimli kullanılmasına işaret edecek ipuçları elde edilecektir. Literatür taramasında birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında işlem maliyeti yaklaşımına göre maliyetlerin belirlenmesi ve karşılaştırılması konusunda yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla işlem maliyeti yaklaşımının hizmet sektörü düzeyinde incelendiği bu çalışmada; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetlerinde işlem maliyetlerine, personel giderlerine ve sermaye giderlerine göre basamaklar arasında karşılaştırılma yapılması ve giderler açısından farklı bakış açılarının oluşturulabileceği öngörülebilmektedir. Yapılan araştırma bu özelliği nedeniyle alanında özgün bir çalışma olarak değerlendirilebilir.

Yapılan araştırma ile işlem maliyeti yaklaşımının sağlık hizmetlerinin kaynak dağılımında yararlı olabilecek ve kaynak tahsisinde iyileştirmeye açık yönleri ortaya koyabilecek bilgileri sunmak ve buna yönelik çözüm önerileri getirilebilecektir. Araştırmadan elde edilecek sonuçlar ile daha etkin kaynak tahsisi yapılabilecek ve güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti sunumu sayesinde hastanelerde gereksiz yığılmaların ve hasta mağduriyetlerinin önlenmesi yönünde karar vericilere destek olabilecektir. Çünkü etkili bir sağlık sistemi, güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetlerinin hayata geçirilmesi ve başarılı bir sevk zinciri oluşturmak yoluyla gerçekleştirilebilecektir.



Araştırmanın önemli özelliklerinden birisi de ulusal yazında işlem maliyeti yaklaşımının sağlık hizmetleri alanında yapılmış nadir çalışmalardan biri olmasıdır. Bu yönü ile araştırma, sağlık hizmetleri sunan kurumlara işlem maliyeti yaklaşımı açısından sistematik bir katkı sağlayacak ve diğer çalışmalara temel oluşturacak bir bakış açısı kazandıracaktır. Dolayısıyla araştırmanın sağlık alanında ulusal literatüre katkı sağlaması ve alandaki mevcut boşluğa dikkat çekmesi gibi yararları olacağı düşünülmektedir.

### **3.1.3. Araştırmanın Kapsamı**

Araştırmanın kapsamını, İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı birinci basamak sağlık kurumları (Tablo 7) ile İzmir İli Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları (Tablo 8) oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumları olan; ASM'ler, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri (AÇSAP), Verem Savaş Dispanserleri, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), Toplum Sağlığı Merkezleri yer almaktadır. İkinci basamak sağlık kuruluşları; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet ve dal hastaneleri, bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, kamu kurumlarına ait tıp merkezlerinden oluşmaktadır. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri ve semt poliklinikleri araştırmanın kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınamayan Kuzey Kamu Sekreterliği'ne ait hastaneler de karşılaştırmanın objektif yapılmasının sağlanması amacıyla Tablo 8'nin kapsamında yer almıştır.

**Tablo 7:** İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne Bağlı Kurumlar

Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne Bağlı Kurumlar	Kurum Sayıları
Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)	1270
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri (AÇSAP)	16
Verem Savaş Dispanserleri	12
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	2
Toplum Sağlığı Merkezleri	30

**Tablo 8:** İzmir Güney ve Kuzey Kamu Sekreterliği'ne Bağlı Hastaneler

GÜNEY KAMU SEKRETERLİĞİ'NE BAĞLI HASTANELER		KUZAY KAMU SEKRETERLİĞİ'NE BAĞLI HASTANELER	
1	İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	1	İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
2	Bayındır Devlet Hastanesi	2	Aliağa Devlet Hastanesi
3	Çeşme Devlet Hastanesi	3	Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi
4	Gazimir Nevvar-Salih İşgören Devlet Hastanesi	4	Nevvar-Salih İşgören Alsancak Devlet Hastanesi
5	Kiraz Devlet Hastanesi	5	Menemen Devlet Hastanesi
6	Ödemiş Devlet Hastanesi	6	Dikili Devlet Hastanesi
7	Necat Hepkon Sefehisar Devlet Hastanesi	7	Kemalpaşa Devlet Hastanesi
8	Selçuk Devlet Hastanesi	8	Foça Devlet Hastanesi
9	Tire Devlet Hastanesi	9	Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi
10	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	10	Dr. Suat Seren Göğüs Hast. Ve Cer. Eğit. Arş. Hastanesi
11	Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğt. Arş. Hastanesi	11	Buca Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
12	Urla Devlet Hastanesi	12	Dr. Faruk İlker Bergama Devlet Hastanesi
13	Torbalı Devlet Hastanesi	13	Menemen Ağız Diş Sağlığı Merkezi
14	Torbalı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	14	Karşıyaka Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
15	Narlıdere Ağız Diş Sağlığı Merkezi	15	Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
16	İzmir Eğitim Diş Hastanesi	16	Bomova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Araştırmanın kapsamına İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı 1270 ASM ve diğer kurumlar ile İzmir İli Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı 16 hastane alınmıştır. Birinci basamak sağlık kurumlarında ASM'ler büyük çoğunluğu

oluşturduğu için bu araştırmada ifade kolaylığı açısından tümünü kapsayacak ASM ifadesi kullanılmıştır.

#### 3.1.4. Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada araştırma yöntemlerinden nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. İzmir ili birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının 2016 yılına ait yıllık gider kalemleri, İzmir Güney Kamu Sekreterliği'nden ve Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden özel izin ile temin edilmiş ve bu kurumların yıllık "Döner Sermaye ve Gider Bütçesi" tabloları değerlendirilmiştir. (EK 1, EK 2)

Araştırma kapsamına giren ASM'lerde ve hastanelerde, 2016 yılı Döner Sermaye ve Gider Bütçesi tabloları incelenerek, işlem maliyeti yaklaşımına göre işlem maliyetine konu olan giderler aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

- 1- Satın alınacak mal ve hizmetlerle ilgili kalite ve fiyat açısından bilgiye ulaşma maliyetlerini kapsayan **araştırma maliyetleri**.
- 2- Satın alınması düşünülen mal ve hizmetlerin pazarlık sürecinde gönderilen mektuplar, faks ve telefon görüşmeleri, iş yolculukları vb. yapılan giderleri kapsayan **pazarlık maliyetleri**.
- 3- Karar verme sürecinde yapılan **karar verme maliyetleri**.
- 4- Sözleşme öncesi olan; taslak hazırlama, müzakere ve anlaşmayı teminat altına alma gibi işlem maliyetleri ile sözleşme sonrası yapılan iki taraflı yeniden pazarlık, anlaşmazlık ve uyuşmazlıkların çözümü için yapılan maliyetleri kapsayan **sözleşme görüşme maliyetleri**.
- 5- **Sözleşme uygulama ve kontrol maliyetleri** kapsamında yapılan telefon görüşmeleri, kırtasiye malzemeleri ve yolculuk masraflarıdır.

Araştırmanın bu aşamasında kurumlara ait elde edilen ve araştırmaya temel oluşturan "Döner Sermaye ve Gider Bütçesi" tabloları incelenmiştir. İnceleme esnasında; her ne kadar işlem maliyeti yaklaşımı kapsamı içinde yer almasa da sağlık kurumlarında sağlık hizmetleri maliyetlerini artıran diğer temel unsurlar olan personel giderleri ile sermaye giderlerinin de, birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında önemli farkların bulunduğu dikkat çekmiştir. Yürütülen araştırma işlem maliyeti yaklaşımı kapsamında

belirlenen ve yukarıda açıklanan beş harcama kalemi doğrultusunda kurgulanmasına rağmen, ASM'ler ile hastaneler arasında belirlenen bu fark değerlendirmeye değer bulunmuştur. Tablolar (EK 1, EK 2) daha yakından incelendiğinde bu büyük farkın hizmetin sunulduğu binaların hacmi, içindeki makine ve teçhizat, tıbbi cihaz ve malzemeler ile hizmet sunanları (doktorlar, hemşireler, hasta bakıcılar, teknisyenler, laborantlar vb.) içeren gider kalemlerinden oluştuğu ortaya çıkmıştır. Çalışan ve hizmet üreten kişi sayıları özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çok fazladır. Aynı şekilde yatırım amacıyla birinci basamak sağlık kurumlarına alınan makine-teçhizat ve tıbbi cihazlar ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına alınan bu tür yatırım araçları arasında önemli farklılıklar olduğu belirlenmiştir.

Bu noktada personel giderleri ile sermaye giderlerinin araştırma kapsamında ele alınıp alınamayacağı konusunda uzman görüşü alınmasına karar verilmiştir. Görüşü alınan uzmanlar araştırmanın temel amacının sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların etkili ve verimli kullanılması olduğu konusunda fikir birliğine varmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda var olan kaynakların etkililik ve verimlilik açısından hangi basamak sağlık hizmetlerine ne ölçüde tahsis edileceğinin önemi açısından personel giderleri ile sermaye giderlerinin de karşılaştırma yapmak üzere araştırma kapsamı içine alınmasının uygun olacağına karar verilmiştir. Bu nedenle işlem maliyeti yaklaşımında yer alan beş adet gider kaleminin yanı sıra aşağıdaki gider kalemleri de araştırmanın kapsamına eklenmiştir. Bunlar;

Hizmet sunumuna konu olan **personel giderleri**: Sağlık kuruluşları hizmet yoğun işletmeler olduğundan bu kurumlarda çok çeşitli meslek grubundan, çok sayıda personel çalışmaktadır. Hastayla direkt ilgilenen ve hizmet veren meslek elemanlarına ait personel ücretleri hastaların maliyetine eklenmektedir. Bu giderlere direkt giderler denilir. Hasta ile doğrudan ilişkisi olmayan personele ait (bahçıvanlar, şoförler, teknisyenler, terziler vb.) ücretler, endirekt gider olarak tanımlanır. Bu gruba ayrıca; yemek parası, erzak yardımı, giyecek yardımı, yakacak yardımı, çocuk yardımı, aile yardımı gibi sosyal yardımlar ile hafta tatili, bayram tatili ücretleri girmektedir.

Hizmet yoğun işletmelerde hizmet sunanların her an hizmet sunumuna hazır, aktif, verimli, üretken ve hizmeti en iyi şekilde sunmaları sağlanmalıdır. Çünkü hizmet sunumunda en önemli kısım davranışsal ilişkilerdir. Hizmet sunucusunun eylemleri hizmet kalitesinin ölçülmesinde ve karlılık bakımından tesirli olmaktadır (Ilukor ve diğerleri, 2015: 3).

Yatırım maliyetlerini oluşturan **sermaye giderleri**: İşlem maliyeti yaklaşımına göre sağlık kurumlarında “yap veya satın al” kararı işlem maliyetleri açısından incelenmiştir. Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin günümüz teknolojisi kapsamında akıllı cihazlar ve mobil uygulamalarla sunulmasında birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının hacmi ve kullanacağı teknoloji unsurlarının gerekliliği (Walker ve Weber, 1984: 373) yatırım maliyetlerini de etkilemektedir. İşletmelerin teknoloji, araç-gereç, cihaz ve malzemelerin temininde maliyet-fayda prensibini göz önünde bulundurmaları ve önceliklendirme yolu ile optimum fayda sağlayacak olan mal veya hizmetleri sağlamaları gerekmektedir (Saaty, 2008: 84). Bu durum işlem maliyetlerinin minimize edilmesine olumlu katkı sağlayacaktır. Yöneticilerin işlem maliyetlerini minimize edilmesini sağlayacak kararlar almaları, maliyet-etkililiğin yaratılmasında faydalı olacaktır (Demir, 2016: 19).

Görüldüğü üzere sermaye giderleri, işletmelerin varlığını sürdürebilmesi ve gelişmesini sağlayabilmesi amacıyla yapacağı yatırımlara ait giderlerinin oluşturduğu maliyetler olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık kurumlarında özellikle binalar, makine ve teçhizatlar, tıbbi cihazlar vb. ile ilgili “yap veya satın al” kararına odaklanılmaktadır. Bu amaçla yapılan araştırmada pazarlık, karar verme, alım, sözleşme ve sözleşme kontrol maliyetlerinden oluşan işlem maliyetleri de birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında önemli farklılıklar yarattığından; bu kurumlar arasında etkili karşılaştırma yapmak üzere sermaye giderleri kapsamında ele alınmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan ASM’ler ve hastanelerde 2016 Yılına Ait Döner Sermaye ve Gider Bütçeleri içinde işlem maliyeti yaklaşımına göre belirlenmiş olan giderler ile birlikte personel ve sermaye giderlerinin, aşağıdaki hesaplarda yer aldığı görülmüştür.

**Tablo 9:** İşlem Maliyetlerini, Personel Giderleri ve Sermaye Giderlerini Oluşturan Kalemler

Mal ve Hizmet Alım Giderleri Kapsamında Yer Alan İşlem Maliyeti Yaklaşımına Göre Giderler	<ul style="list-style-type: none"><li>•Etüt - Proje - Bilirkişi-Ekspertiz Giderleri</li><li>•Araştırma ve Geliştirme Giderleri</li><li>•Yönlendirme (Danışma) Hizmetleri Alım Giderleri</li><li>•Lisans, Belge Düzenleme ve İzleme Hizmet Giderleri</li><li>•Diğer Müşavir Firma ve Kişilere Ödemeler</li></ul>
Personel Giderleri	<ul style="list-style-type: none"><li>•Temel Maaşlar</li><li>•Zamlar ve Tazminatlar</li><li>•Sosyal Haklar</li><li>•Ek Çalışma Karşılıkları</li><li>•Zorunlu Mesleki Sigorta Giderleri</li><li>•Boş Bulunan Aile Hekimliği Pozisyonu İçin Yapılan Giderler</li><li>•Aday Çıracak, Çıracak ve Stajyer Öğrencilerin Ücretleri</li></ul>
Sermaye Giderleri	<ul style="list-style-type: none"><li>•Büro Mefruşatı Alımları</li><li>•Okul Mefruşatı Alımları</li><li>•Hastane Mefruşatı Alımları</li><li>•Sosyal Tesis Mefruşatı Alımları</li><li>•Büro Makineleri Alımları</li><li>•Bilgisayar Alımları</li><li>•Tıbbi Cihaz Alımları</li><li>•Laboratuar Cihaz Alımları</li><li>•İşyeri Makine Teçhizat Alımları</li><li>•Diğer Makine Teçhizat Alımları</li><li>•Basılı Yayın Alımları ve Yapımları</li><li>•Bilgisayar Yazılımı Alımları</li><li>•Elektrik Tesisatı Giderleri</li><li>•Sihhi Tesisat Giderleri</li></ul>

Araştırma konusuna giren maliyetleri oluşturan yukarıdaki gider kalemleri, ASM'lerde ve hastanelerde 2016 yılında gerçekleşen giderlerden yola çıkılarak karşılaştırmalı tablolar halinde oluşturulmuş ve basamaklardaki gider kalemleri birbirleri ile karşılaştırılmıştır. Bu bulgulara göre gider kalemlerinin tutarları ve hangi basamakta daha fazla olduğu ortaya konulmuştur.

### 3.1.5. Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın kapsamına İzmir ili Güney ve Kuzey Kamu Sekreterliği'ne bağlı hastaneler ile İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı sağlık kuruluşlarının işlem maliyetlerine ilişkin verilerin alınması planlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan sağlık kurumları ile ilgili 2016 yılına ait gider kalemlerinin elde edilmesi

amacıyla bir yazışma süreci yaşanmış ve bilgilere ulaşılmada uzun bir prosedürün izlenmesi araştırmanın sürecini uzatmıştır. Gerekli belgeler ile İzmir İli Kuzey ve Güney Kamu Sekreterliği'ne ve Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne başvurulmuştur. Yazışmalar sonunda Halk Sağlığı Müdürlüğü ile İzmir İli Güney Kamu Sekreterliği'nden ilgili onay alınmış, Kuzey Kamu Sekreterliği'nden alınamamıştır. Bu kısıtlama nedeniyle araştırma kapsamına İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı kurumlar ve Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı hastaneler alınmıştır.

### 3.2. BULGULAR

İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı kurumlarda (Aile Hekimliği Merkezleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) ve Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı hastanelerde gider bütçeleri "970 Hesap"da aşağıdaki alt başlıklar altında Tablo: 10'da gruplandırılmıştır.(EK 1, EK 2)

**Tablo 10:** Sağlık Kurumlarına Ait Gider Bütçelerinin Alt Grupları

970.01	Personel Giderleri
970.02	Sosyal Güvenlik Kurumlarına Devlet Primi Giderleri
970.03	Mal ve Hizmet Alım Giderleri
970.05	Cari Transferler
970.06	Sermaye Giderleri
970.10	Ek Ödeme
970.11	Gider Bütçesi Dengeleme Payları

#### 3.2.1. Aile Sağlığı Merkezleri

İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı ASM'ler ve diğer birimlerinin 2016 yılına (01.01.2016 – 31.12.2016) ait Döner Sermaye ve Gider Bütçesi kapsamında gerçekleşen giderler toplamı 80.995.404,17 TL. ve bu giderler kapsamında yer alan işlem maliyetleri toplamı 79.205,79 TL. olarak bulunmuştur (EK 1). Sağlık kuruluşlarında sağlık hizmetleri maliyetlerini artıran diğer temel unsurlardan olan personel giderleri toplamının 2.400.296,60 TL. ve sermaye giderleri toplamının 253.521,40 TL. olduğu görülmüştür.

Yukarıdaki işlem maliyetini ve sağlık kuruluşlarında sağlık hizmetleri maliyetlerini artıran personel giderleri ve sermaye giderlerini oluşturan harcamaların, toplam giderler içindeki payları incelenerek karşılaştırılmıştır.

**Tablo 11:** İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne Bağlı Kurumların 2016 Yılı Maliyeti Gider Kalemlerinin Toplam İşlem Maliyetlerine Oranı

Hesap Kodları	İşlem Maliyeti Gider Hesapları	Giderler Toplamı	Yüzde %
970.03.05.01.01	Etüt-Proje-Bilirkişi-Expertiz Giderleri	9.460,00	%12
970.03.05.01.02	Araştırma ve Geliştirme Giderleri	0,00	
970.03.05.01.18	Yönlendirme ve Danışma Hizmetleri Alım Giderleri	0,00	
970.03.05.01.27	Lisans, Belge Düzenleme ve İzleme Hizmet Giderleri	69.745,79	%88
970.03.05.01.90	Diğer Müşavir Firma ve Kişilere Ödemeler	0,00	
	<b>İŞLEM MALİYETLERİ TOPLAMI</b>	<b>79.205,79</b>	<b>%100</b>

Tablo 11'e göre ASM'lerde 2016 yılında gerçekleşen işlem maliyetleri toplamı içerisinde en büyük gider kalemini 69.745,79 TL. ile "Lisans, Belge Düzenleme ve İzleme Hizmet Giderlerinin" oluşturduğu, bunu 9.460,00 TL. ile "Etüt-Proje-Bilirkişi-Expertiz Giderlerinin" takip ettiği görülmüştür.



**Tablo 12:** İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne Bağlı Kurumların 2016 Yılı Personel Giderleri

Hesap Kodları	Personel Giderleri	Tutar
970.01.01.01.01	Temel Maaşlar	122.675,69
970.01.01.02.01	Zamlar ve Tazminatlar	61.153,48
970.01.01.04.01	Sosyal Haklar	4.014,05
970.01.01.05.01	Ek Çalışma Karşılıkları	1.424.487,82
970.01.01.07.01	Zorunlu Mesleki Sigorta Giderleri	124.627,85
970.01.01.08.01	Boş Bulunan Aile Hekimliği Pozisyonu İçin Yapılan Giderler	95.168,46
970.01.02.01.01	657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personel Ücretleri	0,00
970.01.04.01.02	Aday Çıracak, Çıracak ve Stajyer Öğrencilerin Ücretleri	568.169,51
	<b>PERSONEL GİDERLERİ TOPLAMI</b>	<b>2.400.296,66</b>
	<b>GİDERLER TOPLAMI</b>	<b>80.995.404,17</b>

Tablo 12’de görüldüğü gibi ASM’lerde 2016 yılı personel giderlerinin 2.400.296,66 TL. , toplam giderlerin ise 80.995.404,17 TL. olduğu görülmektedir.

**Tablo 13:** İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne Bağlı Kurumların 2016 Yılı Sermaye Giderleri

Hesap Kodları	Sermaye Giderleri Kalemleri	Tutar
970.06.01.01.01	Büro Mefruşatı Alımları	22.800,67
970.06.01.01.04	Hastane Mefruşatı Alımları	61.734,84
970.06.01.01.05	Sosyal Tesis Mefruşatı Alımları	1.699,20
970.06.01.02.01	Büro Makineleri Alımları	1.053,00
970.06.01.02.02	Bilgisayar Alımları	20.461,20
970.06.01.02.03	Tıbbi Cihaz Alımları	87.334,20
970.06.01.02.04	Laboratuvar Cihaz Alımları	231,28
970.06.01.02.05	İşyeri Makine Teçhizat Alımları	12.626,00
970.06.01.02.90	Diğer Makine Teçhizat Alımları	5.112,00
970.06.01.05.30	Hareketli İş Makinesi Alımları	0,00
970.06.01.06.01	Basılı Yayın Alımları ve Yapımları	13.216,00
970.06.03.01.01	Bilgisayar Yazılımı Alımları	3.528,20
970.06.03.03.01	Lisans Alımları	0,00
970.06.05.02.02	Elektrik Tesisatı Giderleri	6.285,00
970.06.05.02.03	Sıhhi Tesisat Giderleri	17.439,81
	<b>SERMAYE GİDERLERİ TOPLAM</b>	<b>253.521,40</b>
	<b>GİDERLER TOPLAMI</b>	<b>80.995.404,17</b>

Tablo 13’de İzmir Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼’ne bağlı kurumların 2016 yılına ait sermaye giderlerinin 253.521,40 TL., giderler toplamının ise 80.995.404,17 TL. olduğu g¼r¼lmektedir.

Yapılan incelemede, ASM’lerde 2016 yılında gerçekleşen giderler toplamı içersinde bazı işlem maliyetlerinin, personel giderlerinin ve sermaye giderlerinin yer almadığı g¼r¼lm¼řt¼r. Hastanelerde olmasına karşın bu kurumlarda yer almayan giderleri, aşağıdaki gider kalemlerinin oluşturduğu belirlenmiştir.

“970.03 Mal ve Hizmet Alım Giderleri” hesap grubunda;

- Et¼t-Proje-Bilirkişi-Ekspertiz Giderleri,
- Araştırma ve Geliştirme Giderleri,
- Diğer M¼řavir Firma ve Kişilere ¼demeler

“970.01 Personel Giderleri” grubunda;

- 657 S.K. 4/B S¼zleřmeli Personel ¼cretleri

“970.06 Sermaye Giderleri ” grubunda;

- Hareketli İş Makinesi Alımları
- Lisans Alımları

### **3.2.2. Hastaneler**

İzmir ili G¼ney Kamu Sekreterliği’ne bağlı 16 hastanenin 01.01.2016-31.12.2016 yılına ait t¼m gider kalemleri toplamının 743.273.905,84 TL. (EK 2), bu giderler kapsamında yer alan işlem maliyetleri toplamının 4.581.307,19 TL. olduğu saptanmıştır. Sağlık kuruluşlarında sağlık hizmetleri maliyetlerini artıran diğer temel unsurlardan olan personel giderleri toplamının 52.999.461,73 TL. ve sermaye giderleri toplamının 7.566.999,01 TL. olduğu belirlenmiştir

**Tablo 14:** İzmir Güney Kamu Sekreterliği'ne Bağlı Hastanelerin 2016 Yılı İşlem Maliyeti Giderlerinin Toplam İşlem Maliyetlerine Oranı

Hesap Kodları	İşlem Maliyeti Gider Hesapları	Giderler Toplamı	Yüzde %
970.03.05.01.01	Etüt-Proje-Bilirkişi-Ekspertiz Giderleri	120.183,00	%2,68
970.03.05.01.02	Araştırma ve Geliştirme Giderleri	1.574,64	%0,03
970.03.05.01.18	Yönlendirme (Danışma) Hizmetleri Alım Giderleri	1.933.205,03	%42,19
970.03.05.01.27	Lisans, Belge Düzenleme ve İzleme Hizmet Giderleri	389.507,22	%8,5
970.03.05.01.90	Diğer Müşavir Firma ve Kişilere Ödemeler	2.136.837,30	%46,6
	<b>İŞLEMMALİYETLERİ TOPLAM</b>	<b>4.581.307,19</b>	<b>%100</b>

Tablo 14'e göre, 2016 yılında İzmir Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı hastanelerde işlem maliyetleri toplamı içinde en büyük gider kalemini 2.136.837,30 TL. ile "Diğer Müşavir Firma ve Kişilere Ödemelerin" oluşturduğu, bunu 1.933.205,03 TL. ile "Yönlendirme (Danışma) Hizmetleri Alım Giderlerinin" izlediği görülmektedir.

**Tablo 15:** İzmir Güney Kamu Sekreterliği'ne Bağlı Hastanelerin 2016 Yılı Personel Giderleri

Hesap Kodları	Personel Giderleri	Tutar
970.01.01.01.01	Temel Maaşlar	11.651.889,98
970.01.01.01.02	Zamlar ve Tazminatlar	6.028.647,46
970.01.01.04.01	Sosyal Haklar	353.762,31
970.01.01.05.01	Ek Çalışma Karşılıkları	32.545.049,06
970.01.01.07.01	Zorunlu Mesleki Sigorta Giderleri	333.735,58
970.01.01.08.01	Boş Bulunan Aile Hekimliği Pozisyonu için Yapılan Giderler	0,00
970.01.02.01.01	657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personel Ücretleri	105.795,51
970.01.04.01.02	Aday Çıracak, Çıracak ve Stajyer Öğrencilerin Ücretleri	1.980.581,83
	<b>PERSONEL GİDERLERİ TOPLAM</b>	<b>52.999.461,73</b>
	<b>GİDERLER TOPLAMI</b>	<b>743.273.905,84</b>

Tablo: 15’de 2016 yılında İzmir Güney Kamu Sekreterliği’ne bağlı hastanelerde giderler toplamının 743.273.905,84TL., personel giderleri toplamının ise 52.999.461,73 TL. olduğu görülmektedir.

**Tablo 16:** İzmir Güney Kamu Sekreterliği’ne Bağlı Hastanelerin 2016 Yılı Sermaye Giderleri

Hesap Kodları	Sermaye Giderleri	Tutar
970.06.01.01.01	Büro Mefruşatı Alımları	489.501,22
970.06.01.01.03	Okul Mefruşatı Alımları	0,00
970.06.01.01.04	Hastane Mefruşatı Alımları	1.321.659,45
970.06.01.01.05	Sosyal Tesis Mefruşatı Alımları	60.194,53
970.06.01.02.01	Büro Makineleri Alımları	972.390,36
970.06.01.02.02	Bilgisayar Alımları	1.421.456,52
970.06.01.02.03	Tıbbi Cihaz Alımları	1.936.887,52
970.06.01.02.04	Laboratuar Cihaz Alımları	153.769,48
970.06.01.02.05	İşyeri Makine Teçhizat Alımları	177.042,01
970.06.01.02.90	Diğer Makine Teçhizat Alımları	517.397,38
970.06.01.05.30	Hareketli İş Makinesi Alımları	767,00
970.06.01.06.01	Basılı Yayın Alımları ve Yapımları	35.708,42
970.06.03.01.01	Bilgisayar Yazılımı Alımları	474.619,50
970.06.03.03.01	Lisans Alımları	5.605,62
970.06.05.02.02	Elektrik Tesisatı Giderleri	0,00
970.06.05.02.03	Sıhhi Tesisat Giderleri	0,00
	SERMAYE GIDERLERİ TOPLAM	7.566.999,01
	GIDERLER TOPLAMI	743.273.905,84

Tablo 16’ya göre, İzmir İli Güney Kamu Sekreterliği’ne bağlı 16 hastanenin 2016 yılına ait giderler toplamı 743.273.905,84 TL. , sermaye giderleri toplamı ise 7.566.999 TL. olarak saptanmıştır.

İkinci basamak sağlık kuruluşları olan hastanelerde de ASM’lerde olduğu gibi işlem maliyetleri, personel giderleri ve sermaye giderleri içinde bazı gider kalemlerine ilişkin harcamaların olmadığı görülmüştür. Bu giderler aşağıda belirtilmiştir:

“970.01 Personel Giderleri” grubunda;

-Boş Bulunan Aile Hekimliği Pozisyonu için Yapılan Giderler

“970.06 Sermaye Giderleri ” grubunda;

-Okul Mefruşatı Alımları

-Elektrik Tesisatı Giderleri

### -Sihhi Tesisat Giderleri

Yapılan değerlendirmeler sonucunda İzmir Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı hastaneler ile İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı ASM'ler ve diğer kurumların işlem maliyetleri, personel giderleri ve sermaye giderleri aşağıdaki Tablo:17'de görölmektedir.

**Tablo 17:** İzmir Güney Kamu Sekreterliği'ne Bağlı Hastaneler İle İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne Bağlı Aile Hekimliği Merkezleri ve Diğer Kurumların İşlem Maliyeti Giderleri, Personel Giderleri ve Sermaye Giderleri

	<b>2016 Yılı Giderler Toplamı</b>	<b>İşlem Maliyeti Giderleri</b>	<b>Personel Giderleri</b>	<b>Sermaye Giderleri</b>
<b>ASM'ler</b>	80.995.404,17	79.205,79	2.400.296,66	253.521,40
<b>Hastaneler</b>	743.273.905,84	4.581.307,19	52.999.461,73	7.566.999,00

Tablo 17'de göröldüğü gibi öncelikle ASM'lerin ve hastanelerin toplam harcamalarına bakıldığında araştırma kapsamına alınan İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı birinci basamak sağlık kurumlarının 2016 yılına ait **toplam giderleri 80.995.404,17 TL.**, İzmir İli Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı 16 hastanenin **toplam giderleri 743.273.905,84 TL.'dir**. Bu sonuca göre Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı 16 hastanenin giderler toplamının, İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı birinci basamak sağlık kurumlarına (ASM'ler) ait giderler toplamının 9,17 katı olduğu görölmüştür.

Araştırmaya esas olan işlem maliyeti yaklaşımına bakıldığında Tablo 17'de de göröldüğü gibi hastanelerin işlem maliyetleri ASM'lere göre çok daha yüksek miktarda gerçekteşiği ve dolayısıyla bu kurumlarda sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı hastanelerde **işlem maliyetlerinin** toplam gider kalemleri içindeki miktarı **4.581.307,19 TL.** iken İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı birinci basamak sağlık kurumları olan ASM'lerde ise bu miktar **79.205,79 TL.'dir**. Ulaşılan bu sonuca göre hastanelerde toplam gider kalemleri içinde işlem maliyetlerinin ASM'lerdeki işlem maliyeti miktarının 57,8 katı olduğu belirlenmiştir.

Birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında personel giderleri karşılaştırıldığında büyük farklar olduğu

görülmüştür. İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı sağlık kurumlarının 2016 yılına ait **personel giderleri 2.400.296,60 TL.** olmasına karşın Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı olan hastanelerde **52.999.461,73 TL.'dir.** Ulaşılan bu verilere göre hastanelerde personel giderlerinin, ASM'lere göre 22,08 katı daha fazla olduğu saptanmıştır.

Yatırım maliyetlerini oluşturan sermaye giderlerine ilişkin her iki basamak temel alınıp karşılaştırıldığında, hastanelerde bu giderlerin daha fazla olduğu görülmektedir. İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı sağlık kurumlarında 2016 yılı **sermaye giderleri toplamı 253.521,40 TL.,** Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı hastanelerde ise **7.566.999,01 TL.'dir.** Bu bulguya göre hastanelerdeki sermaye giderlerinin, ASM'lerdeki sermaye giderleri tutarının 29,8 katı olduğu tespit edilmiştir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin toplumun tüm bireyelerine eşit, kaliteli ve ekonomik olarak ulaştırılması ve yaratılan kaynakların etkin kullanılması açısından kaynakların dağıtılmasında rasyonel olunup olunmadığı ve kaynakların harcanmasında kurum amaçlarına ulaşıp ulaşılamadığı önem kazanmıştır.

Sağlık hizmetleri ülkemizde büyük ölçüde kamusal hizmet olarak sunulmaktadır. Giderek artan nüfus sayısı, bürokrasinin yoğunluğu, kronik hastalıklarda görülen artış, sağlık hizmetleri sunumundaki verimsizlikler, maliyetlerdeki artışlar vb. unsurlar sağlık hizmetleri planlanmasına ve düzenlenmesine yön vermektedir.

Sağlık yatırımlarının ve hizmet sunumunda maliyetlerin yüksek olması, bilgi ve teknolojideki gelişmelere paralel olarak maliyetlerin giderek artması, sağlık sektörünün sunduğu hizmetin yüksek maliyetli bir hizmet türü olmasına yol açmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda maliyetlerde görülen artış, işlem maliyetlerini de kapsamaktadır. İşlem maliyeti, alıcıyla satıcı arasında değişim sürecinde doğan ve katlanılan maliyetler olup bu değişimin en ekonomik olacak şekilde organize edilmesi olarak ifade edilmektedir.

İşlem maliyeti yaklaşımının temelini, üretim ve işlem maliyetlerini en aza indirmek oluşturmaktadır. Bu yönde yapılacak çalışmalara gereken önemin verilmesi, sağlık hizmeti sunumunda daha çok fayda ve verimliliğin sağlanmasında etkili olacaktır. Bu çalışmada, işlem maliyetleri, sağlık hizmetleri maliyetlerini artıran personel giderleri ve sermaye giderleri, birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olan hastaneler ile karşılaştırılmıştır. Bu araştırma sonucunda hastanelerde toplam işlem maliyetleri, personel giderleri ve sermaye giderlerinin daha yüksek olduğu, ASM'lerde ise daha düşük olduğu görülmüştür. Sağlık hizmeti sunumunda araştırma kapsamına alınan gider kalemlerinin daha düşük olan birinci basamak sağlık kurumlarına (ASM'lere) önem verilmesi, maliyetleri düşürecek ve tahsis edilen kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlayacaktır.

Bu noktadan hareketle yürütülen bu araştırma;

- Birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki gerçekleşen toplam giderlerin saptanması,
- İşlem maliyeti yaklaşımı doğrultusunda toplam giderler içinde yer alan işlem maliyetleri, personel giderleri ve sermaye giderlerinin yükünün belirlenmesi,
- Birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının arasındaki farklılıkların ortaya konularak karşılaştırılması,
- Bu doğrultuda söz konusu giderleri daha düşük olduğu basamağa önem ve öncelik verilmesine ışık tutmak amacıyla yapılmıştır.

Yapılan araştırmanın kapsamı İzmir ili ile sınırlandırılmıştır. Araştırma İzmir ili Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı 16 hastane ve İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı 1270 ASM ile bu kapsamdaki diğer kurumların 2016 yılı işlem maliyetleri incelenmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgulara bakıldığında, araştırma kapsamına alınan Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı 16 hastanenin giderler toplamı, İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı birinci basamak sağlık kurumlarına (ASM'ler) ait **giderler toplamının 9,17 katıdır**. Ancak araştırmanın kısıtlarını oluşturan Kuzey Kamu Sekreterliği'ne bağlı 16 hastane araştırma kapsamına alınabilmesi durumun da hastanelerin toplam yıllık giderlerinin ASM'lerin toplam giderlerinin yaklaşık 18 katından fazla olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

İşlem maliyeti yaklaşımı açısından hastanelerdeki **işlem maliyetleri** ASM'lerde gerçekleşen işlem maliyetlerinin yaklaşık 57,18 katı olduğu görülmektedir. Ancak araştırma kapsamında İzmir ilindeki tüm hastanelerin işlem maliyetlerinin ele alınabilmesi durumunda maliyetlerin 115 katı olacağı sonucuna ulaşılabilir.

Birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları 2016 yılı toplam giderleri ile işlem maliyeti yaklaşımına göre yapılan giderler, personel giderleri ve sermaye giderleri arasında bu kadar büyük katsayı farklarının ortaya çıkmasında, bazı gider kalemlerinin birinci basamak sağlık kurumlarında yer almaması etkili olmuştur. Örneğin; mal ve hizmet alım giderleri



içinde yer alan beş kalem, işlem maliyetlerini oluşturmaktadır. Bu beş kalemden üçü (etüt - proje – bilirkişi - ekspertiz giderleri, araştırma ve geliştirme giderleri, diğer müşavir firma ve kişilere ödemeler) birinci basamak sağlık kurumlarında yer almamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda ASM'ler araç-gereç, makine-teçhizat, laboratuvar malzemeleri gibi bir hastane için gerekli donanım ihtiyacı duymadığından; bu üç gider kaleminin birinci basamak sağlık kurumlarında yer almaması, işlem maliyeti yaklaşımına göre bu kurumlarda giderlerin azalmasına olumlu etki yapmaktadır. Bu sonuca göre, sağlık hizmetlerinin sunumunda kaynakların etkin ve verimli kullanılması açısından birinci basamak sağlık kurumlarına daha fazla önem ve öncelik verilmelidir.

Birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında **personel giderleri** açısından da büyük farklar olduğu belirlenmiştir. Hastanelerde personel giderleri, ASM'lerin 22,08 katı daha fazladır. Ancak araştırmanın kısıtlılıklarını oluşturan Kuzey Kamu Sekreterliği'ne bağlı 16 hastaneyi de araştırmanın kapsamına alırsak bu oranın yaklaşık 44 katı daha fazla olduğunu söyleyebiliriz. 657 Sayılı Kanunun, 4/B maddesine göre birinci basamak sağlık kurumlarında sözleşmeli personel ücretleri giderlerinin yer almamasının, sonucun bu kadar farklı çıkmasında etkili olduğu söylenebilir.

Yatırım maliyetlerini oluşturan **sermaye giderlerine** ilişkin her iki basamak temel alınıp karşılaştırıldığında, hastanelerde bu maliyetin ASM'lerin 29,8 katı olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına Kuzey ve Güney Kamu Sekreterliği'ne bağlı tüm hastaneler alınabildiğinde bu oranın iki kat artacağını ve yaklaşık 60 katına ulaşabileceği ifade edilebilir. Hastanelerin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olması nedeniyle teşhis ve tedavide tıbbi cihazlar, makineler, laboratuvar cihazları, bilgisayarlar ve bilgisayar yazılımları, hastane donanım malzemeleri vb. oluşturan zorunlu sermaye giderleri yapılmaktadır. Ancak birinci basamak sağlık kurumlarında yatırım maliyetini oluşturan sermaye giderlerinin bu kadar düşük olmasında, bu kurumların işlevlerinin artırılması ve hizmet sunumlarının geliştirilmesi amacıyla yeni yatırımlara yer verilmediği sonucuna ulaşılabilir. Birinci basamak sağlık kurumlarında hastanelere oranla daha düşük düzeyde gerçekleşmiş

olması, kaynakların etkin ve verimli kullanılması açısından öncelikle birinci basamak sağlık kurumlarına yatırım yapılmasının yararlı olacağını öne çıkarmaktadır.

Sağlık hizmetlerine ve işlem maliyeti yaklaşımına ilişkin yapılan literatür çalışmaları ışığında aşağıdaki faktörlerin dikkate alınmasının, sağlık kurumlarında işlem maliyeti yaklaşımına göre gerçekleşen maliyetlerin azaltılmasında etkili olacağı yorumlanabilir.

**Coğrafi Dağılım:** Toplumun sağlık hizmetlerine kolayca ve zamanında erişim sağlayabilmelerinde bireyler ile sağlık kurumları arasındaki coğrafi dağılım önem kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen faktörler dikkate alındığında coğrafi özellikler açısından özellikle kırsal kesimde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişim zorluğunun daha fazla olduğu bilinmektedir. Birinci basamak sağlık kurumları olan ASM'ler coğrafi konum açısından ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu olan hastaneler ile karşılaştırıldığında çok daha yaygın olduğu görülmektedir. Özellikle kırsal yörelerde ASM'lerin yaygın olarak hizmet sunması nedeniyle bu kesimlerde yaşayan bireylerin de sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi kolay olmaktadır. İzmir ili sınırları içerisinde 32 kamu hastanesi varken, 1270 ASM bulunmaktadır. Literatürde görülen çalışmada da coğrafi konum, firmalara en yakın tedarikçileri tercih ederek işlem maliyetlerini azaltmaktadır. Bu kapsamda coğrafi konumun firmalara olan uzaklığı işlem maliyetlerini artırmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda bireylerin, coğrafi konum olarak daha yaygın olan ASM'lere daha kolay ulaşabiliyor olmaları, bu kurumların üstlendiği danışma ve yönlendirme hizmetlerinde ulaşım masraflarını azaltacaktır. Bu araştırmaları destekler nitelikte ASM'lerin coğrafi duruma göre yapılandırılması, bireylerin evlerine en yakın yerlerde hizmet almalarının sağlayacağından, ASM'lerde işlem maliyetlerinin azaltılmasında etkili olacaktır.

**İletişim:** Sağlıklı bir toplumun oluşturulması için bireyler ve sağlık hizmeti sunucular arasında etkili iletişim kanallarının yaratılması zorunludur. Bireyin varlığının en temel bileşeni de sağlık ve iletişimdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin avantajlarını ele alan çalışmalarda da sağlık kuruluşu ile birey arasında sağlık sorunundan bağımsız ve uzun süreli bir ilişki vardır. Sağlık hizmetlerinde hekim ile hasta arasında sağlıklı iletişimin kurulması, bireyin sağlığına kavuşması

ihtiyacını karşılamakta ve hekime duyduğu güveni artırmaktadır. ASM'ler, hastanın sağlık sistemine girdiği ilk kapı olması nedeniyle, hastaların bütün sağlık sorumluluklarını üstlenmekte ve insan merkezli bütüncül bir sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu kurumlarda hekim ile ASM'lere kayıtlı olan hastalar sık sık yüz-yüze iletişim kurduklarından, aralarındaki güven ilişkisi daha yüksek seviyede olabilmektedir. Kültürel temellerimiz içinde önemli bir yeri olan güven mekanizması, işlem maliyeti yaklaşımı açısından incelendiğinde, piyasada güven duyulan ya da itibar edilen işletmelerin uzun ömürlü olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle de aile hekimleriyle hastalar arasında güven ilişkisi yeterli düzeyde kurulabildiğinde işlem maliyetlerinin de azalacağı öngörülebilmektedir. Yapılan bir diğer çalışmada, aralarında iş ilişkisi kuran şirketlerin bu süreçte güven, taahhüt ve memnuniyete dayalı birlikte çalışma esası oluşturmaları, işlem maliyetlerini düşürmektedir. Sağlık sektöründe de birinci basamak sağlık kurumları olan ASM'lerde güven mekanizmasına ve hasta memnuniyetine dayalı uygulamalar artırıldığında hastanelere yönelme büyük ölçüde azalacağından işlem maliyetlerini düşürücü yönde etki yaratacaktır. Literatürde yapılan başka bir çalışmada, ilişkilerin uzun ömürlü olması karşılıklı iletişim ile ilişkilendirilmiştir. Bu kapsamda güven ilişkisi artmış ve dolayısıyla işlem maliyetlerini azaltmıştır. Birinci basamak sağlık kurumlarında bireylerle iletişim, ilişkilerde uzun ömürlülüğü sağlamaktadır. Karşılıklı iletişim güven ilişkisini artırırken işlem maliyetlerini düşürmektedir. Bu kapsamda sağlık hizmetleri tasarlanırken işlem maliyeti yaklaşımı açısından örgütsel iletişim artırılarak, ilişkilerde uzun ömürlülük sağlanmaya çalışılmalıdır. Bu durumda güven ilişkileri artacak ve işlem maliyeti azalacaktır. Uzun ömürlülüğün hangi yollarla tesis edileceği ve iletişimin nasıl artırılacağı ise başka bir araştırma konusudur.

**Açık Prosedürler:** Teoride kamu-özel sektör ortaklığı projeleri için yapılan ampirik bir çalışmada örgütlerdeki açık prosedürler, işlem maliyetlerini düşürmektedir. Sağlık hizmetleri bakımından hastaneler, ASM'lere göre prosedürleri ve süreçleri daha fazla ve daha karmaşık yapıda kurumlardır. Sağlık hizmetlerine ilişkin yapılan çalışmalarda da hastaneler karmaşık yapıda kurumlardır. Birinci basamak sağlık kurumları olan ASM'ler ise açık ve basit prosedürler ile çalışmaktadırlar. Her hasta için yapılan işlemler ve işletilen süreçler bu iki basamakta

farklılık göstermektedir. Açık ve basit yapıların sağlık alanında gerçekleşen tüm işlem maliyetlerini düşürücü bir etkisi olduğu ve sağlık statüsüne katkı koyabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hiyerarşik yapılarının artması, ilişkilerde fırsatçı davranışı artırmakta ve dolayısıyla işlem maliyetlerini yükseltmektedir. Sağlık sektöründe birinci basamak sağlık kurumları olan ASM'lerde hiyerarşik yapının, hastanelere kıyasla daha düşük yani basit olduğu görülmektedir. Bu yüzden ASM'lerde fırsatçılık davranışına daha az rastlanacağı ve bununda işlem maliyetlerini azaltabileceği sonucuna ulaşılmaktadır.

**Asimetrik Bilgi Dağılımı ve Fırsatçı Davranış:** Sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden birisi bilgi asimetrisinin bulunmasıdır. Bilgi asimetrisi sunulan hizmetlerin değeri hakkında daha fazla ve kaliteli bilgiye sahip olunmadığını belirten bir kavramdır. Bilgi asimetrisinin bulunması kaynakların etkin dağıtılmamasına ve piyasa başarısızlığına neden olmaktadır. Asimetrik bilgi dağılımı ile ilgili yapılan bir çalışmada vekâlet yaklaşımı ile işlem maliyeti yaklaşımı arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya göre asil-vekil (Sağlık Bakanlığı ile hastane yöneticileri) arasındaki uyuşmazlıklar, bilgi asimetrisi ve fırsatçılığı ortaya çıkarmaktadır. Bilgi asimetrisine ilişkin diğer bir çalışmada da işbirliği ile fırsatçılık arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada da işbirliğinin işlem maliyetini azaltıcı bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinde birinci basamakta sağlık hizmeti alanlar ile sağlık hizmeti sunanlar arasında işbirliğinin artırılması, asimetrik bilgi dağılımının azaltılması, ikinci ve üçüncü basamakta fırsatçılık davranışının (bıçak parası, kan parası vb.) azalmasına olumlu katkısı olabileceği ve fırsatçı davranışın o kadar daha düşürülebileceği yorumlanabilir.

Fırsatçı davranış ancak denetim ile önlenebileceğinden bu durum denetim maliyetlerini yükseltmektedir. Sağlık sektöründe hastane organizasyonlarına ve yönetim şekillerine göre ASM'lerde vekil sayısı daha azdır. Vekâlet yaklaşımına göre hastanelerde hem vekil sayısı (başhekim, hekim yardımcısı, hastane müdürü vb.) hem de bilgi asimetrisi çok yüksektir. Ayrıca ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olan hastaneler yoğun çalışan ve hastaların hizmet alma sürelerinin (ayakta veya yatarak) fazla olduğu kurumlardır. Bu unsurlarda fırsatçılık

davranışlarını artırabilmektedir. Hem hasta ile sağlık kuruluşları arasında hem de hastane ile Sağlık Bakanlığı arasında bilgi asimetrisinin azaltılması yönündeki çalışmaların, fırsatçı davranışları da azaltılacağı sonucuna ulaşılabilir.

**Kapasite Kullanımı (Personel Giderleri):** Literatürde yapılan bir çalışmaya göre işlem maliyeti yaklaşımı doğrultusunda uygulama ve hizmet verme giderleri, maliyet unsuruna duyarlı hale getirilmelidir. Hizmet sektörü kapsamında yer alan sağlık kurumlarında en önemli hizmet sunum kaynağı insan gücüdür. Sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmetlerinden daha çok vatandaşın yararlanılması amaçlanmaktadır. Bu durumda ya sağlık kurumlarında kapasite kullanım oranı artırılacak ya da hizmet üretimini artırmak amacıyla sağlık personel sayısında artış sağlanacaktır. ASM’lerde çalışan kişi sayısı hastanelere oranla çok daha düşük sayıdadır. Hastanelerde sağlık hizmetleri maliyetlerini artıran giderlerin başında personel giderleri yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınamayan Kuzey Kamu Hastanelerinin de dikkate alınması durumunda hastanelerde yıllık personel gideri, ASM’lerden yaklaşık 44 kat daha fazladır.

**Dış Kaynak Kullanımı (Hizmet Alım Giderleri):** İşlem maliyeti yaklaşımı açısından örgütlerde “yap veya satın al” kararı verilirken, işlem maliyeti bileşenlerinden olan tedarikçi-pazar rekabeti, firmanın hacmi ve teknoloji unsurları öne çıkmaktadır. Sağlık kurumlarında bu karar verilirken hizmet üretim maliyetleri en başta yer alan unsur olmaktadır. Ülkemizde sağlık alanında yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere sağlık kurumları, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde “yap ya da satın al” kararı verirken eğer piyasadan elde etmek istediği hizmeti en etkin ve daha uygun maliyetle temin edebiliyorsa özel sektörle sözleşmeler yaparak bu hizmeti “satın al” kararını verecektir. Ancak piyasadan alacağı hizmetin etkinliğinin ve verimliliğinin azaldığı veya kalmadığı durumlarda ise “üretimi/uygulamayı kendin yap” kararını tercih edecektir. Hastaneler; rekabet avantajı sağlamak, kaynak ve zaman tasarrufunda bulunmak, maliyetleri azaltmak, gelişen teknolojiden yararlanmak, hizmet kalitesini artırmak, kaynakların etkin dağılmasını sağlamak ve yatırım harcamalarını azaltmak amacıyla dış kaynak kullanımına yönelmişlerdir. ASM’lerde ise hastanelere kıyasla dış kaynak kullanımı ihtiyacının daha düşük olacağı varsayılmıştır. Sağlık kurumlarında dış kaynak kullanımıyla ilgili yapılan

çalışmaya paralel olarak, bizim araştırmamızda da birinci basamak sağlık kurumları olan ASM'lerde, sunduğu sağlık hizmetinin özelliği nedeniyle dış kaynak kullanımı daha az olduğundan işlem maliyetleri daha düşüktür. Hastanelerde ise dış kaynak kullanımının fazlalığı işlem maliyetlerinin artmasına yol açmıştır.

**Bilgi Teknolojisi:** Hastanelerde sağlık hizmetlerinin sunumunda uzmanlık ve bilgi teknolojisi ön plana çıkmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumu olan ASM'lerde tanı ve ayakta tedavi ön planda olduğundan, bilgi teknolojisi ihtiyacı daha az ve sunulan hizmetlerin yoğunluğu hastanelere oranla daha düşüktür. Bu oranın düşük olması, ASM'lerde işlem maliyetlerinin daha az olmasında etkili olmaktadır. Yapılan bir çalışmada, bilgi teknolojileri, işlem maliyetlerini oluşturan kalemlerden biri olan araştırma maliyetlerini azaltmaktadır. Hastanelerde de araştırma ve geliştirme giderlerinin diğer gider kalemlerine göre daha düşük olmasında bilgi teknolojisindeki gelişmelerin etkili olduğunu söyleyebiliriz. Bu çalışmada işlem maliyetlerinin bilgi teknolojisi boyutuna değinilmemiş olsa da son yıllarda sağlık alanında gerçekleşen önemli teknolojik gelişmeler, giyilebilir teknolojiler, m-sağlık, e-sağlık gibi kavramlar hem birinci basamak sağlık kurumlarında hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında işlem maliyeti açısından değerlendirilerek, gelişen tıbbi teknoloji ve mobil sağlık uygulamalarının işlem maliyetlerine olumlu yararı göz ardı edilmemelidir.

**Sosyal Destek:** Sağlık hizmetlerini geliştirmek için işlem maliyeti yaklaşımı ve sosyal destek yaklaşımını bütünleştirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, sosyal destek hizmetleriyle bilgi araştırma maliyetleri düşmüş ve sağlık bakım sistemleri artmıştır. Bu doğrultuda sosyal destek hizmetlerinin birinci basamak sağlık kurumları olan ASM'lerde uygulanması durumunda; hasta, hasta yakınları ve ebeveynler için danışma hatları, sosyal destek hatları, belirli hastalıklara (diyabet, kalp hastalıkları, otizmli çocuklar) yönelik sosyal destek grupları oluşturulursa işlem maliyetlerini azalabileceği yönünde yorumlanabilir.

Literatürde yapılan bütün çalışmaların temel amacı; maliyetlerin düşürülerek kaynakların kullanımında ve hizmet sunumunda azami faydayı sağlamaktır. Yapılan araştırma sonucuna göre hastanelerde işlem maliyetleri, birinci basamak sağlık kurumlarında 57,8 kat daha fazladır. Bu nedenle hastaların uygun basamaklarda

tedavi görmelerini sağlaması, birinci basamak sağlık hizmeti sunan ASM'lerde ilk teşhis ve tedavinin yapılması, belirlenmiş tedavilerinin bu kurumlarda sürdürülmesi ve gerektiğinde doğru uzmanlık alanına yönlendirilmesini sağlaması, işlem maliyeti yaklaşımına göre sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynakların daha etkili kullanılmasına fırsat sunacaktır.

Sonuç olarak, 2016 yılı verilerine göre Ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinin %78'nin Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanması ve devlet bütçesine olan yükü dikkate alındığında birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda maliyetlerin düşürülerek, verimli ve azami faydayı sağlayacak bir şekilde sürdürülmesi önem kazanmaktadır. Bu amaçla işlem maliyetlerinin düşürülmesi ve işlem maliyeti yaklaşımı göz önüne alınarak hangi basamak sağlık hizmetlerine daha çok önem verileceği belirlenmelidir. Bu tez çalışması kapsamında yapılan araştırma ile ülkemizde birinci basamak ile ikinci ve üçüncü basamakta sunulan sağlık hizmetlerinde gerçekleşen işlem maliyetlerinin, personel giderlerinin ve sermaye giderlerinin belirlenmesi, aradaki farklılıkların birbirleriyle karşılaştırılması ve bu maliyetlerin düşürülmesine yönelik çözüm yollarının ortaya konulmasına çalışılmıştır. Ayrıca birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin planlamasında maliyetlerin dikkate alınmasının önemine ışık tutulmuştur. Bu kapsamda sağlık yöneticilerinin karar alma, planlama, uygulama ve denetleme fonksiyonlarını gerçekleştirmelerinde maliyet ve işlem maliyeti yaklaşımının analizlerinin dikkate alınması büyük ölçüde yarar sağlayacaktır.

Ayrıca Ülkemizde Türkiye Muhasebe Standartları (TMS) ve Türkiye Finansal Raporlama Standartları (TFRS) olarak uygulamaya konulan Uluslararası Muhasebe Standartları (IAS), muhasebe verilerinin ve bilgilerinin üretilmesi ve kullanılması sürecinde uyulması gereken kurallar bütünü olduğundan, sağlık işletmelerinde uygulamaya konulması ile muhasebe bilgilerine açıklık, şeffaflık, güvenilirlik ve karşılaştırılabilirlik kazandırarak objektif olarak yorumlanmasını sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

Agrawal, A. K. (2015, March). *Transaction Costs in Technology Transfer and Implications for Strategy*. Economic Institutions of Strategy, s. 3-12.

Ağırbaş, İ. (2016). *Hastane Yönetimi ve Organizasyon*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Ak, B. (1990). *Hastane Yöneticiliği*. Ankara: Özkan Matbacılık.

Akalın, H. E. (2004). *Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?* Ankem Dergisi (18), s. 12-13.

Akdeniz, M., Urgan, M., & Yaman, H. (2010). *Aile Hekimliği: Çağdaş bir Sağlık Hizmeti Sunma Biçimi*. GeroFam Tıp Dergisi , 1(1), s. 15-28.

Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu*. Ankara: A.Ü. Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları.

Akerlof, G. A. (1970). *The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism*. The Quarterly Journal of Economics, 84(3), s. 488-500.

Akgemci, T., & Güleş, H. K. (2010). *İşletmelerde Stratejik Yönetim*. 2. Baskı. Ankara: Gazi Kitabevi.

Akman, M. (2014). *Türkiye'de Birinci Basamağın Gücü*. Türk Aile Hekimleri Dergisi (18).

Aktaş, M., & şener, İ. (2012). *Koşul Bağımlılık Kuramı içinde*; H. N. Basım, & H. C. Sözen, *Örgüt Kuramları*. İstanbul: Beta Yayınları. s. 91-116

Allen, D. W. (1991). *What are Transaction Costs?* Research in Law and Economics (14), s. 1-18.

Allen, D. W. (1999). *Transaction Costs içinde*; *Encyclopedia of Law and Economics* Simon Fraser University. s. 893-913



Anderson, S. W., & Dekker, H. C. (2005). *Management Control for Market Transactions: The Relation Between Transaction Characteristics, Incomplete Contract Design and Subsequent Performance*. *Management Science*, 51(12), s. 1734-1752.

Araral, E. (2014). *Policy and Regulatory Design for Developing Countries: A Mechanism Design and Transaction Cost Approach*. *Policy Sciences* (47), s. 289-303.

Arnold, U. (2000). *New Dimensions Of Outsourcing: A Combination Of Transaction Cost Economics And The Core Competencies Concept*. *European Journal of Purchasing & Supply Management*, (6), s. 23-29.

Aşgun, C. İ., & Tokat, B. (2003). *İşletmelerde Yönetim ve Örgüt*. İstanbul: Avcı Matbaası.

Atabey, S. E. (2012). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. Ankara: Gazi Kitabevi.

Atadağ, Y., Aydın, A., Kaya, D., Köşker, H. D., Başak, F., & Uçak, S. (2016). *Aile Hekimliği Uygulamasıyla Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sebeplerinde Olan Değişiklikler*. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 20(4), s. 141-151.

Ataman, G. (2009). *İşletme Yönetimi Temel Kavramlar ve Yeni Yaklaşımlar*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.

Ateş, E. A. (2015). *Aile Hekimliği Çekirdek Yeterliliklerinden Biri: Toplum Yönelimli Bakım*. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 9(3), s. 121-124.

Aubert, B. A., Rivard, S., & Patry, M. (1996). *A Transaction Cost Approach to Outsourcing Behavior: Some Empirical Evidence*. *Information & Management*, (30), s. 51-64.

Aubert, B. A., Rivard, S., & Patry, M. (2004). *A Transaction Cost Model of IT Outsourcing*. *Information & Management Journal*, 41(1), s. 922.

Aydın, S. (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

B.Flynn, B., Huo, B., & XiandeZhao. (2010). *The Impact of Supply Chain Integration on Performance: A Contingency and Configuration Approach*. Journal of Operations Management, 28(1), s. 58-71.

Bakos, Y. J. (1991). *A Strategic Analysis of Electronic Marketplaces*. MIS Quarterly:Special Issue: Strategic Use of Information Systems , 15(3), s. 295-310.

Bakos, J. Y., & Kemerer, C. F. (1992). *Recent Applications of Economic Theory in Information Technology Research*. Decision Support Systems , 8(5), s. 365-386.

Bakos, Y. J. (1997). *Implications for Electronic Marketplace*. Management Science, Frontier Research on Information Systems and Economics, 43(12), s. 1676-1692.

Barzel, Y. (1997). *Economic Analysis of Property Rights*.

Bedir, A. (1999). *Gelişmiş Otomotiv Sanayilerinde Ana - Yan Sanayi İlişkileri ve Türkiye'de Otomotiv Yan sanyinin Geleceği*. Devlet Planlama Teşkilatı İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü.

Belcourt, M. (2006). *Outsourcing — The Benefits and The Risks*. Human Resource Management Review, 16(2), s. 269-279.

Bener, S., Balbay, Y., & Delibalta, İ. (2014). *Sağlık Uygulama Tebliğindeki 3.Basamak Kısıtlaması Nedeniyle 2.Basamak Sağlık Tesislerince Yapılamayan İşlemler*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Benjamin, R. I., Malone, Thomas, W., & Yates, J. (1987). *Electronic Markets And Electronic Hierarchies: Effects of Information Technology on Market Structures and Coparate Strategies*. ACM , 30(6), s. 484-497.

Bertrand, J. (2002). *Theorie Mathematique de la Richesse Sociale*. Journal des Savants , s. 499-508.

Birner, R., & Wittmer, H. (2004). *On the 'Efficient Boundaries of the State' -- The Contribution of Transaction Costs Economics to the Analysis of Decentralization and Devolution in Natural Resource Management*. Environment and Planning C Government and Policy , 22(5), s. 667-685.

Boerma, W. G., Hutchinson, A., Zee, J. v., P.Groenewegen, & Kringos, D. S. (2010). *The Breadth of Primary Care: A Systematic Literature Review of Its Core Dimensions*. BMC Health Services Research.

Bourlakis, C., & Bourlakis, M. (2005). *Information Technology Safeguards, Logistics Asset Specificity and Fourth Party Logistics Network Creation in The Food Retail Chain*. Journal of Business and Industrial Marketing (20), s. 2-3.

Bremen, P., Oehmen, J., Alard, R., & Schönsleben, P. (2010). *Transaction Costs in Global Supply Chains of Manufacturing Companies*. Journal of Systemics, Cybernetics and Informatics , 8(1), s. 19-24.s

Bunduchi, R. (2005). Information Systems Journal , 15(4), s. 321-341.

Can, H. (2002). *Organizasyon ve Yönetim*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Can, H., & Güner, S. (2001). *Hukukun Temel Kavramları*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Carmel, E., & Nicholson, B. (2005). *Small Firms and Offshore Software Outsourcing: High Transaction Costs and Their Mitigation*. Journal of Global Information Management , 13(3), s. 33-54.

Carson, K., Carson, P., & Roe, C. (1995). *Managment of Healthcare Organizations* . Ohio: South Western College Publishing.

Castner, G., & Ferguson, C. (2000). *The Effect Of Transaction Costs On The Decision to Replace 'Off-the-Shelf' Software: The Role of Software Diffusion and Infusion*. Informations Systems Journal , 10(1), s. 65-83.

Chandon, L., & Martin, C. (2000). *SAFECommerance: Ensuring Online Authenticity of Transactions*. Vala 2000 Conferance Papers, s. 1-14.

Chen, S. (2005). *Strategic Management of e-Business*. England: John Wiley & Sons Ltd.

Chircu, A. M., & Mahajan, V. (2006). *Managing Electronic Commerce Retail Transaction Costs for Costumer Value*. Desicion Support Systems, 42(2), s. 898-914.

Cho, C. J. (2011). *An Analysis of the Housing Redevelopment Process in Korea through the Lens of the Transaction Cost Framework*. *Urban Studies*, 48(7), s. 1477-1501.

Coase, R. (1991). *Firms Organizations and Contracts*. Newyork: Oxford Management Readers.

Coase, R. H. (1937). *The Nature of the Firm*. *Economica*, (4), s. 386-405.

Coase, R. (1992). *The Institutional Structure of Production*. *The American Economic Review* , 82(4), s. 713.

Cook, M. F. (1998). *Outsourcing Human Resources Functions: Strategies for Providing Enhanced HR Services at Lower Cost*. New York: American Management Association.

Cramton, C. P. (1991). *Dynamic Bargaining with Transaction Costs*. *Management Science* , 37(10), s. 1221-1233.

Cummings, L. L., & Bromiley, P. (1996). *The Organizational Trust Inventory (OTI): Development and Validation*. Thousand Oaks: Sage.

Çelik, N., & Bedük, A. (2014). *Vekalet Teorisi Yaklaşımı ve İşlem Maliyeti Arasındaki İlişki*. *Sakarya İktisat Dergisi*, 3(1), s. 43-67.

Çıtak, N., & Tengilimoğlu, D. (2003). *Yönetici ve Tıp Sekreterliği*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Çoban, O. (2005). *Bilgi Asimetrisi Kaynaklı Piyasa Başarısızlığının Giderilmesinde Kamunun Rolü*. *Amme İdare Dergisi* , 38(2), s. 131-136.

Daniel, E., & Klimis, G. M. (1999). *The Impact Of Electronic Commerce on Market Structure: An Evaluation of the Electronic Market Hypothesis*. *European Management Journal*, 17(3), s. 318-325.

Darr, K., & Longest, B. (1996). *Managing Health Services Organizations and Systems*. Baltimore: Health Professionals Press.

Davies, H., & Lam, P.L. (2013, Mart 12). *An Analysis of Business Issues*. Erişim yılı: 6 Temmuz 2017.

www.booksites.net/download/davieslam/.../Chapter6.ppt adresinden alındı.

Davut, L. (1994). *Sanayi İktisadı*. içinde; *Piyasa Yapısı Unsurları*. Ankara: İmaj Yayıncılık.

Demir, H. (2016). *Mobil Sağlık Uygulamalarının Sağlık Hizmetlerine İşlem Maliyeti Yaklaşımı Bağlamında Etkisi: Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi . İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Demir, Ö. (1996). *Kurumcu İktisat*. Ankara: Vadi Yayınları.

Demirhan, K., & Sadioğlu, U. (2016). *İşlem Maliyeti Kuramı Çerçevesinde Devletin Gerekliliği Tartışması ve Güncel Kamu Yönetimi Yaklaşımları Üzerine Bir İnceleme*. Uluslararası Ekonomik Araştırmalar Dergisi , 2(4), s. 105-116.

Demirkan, Ş. (2011). *Muhasebe Denetimi*. İzmir: İlkem Ofset Yayıncılık.

Dikici, M. F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A. S., & Yarış, F. (2007). *Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi*. Türkiye Klinikleri J. Med. Sci , 27(3), s. 412-418.

Drazin, R., H., A., & Ven, V. d. (1985). *Alternative Forms of Fit in Contingency Theory*. Administrative Science Quarterly , 30(4), s. 514-539.

Düden, S. (2012). *Dağıtım Kanalı İşlem Maliyetlerinin Fırsatçılık ve İşbirliği Açısından Değerlendirilmesi: Türkiye Otomotiv Sektörü Dağıtım Kanalı Üzerine Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi . Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Dyer, J. H. (1997). *Effective Interfirm Collaboration: How firms Minimize Transaction Costs and Maximize Transaction Value*. Strategic Management Journal , 18(7), s. 535-556.

Eggertsson, T. (1990). *Economic Behaviour and Institutions*.

Ekinci, B. T. (2008). *İşlem Maliyetleri ile Elektronik Ticaret Arasındaki İlişki: Otomotiv Sektöründe Bir Uygulama*. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Engel, G. L. (1980). *The Clinical Application of the Biopsychosocial Model*. Am J Psychiatry , 137(5), s. 535-44.

Erdem, Ş. (2007). *Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesinin Algulamaları Üzerine Bir Uygulama*. Edirne, Türkiye: Trakya Üniversitesi SBE.

Erefe, İ. (1993). *Sağlık Hizmetlerinde Standart ve Kalitenin Önemi*. Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu , 20-25. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

Erkoç, Y., Çom, S., Keskinçilic, B., & Karakaya, K. (2011, Nisan 01). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Erişim yılı: 26 Ekim 2016 tarihinde Sağlık Bakanlığı:<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9F1%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf> adresinden alındı

Erol, Y., İnce, A. R., & Aras, M. (2013). *Türk Sanayi Sektöründe Stratejik Yönetim Yaklaşımları Tercih: ISO 1000 Firmalarında Bir Araştırma*. Business and Economics Research Journal , 4(3), s. 75-92.

Ertekin, A. (2012). *Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Ödemesi ve Çeşitli Meslek Grupları Tarafından Değerlendirmesi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi SBE.

Fernández-Barcala, M., & González-Díaz, M. (2006). *Brand Equity in the European Fruit and Vegetable Sector: Transaction Cost Approach*. Intern. J. of Research in Marketing (23), s. 31-44.

Oğuz, Fırat. (2003). *Mülkiyet Hakları: Bir Ekonomik Analiz* . Ankara. Roma Yayınları.

Foss, N. (2005). *Transaction Cost Economics in Scandinavian Business Administration*. Scandinavian Journal of Management , (21), s. 5-17.

Fournier, M., Zuroff, D., & Moskowitz, D. S. (2002). *Social Rank Strategies in Hierarchical Relationships*. Journal of Personality and Social Psychology , 83(2), s. 17-25.

Fries, A., & Kendzia, R. (2007). *Safeguarding Specific Investments in Global Buyer- Supplier Relationships : An Integrated Framework*. Managing supply chains : challenges and opportunities , s. 83-106.

Georgieva, L., Salchev, P., Dimitrova, R., Dimova, A., & Avdeeva, O. (2007). *Health Systems in Transition : Bulgaria*. Health System Review , 9(1).

Gervtis, M., & Anderson, M. (2014). *Community-Oriented Primary Care (COPC) in Barcelona, Spain: An Urban COPC Experience*. International Journal of Health Services , 44(2), s. 383-398.

Geyskens, I., Steenkamp, J.-B. E., & Kumar, N. (2006). *Make, Buy, or Ally: A Transaction Cost Theory Meta-Analysis*. Academy of Management Journal , 49(3), s. 519-543.

Ghoshal, S., & Moran, P. (1996). *Bad For Practice: A Critique of The Transaction Cost Theory*. The Academy of Management Review , 21(1), s. 13-47.

Godfre, P. C., & Hill, e. W. (1995). *The Problem Of Unobservables in Strategic Management Research*. Strategic Management Journal , 16(7), s. 519-533.

Gözlü, M., & Tatlıdil, H. (2015). *Türkiye'deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları*. Sosyal Güvenlik Dergisi , (2), s. 145-165.

Green, L., Phillips, R., & Fryer, G. (2003). *The Nature of Primary Care*. Oxford Textbook of Primary Medical Care , (1), s. 3-10.

Gross, N. R., Tabenkin, H., & Brammli-Greenberg, S. (2000). *Who needs a gatekeeper? Patients' views of the role of the primary care physician*. The Journal of Family Practice , (17), s. 222.

Grover, V., Lim, J., & Ayyagari, R. (2006). *The Dark Side of Information and Market Efficiency in E- Markets*. *Decision Science* , 37(3), s. 297-324.

Güney, S. (2011). *Örgütsel Davranış*. Ankara: Nobel Yayınevi.

Güzel, S. (2008). *Strategic Outsourcing and Its Impact on Firm Performance*. İstanbul.

Hajli, M. N., Shanmugam, M., Hajli, A., Khani, A. H., & Wang, Y. (2015). *Health Care Development: Integrating Transaction Cost Theory With Social Support Theory*. *Informatics for Health and Social Care* , 40(4), s. 334-344.

Hazman, G. G., & Küçükilhan, M. (2012). *Sağlık Hizmetlerinde Yatırım Harcamalarının Hastane Hizmetleri ve Hizmet Kalitesine Etkisi: Ampirik Bir Çalışma*. *Nevşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (2), s. 138-153.

Hess, C. M., & Kemerer, C. F. (1994). *Computerized Loan Origination Systems: An Industry Case Study Of The Electronic Markets Hypothesis*. *MIS Quarterly*, 18(3), s. 251-275.

Hill, C. W. (1990). *Cooperation, Opportunism, and the Invisible Hand: Implications for Transaction Cost Theory*. *The Academy of Management Review*, 15(3), s.500-513.

Hobbs, J. E. (1996). *A Transaction Cost Approach to Supply Chain Management*. *Supply Chain Management* , 1(2), s. 15-27.

Holt, R. (2004). *Fear prudence: Hobbes and Williamson on the Morality of Contracting*. *Journal of Economic Issues* , (38), s. 1021-1037.

Holzmüller, H. H., & Schüchter, J. (2002). *Delphi Study About the Future of B2B Marketplaces in Germany*. *Electronic Commerce Research and Applications* 1 , 1(1), s. 2-19.

Hughart, D. (1975). *Informational Asymmetry, Bidding Strategies and The Marketing Offshore Petroleum Leases*. *The Journal of Political Economy* , 83 (5), s. 969-986.



Hultman, M., Robson, M. J., & Katsikeas, C. S. (2009). *Export Product Strategy Fit and Performance: An Empirical Investigation*. Journal of International Marketing , 17(4), s. 1-23.

Ilukor, J., Birner, R., & Nielsen, T. (2015). *Addressing Governance Challenges in the Provision of Animal Health Services: A Review of the Literature and Empirical Application Transaction Cost Theory*. Preventive Veterinary Medicine , 122(1-2), s. 1-13.

Ivanaj, V., & Franzil, Y. M. (2006). *Outsourcing Logistics Activities: A Transaction Cost Economics*. 15th Conference Internationale de Management Strategique Paper, (s. 8-9). Annecy / Geneve.

Jennings, P., & Zandbergen, P. (1995). *Ecologically Sustainable Organization An Institutional Approach*. Academy of Management Review , 20(4), s. 1023.

Jones, Roger., Britten, Nicky., Culpepper, Larry., Gass, David., Grol, Richard., David, Mant., & Silagy, Chris. (2005). *The Oxford Textbook of Primary Medical Care*. New York: Oxford University.

Kaçal, Z. (2015, Haziran). *Sakarya Üniversitesinde Görev Yapan İdari ve Akademik Personelin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Bakışını İncelemek*. ISSN:2149-455X .

Kalemci, R.A., Meydan, H.C., Şener, İmge., & Çakar, Mehmet. (2012). *Örgüt Kuramları*. İSTANBUL, Beta Yayınları: 2.Baskı

Kalemci, R. A. (2013). *İşlem Maliyeti Kuramının Davranışsal Varsayımlarında Güvenin Yeri Tartışması*. İş Ahlaki Dergisi , 6(2), s. 58-83.

Kalemci, R. A. (2015). *İşlem Maliyeti Kuramı içinde; Örgüt Kuramları*. Düzenleyen: H. C. Sözen, & H. N. Basım. İstanbul: Beta Basım A.Ş. s.133-155.

Karadal, H., Yücekaya, P., & Saygın, M. (2014). *İşlem Maliyeti Yaklaşımı ile Dış Kaynak Kullanımı Arasındaki İlişkinin Ankara İlinde Faaliyet Gösteren Yabancı Dil Kurslarının İncelenmesi*. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi , 6(2), s. 25-37.

- Kavuncubaşı, Ş. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kemikkıran, N. (2016). *Yönetişim Mekanizması Seçimi: "Yap veya Satın Al" kararı*. AKÜ İİBF Dergisi , 18(1), s. 15-35.
- Khalid, S., & Ali, T. (2017). *An Integrated Perspective of Social Exchange Theory and Transaction Cost Approach on the Antecedents of Trust in International Joint Ventures*. International Business Review , (26), s. 491-501.
- Kıdak, L. B., Nişancı, Z. N., & Burmaoğlu, S. (2015). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği*. Yönetim ve Ekonomi , 22(2), s. 483 - 500.
- Kidd, M. (2002). *Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine*. WONCA.
- Koçel, T. (2011). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Beta Basım.
- Kömürcü, N. (2006). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Lee, H. G. (1996). *Electronic Brokerage and Electronic Auction: The Impact of It on Market Structures*. Proceedings of the 29th Annual Hawaii International Conference on System Science, s. 397-406.
- Ludwig, M., Groot, W., & Merode, F. V. (2009). *Hospital Efficiency and Transaction Costs: A Stochastic Frontier Approach*. Social Science & Medicine (69), 61-67.
- Malone, T. W., Yates, J., & Benjamin, R. I. (1987). *Electronic Markets and Electronic Hierarchies: Effects of Information Technology on Market Structures and Coparate Strategies*. Commtnications of the ACM , 30(6), s. 484-497.

Melese, F., & Frank, R. E. (2005). *A New Guide to Government's "Make-or-Buy" Decisions: Levering Transaction Costs Economics (TCE)*. Defense Resources Management Institute.

Menderes, K. E.-M. (1995). *Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi. İçinde; Hastane İşletmeciliği : Seçme Yazılar*. Düzenleyen: Seçim, H.. Eskişehir.

Mendi, Ş. (2014). *Hastane İşletmelerinde Fiili Tam Maliyet Sistemine göre Gelir ve Giderlerin Hesaplanması ve Bir Hastane Uygulaması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi* . İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Meydan, C. H., & Çetin, F. (2012). *Vekalet Kuramı İçinde: Örgüt Kuramları*. s. 141-161. Düzenleyen: H. N. Basım, & H. Sözen. İstanbul: Beta Yayınları.

Murray, J. Y., Kotabe, & Masaaki. (1999). *Sourcing Strategies of U.S. Service Companies: A Modified Transaction- Costs Analysis*. Strategic Management Journal , 20(9), s. 791-809.

Nak, F. (2011, Haziran). *İşlem Maliyetleri Teorisi ve Kaynak Tabanlı Yaklaşımın Dış Kaynak Kullanımı Üzerine Etkileri: Lojistik Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi* . İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.

Nandi, R., Gowdru, N. V., & Bokelmann, W. (2017). *Factors Influencing Smallholder Farmers in Supplying Organic Fruits and Vegetables to Supermarket Supply Chains in Karnataka, India: A Transaction Cost Approach*. International Journal of Rural Management , 13(1), s. 85-107.

Nayyar, P. R. (1990). *Information Asymmetries: A Source of Competitive Advantage for Diversified Service Firms*. Strategic Management Journal , 11(7), s. 513-519.

Niehans, J. (1987). *Transaction Costs (İşlem Maliyetleri)*. The New Palgrave: A Dictionary of Economics (Cilt 4).

*Nobel Foundation the Sveriges Riksbank Prize in Memory of Alfred Nobel* . (2009). Erişim yılı: 20 Mart 2017. nobelpriz.org: [https://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/economic-sciences/laureates/2009/](https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economic-sciences/laureates/2009/) adresinden alındı.

Oğuz, Fuat. (2010). *Örgüt Kuramları içinde; Örgüt İktisadı: Ekonomi, Hukuk ve Örgüt İlişkileri*. Düzenleyen: Sargut, S.A. & Özen, Şükrü. ANKARA. İmge Kitabevi, s.193-235.

Orbay, H. (2002). *Bilgi İşleme Kısıtları ve Yönetim Hiyerarşileri - Hiyerarşilerin İktisadi Modellemesinde Yeni Yaklaşım*. 10. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Antalya. s. 559-567.

Öcek, Z. A., Çiçeklioğlu, M., & Türk, M. (2006). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapıtutuculuk Nedir? Türkiye' de uygulanabilir mi?*. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi , 15(8), s. 144-148.

Öcek, Z., & Soyer, A. (2007). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Özalp, H., & Akar, Ç. (1999). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. Ankara: Somgür Eğitim Hizmetleri Yayıncılık.

Özgen, H. (2002). *İşlem Maliyetleri Teorisi: Sağlık Hizmetleri Sunumunda Sözleşme Mi Yoksa Örgüt İçi Yapılanma Mı?* Amme İdaresi Dergisi , 35(2), s. 49-59.

Pollak, R. A. (1985). *A Transaction Cost Approach to Families and Households*. Journal of Economic Literature , 23(2), s. 581-608.

Porter, M. E. (1998). *Competitive Strategy*. New York: Free Press.

Prasad, A., & Shivarajan, S. (2015). *Understanding the Role of Technology in Reducing Corruption: A Transaction Cost Approach*. Journal of Public Affairs , 15(1), s. 19-36.

Quinn, J. B., & Hilmer, F. G. (1994, Temmuz 05). *Strategic Outsourcing* .Erişim yılı: 06 Temmuz 2017. Sloan Management Review: <http://sloanreview.mit.edu/article/strategic-outsourcing/> adresinden alındı.

- Rabinovich, E., Bailey, J. P., & Carter, C. R. (2003). *A Transaction-Efficiency Analysis of an Internet Retailing Supply Chain in the Music CD Industry*. *Decision Sciences* , 34(1), s. 131-172.
- Rasheli, G. A. (2016). *Procurement Contract Management in the Local Government Authorities (LGAs) in Tanzania: A Transaction Cost Approach*. *International Journal of Public Sector Management* , 29(6), s. 545-563.
- Rindfleisch, A., & Heide, J. (1997). *Transaction Cost Analysis: Past, Present and Future Applications*. *Journal of Marketing* , 61(4), s. 30-54.
- Rushton, M. (2003). *Transaction Cost Politics and The National Endowment for The Arts*. *Poetics* (31), s. 133-150.
- Saaty, T. (2008). *Decision Making with the Analytic Hierarchy Process*. *Int. J. Services Sciences* , 1(1), s. 83-98.
- Sağlam, M. (1979). *Örgütsel Degisme*. Ankara: Türkiye ve Orta Dogu Amme Idares i Enstitüsü Yayınları.
- Sam, M. P., Batty, R., & Dean, R. G. (2005). *A Transaction Cost Approach to Sport Sponsorship*. *Sport Management Review* (8), s. 1-17.
- Sayım, Ferhat. (2015). *Sağlık Hizmetinin Özellikleri*. *Akademik Ar-ge Dergisi-Sosyal Bilimler*, 15(1), İSTANBUL.
- Scott, W. R. (1987). *The Adolescence of Institutional Theory*. *Administrative Science Quarterly* , s. 493-497.
- Seçim, H. (1991). *Hastane Yönetim ve Organizasyonu: Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadı Enstitüsü Yayınları. s. 19-27.
- Setyawan, A. A., Purwanto, B. M., Dharmmesta, B. S., & Nugroho, S. S. (2016). *Business Relationship Framework in Indonesia: Relationship Marketing vs Transaction Cost*. *Journal of Asia Business Studies* , 10(1), s. 61-77.

Sevin, H. D. (2009). *Hastanelerde Bir Otelcilik Görevi Olarak Konaklama Hizmetleri*. Ankara: Başkent Üniversitesi, Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu.

Sharland, A. (1993). *Internal Outsourcing an Empirical Study of The Role of Transactions Cost and Competitive Advantage in the International Buyer Supplier Relationship*.

Shavell, S. (1979). *Risk Sharing and Incentives in the Principal and Agent Relationship*. Erişim yılı: 14 Kasım 2017. The Bell Journal of Economics:  
[http://www.law.harvard.edu/faculty/shavell/pdf/10\\_Bell\\_J\\_Econ\\_55.pdf](http://www.law.harvard.edu/faculty/shavell/pdf/10_Bell_J_Econ_55.pdf)  
adresinden alındı

Shelanski, H., & Klein, P. (1995). *Empirical Research in Transaction Cost Economics: A Review and Assessment*. Journal Of Law, Economics and Organization, 11(2), s. 335-360.

Shockley-Zalabak, P. S. (1999). *Fundamentals of Organizational Communication: Knowledge, Sensitivity, Skills, Values,*. New York: Longman Press.

Shortell, S. v. (1983). *A Text in Organization Theory and Behavior*. New York John Wiley and Sons.

Simon, H. A. (1955). *A Behavioral Model of Rational Choice*. The Quarterly Journal of Economics, 69(1), s. 99-118.

Simon, H. A. (1957). *Models of Man: Social and Rational*. New York: John Wiley & Sons.

Simon, H. A. (1982). *Models of Bounded Rationality*. Cambridge: MIT Press.

Soliño, A. S., & Santos, P. G. (2016). *Influence of the Tendering Mechanism in the Performance of of Public-Private Partnerships: A Transaction Cost Approach*. Public Performance & Management Review, 40(1), s. 97-118.

Spires, E., & Chu, P. (2003). *Perceptions of Accuracy and Effort of Decision Strategies*. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 91(2), s. 203-214.

Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press.

Starfield, B. (2003). *A Celebration of General Practice içinde; The Effectiveness of Primary Health Care* (s. 19). Düzenleyen: M. Lakhani. United Kingdom: Radcliffe Medical Press.

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. 83(3).

Starfield, L. S.-J.-B. (2005). *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. Johns Hopkins University; New York University.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (tarih yok). [http://ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=314&Itemid=248](http://ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=314&Itemid=248) adresinden alındı.

T.C. Sağlık Bakanlığı (1983). *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*, 13.1.1983 tarih ve 17927 mükerrer sayılı Resmi Gazete, Yapılan Değişiklikler İçin 05.05.2005 tarih ve 25806 sayılı Resmi Gazete, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (1992). Hazırlayan: Savaş, S. *1. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları*. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2000, Mart 9). *Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği*. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı. (2003). *Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı*. Hazırlayanlar: Özkara, Şeref., Aktaş, Zafer., Özkan, Suha., & Ecevit, Hamdi. ANKARA.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003, mayıs 30). *Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ*. 25123 sayılı Resmi Gazete.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2003,Ağustos). *Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü* (97).

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2005, Şubat 10) *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi*. Erişim yılı: 19 Ekim 2016. Türk Tabipler Birliği: [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=240&itemid=34](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&itemid=34) adresinden alındı.

Şahin, K. T. (2007). *İşlem Maliyeti Yaklaşımı'nın Kültürel Temelleri*. Yönetim Dergisi , 18(58), s. 12-22.

Şenel, Alpagut. (2008). *Şirketler Muhasebesi*. İSTANBUL. Lisans Yayıncılık; Düzenleyen: Demirkan, Şefika.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). Hazırlayanlar: Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Sanisoğlu, Y., Boz, D., & Demirok, A. B. *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti*. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011, Nisan). Erişim yılı: 23 Ekim 2016. Hazırlayan: Sağlık Bilimleri Üniversitesi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6z%C3%BCk.pdf> adresinden alındı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Kanser Erken Teşhis, Tarama Ve Eğitim Merkezi (KETEM). (2013, Aralık 15). Erişim yılı: 29 Ekim 2016. Edirne Halk Sağlığı Müdürlüğü: <http://edirne.hsm.saglik.gov.tr/hsm/kanser-erken-teshis-tarama-ve-egitim-merkezi-ketem/> adresinden alındı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. ( 2015, Şubat 5). Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. Ankara. 29258 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016) *Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği*. 27 Ekim 2016 tarihinde <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-513/ana-cocuk-sagligi-ve-aile-planlamasi-merkezleri-yonetme-.html> adresinden alındı.



T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). Erişim yılı: 2 Kasım 2016. Türkiye Halk Sağlık Kurumu Aile Hekimliği: [http://ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=314&Itemid=248](http://ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=314&Itemid=248) adresinden alındı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016, Ağustos 17). *Olaganüstü Hal Kapsamında Alınması Gereken Tedbirler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*. Erişim yılı: 31 Ekim 2016. T.C.Resmi Gazete: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/08/20160817.pdf> adresinden alındı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017, Ağustos 25). *Olağanüstü Hal Kapsamında Alınması Gereken Tedbirler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara.

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu. (2016, Ocak 18). Sağlık Uygulama Tebliği. Türk Dişhekimleri Birliği.

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu. (2006) *Muayene Katılım Payı* Erişim yılı: 10 Nisan 2018: [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/saglik\\_hizmetleri/muayene\\_katilim\\_payi](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/saglik_hizmetleri/muayene_katilim_payi) adresinden alındı.

TAHUD 1.Çalıştay Bildirgesi. (2002). Ankara: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.

Tarrés, C. S., Co, M. J., & Spohn, D. (2008). *A Transaction Cost Approach to Analysing Industrial Districts*. International Entrepreneurship and Management Journal (4), s. 235-252.

Tekin, F. (1987). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı*. Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi , 5(1).

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., & Işık, O. (2014). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* (6. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Thompson, T. S., & Yuanyu, Y. (2005). *Online Buying Behaviour: A Transaction Cost Economics Perspective*. The International Journal of Management Science , 33(5), s. 451-465.

Türkel, A. (1984). *Steps in Decision Making Process*. İktisadi ve İdari Bilimler Fekültesi Dergisi , 1(1), s. 367-377.

Tzu, S. (2012). *Savaş Sanatı*. Çeviren: Demir, A.. İstanbul: Kastaş Yayınevi.

Uğurluoğlu, Ö., & Çelik, Y. (2005). *Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi , 8(1).

Ungan, M., & Özdemir, K. (2015). *Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri*. Erişim yılı: 16 Aralık 2017.

<http://ailehekimisi.medicine.ankara.edu.tr/files/2015/02/Aile-Hekimligi-Tanimi-ve-Ozellikleri.pdf> adresinden alındı . s. 34.

Uyguç, N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi , Stratejik Bir Yaklaşım* (1. Baskı). İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.

Ülgen, H., & Mirze, S. K. (2006). *İşletmelerde Stratejik Yönetim*. İstanbul: Beta Yayınları.

Üsdiken, B. (2010). *Çevresel Baskı ve Talepler Karşısında Örgütler.*; A. S. Sargut, & Ş. Özen içinde, *Örgüt Kuramları* (s. 77-132). Ankara: İmge Kitabevi.

Varan, S., & Çevik, V. (2015). *İşlem Maliyeti Yaklaşımı Açısından Lojistik Faaliyetlerde Dış Kaynak Kullanımı: Türkiye'deki Mobilya Sektörünün Analizi*. Muhasebe ve Denetime Bakış , s. 109-134.

Varol, S., & Ağırbaş, İ. (2005). *Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Maliyet Analizi ve Dr. Sabiha Uzun Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nde Bir Uygulama*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(2), s. 165-187.

Vera, I. & Franzil, Y. M. (2006). *Outsourcing logistics activities: a transaction cost economics*. XVème Conférence Internationale de Management Stratégique, (s. 6). Annecy / Genève.

Verem Savaşı Hakkında Kanun. (1949, Nisan 15). (30).

- Vidal-Suarez, M., & Lopez-Duarte, C. (2013). *Language Distance and International Acquisitions: A Transaction Cost Approach*. *International Journal of Cross Cultural Management* , 13(1), s. 47-63.
- Walker, G., & Weber, D. (1984). *A Transaction Cost Approach to Make or Buy Decisions*. *Administrative Science Quarterly* , 29(3), s. 373-391.
- WHO. (1979). *Report of the International Conference on Primary Health Care*. GENEVA: World Health Organization. s.6-12.
- WHO. (2000a). *A Quick Reference Compendium of Selected Key Terms Used*. Genova.
- WHO. (2000b). *World Health Report 2000: Health Systems-Improving*. Geneva, Switzerland.
- WHO. (2001). *European Regional Consultation on Health System Performance*. Genova.
- Williamson, O. E. (1981). *The Economics of Organization: The Transaction Cost Approach*. *American Journal of Sociology* , 87(3), s. 548-577.
- Williamson, O. E. (1993). *Calculativeness, Trust, and Economic Organization*. *The Journal of Law and Economics* , 36(1), s. 453-486.
- Williamson, O. E. (1985). *The Economic Institutions Of Capitalism*. London: The Free Press Collier Macmillan Publishers a Division of McMillan Inc.
- Williamson, O. E. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets and Relational Contracting*. London: The Free Press Collier Macmillan Publishers a Division of McMillan Inc.
- Williamson, Oliver E. (1975). *Markets and Hierarchies : Analysis and Antitrust Implications*. New York: Free Press.
- Wolper, L. F., & Peña, J. J. (1995). *History of Hospitals in Health Care Administration: Principle, Practices, Structures and Delivery*. Maryland Aspen Publication.

Yağmurlu, A. (2004). *Örgüt Kuramları ve İletişim*. Amme İdaresi Dergisi , 37(4), s. 31-55.

Yenidoğan, T. (2013). *Yeni Kurumsal İktisat Geleneğinde İşlem Maliyeti Teorisinin Rolü ve Son Gelişmeler*. Business and Economics Research Journal , 4(2), s. 109-134.

Yiğit, V., & Ağırbaş, İ. (2003). *Hastanelerde Maliyet - Performans Analizi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nde Bir Uygulama*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi , 6(3).

Yıldırım, Hüseyin. (1999). *Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları*. Amme İdaresi Dergisi, 32(1), s. 123-124

Yılmaz, A., & Bedük, A. (2014). *Evaluation Of The Effect Of The Outsourcing On Resource Dependency And Transaction Cost Approach: A Research In Konya Oiz, Turkey*. Procedia - Social and Behavioral Sciences , 109, s. 737 – 752.

Yılmaz, F. (2002). *Piyasa-Firma Ayırımı Tartışmaları Çerçevesinde Firma Teorisi*. G.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi , s. 67-82.

Yılmaz, H. (2015). *Stratejik İnovasyon Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınları.

Zoroğlu, B. (2012, Mayıs 03). Barış Zoroğlu. Erişim yılı: 06 Haziran 2017. Wordpress: <https://bariszoroglu.wordpress.com/2012/05/03/11/> adresinden alındı.



**EKLER**

**EK-1: İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü (Bütün Kurumlar) 2016 Yılı Gider Tablosu**

Gider Kod	Hesap	Gider Hesap Adı	Gider Bütçe	Gerçekleşme	Kalan
970.01.01.01.01		Temel Maaşlar	122.790,00	122.675,69	114,31
970.01.01.02.01		Zamlar ve Tazminatlar	61.287,00	61.153,48	133,52
970.01.01.04.01		Sosyal Haklar	4.540,00	4.014,05	525,95
970.01.01.05.01		Ek Çalışma Karşılıkları	1.450.178,00	1.424.487,62	25.690,38
970.01.01.06.01		Ödül ve İkramiyeler	1,00	0,00	1,00
970.01.01.07.01		Zorunlu Mesleki Sigorta Giderleri	271.202,00	124.627,85	146.574,15
970.01.01.08.01		Boş Bulunan Aile Hekimliği Pozisyonu için Yapılan Giderler	119.150,00	95.168,46	23.981,54
970.01.02.01.01		657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personel Ücretleri	1,00	0,00	1,00
970.01.02.04.01		657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personel Sosyal Hakları	1,00	0,00	1,00
970.01.02.05.01		657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personelin Ek Çalışma Karşılıkları	1,00	0,00	1,00
970.01.02.06.01		657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personelin Ödül ve İkramiyeleri	1,00	0,00	1,00
970.01.03.01.01		Sürekli İşçilerin Ücretleri	1,00	0,00	1,00
970.01.03.01.02		Geçici İşçilerin Ücretleri	1,00	0,00	1,00
970.01.03.02.01		Sürekli İşçilerin İhbar ve Kıdem Tazminatları	1,00	0,00	1,00
970.01.03.02.02		Geçici İşçilerin İhbar ve Kıdem Tazminatları	1,00	0,00	1,00
970.01.03.03.01		Sürekli İşçilerin Sosyal Hakları	1,00	0,00	1,00
970.01.03.03.02		Geçici İşçilerin Sosyal Hakları	1,00	0,00	1,00
970.01.03.04.01		Sürekli İşçilerin Fazla Mesailer	1,00	0,00	1,00
970.01.03.04.02		Geçici İşçilerin Fazla Mesailer	1,00	0,00	1,00
970.01.03.05.01		Sürekli İşçilerin Ödül ve İkramiyeleri	1,00	0,00	1,00
970.01.03.05.02		Geçici İşçilerin Ödül ve İkramiyeleri	1,00	0,00	1,00
970.01.03.09.02		Geçici İşçilerin Diğer Ödemeleri	1,00	0,00	1,00
970.01.04.01.02		Aday Çırak, Çırak ve Stajyer Öğrencilerin Ücretleri	568.350,00	568.169,51	180,49
970.01		Personel Giderleri	2.597.513,00	2.400.296,66	197.216,34
970.02.01.06.01		Sosyal Güvenlik Primi Ödemeleri	22.000,00	19.793,45	2.206,55
970.02.01.06.02		Sağlık Primi Ödemeleri	15.156,00	14.735,72	420,28

970.02.01.06.03	SGK Ek Karşılık Tahakkuku Prim Ödemeleri	6.000,00	6.000,00	0,00
970.02.02.06.01	Sosyal Güvenlik Primi Ödemeleri	1,00	0,00	1,00
970.02	Sosyal Güvenlik Kurumlarına Devlet Primi Giderleri	43.157,00	40.529,17	2.627,83
970.03.02.01.01	Kırtasiye Alımları	206.656,00	206.631,39	24,61
970.03.02.02.01	Su Alımları	99.229,00	99.227,58	1,42
970.03.02.01.02	Temizlik Malzemesi Alımları	9.273,00	7.044,00	2.229,00
970.03.02.02.03	Dezenfeksiyon Malzemeleri ve Solüsyon Alımları	4.399,00	403,56	3.995,44
970.03.02.03.01	Yakacak Alımları	380.000,00	379.820,53	179,47
970.03.02.03.02	Akaryakıt ve Yağ Alımları	755.160,00	754.976,75	183,25
970.03.02.03.03	Elektrik Alımları	319.884,00	319.720,24	163,76
970.03.02.04.01	Yiyecek Alımları	6.500,00	6.402,24	97,76
970.03.02.04.02	İçecek Alımları	1,00	0,00	1,00
970.03.02.04.03	Yem Alımları	1,00	0,00	1,00
970.03.02.05.01	Giyecek Alımları	19.895,00	19.893,65	1,35
970.03.02.05.02	Spor Malzemeleri Alımları	5.452,00	5.449,24	2,76
970.03.02.06.01	Laboratuvar Malzemesi ile Kimyevi ve Temrinlik Malzeme Alımları	1.747.445,00	1.742.975,66	4.469,34
970.03.02.06.02	Tıbbi Malzeme Alımları	177.000,00	176.854,90	145,10
970.03.02.06.03	Zirai Malzeme ve İlaç Alımları	1,00	0,00	1,00
970.03.02.06.04	Canlı Hayvan Alım, Bakım ve Diğer Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.02.06.05	Tıbbi İlaç Alımları	1,00	0,00	1,00
970.03.02.06.06	Biyokimyasallar ve Gaz Maddeleri İçeren Kimyevi Malzeme Alımları	2.161,00	2.159,91	1,09
970.03.02.06.90	Diğer Özel Malzeme Alımları	62.457,00	62.454,58	2,42
970.03.02.09.90	Diğer Tüketim Mal ve Malzemesi Alımları	155,00	153,40	1,60
970.03.03.01.01	Yurtiçi Geçici Görev Yollukları	7.941,00	7.939,63	1,37
970.03.03.02.01	Yurtiçi Sürekli Görev Yollukları	1,00	0,00	1,00
970.03.03.03.01	Yurtdışı Geçici Görev Yollukları	1,00	0,00	1,00
970.03.03.05.01	Seyyar Görev Tazminatları	1,00	0,00	1,00
970.03.04.02.04	Mahkeme Harç ve Giderleri	104.500,00	101.514,53	2.985,47
970.03.05.01.01	Etüt – Proje Bilirkişi Ekspertiz Giderleri	9.470,00	9.460,00	10,00

970.03.05.01.02	Araştırma ve Geliştirme Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.03	Bilgisayar Hizmet Alımları (Personel)	0,00	0,00	0,00
970.03.05.01.04	Müteahhitlik Hizmetleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.08	Temizlik Hizmet Alım Giderleri	5.770.000,00	5.757.609,61	12.390,39
970.03.05.01.09	Özel Güvenlik Hizmeti Alım Giderleri	1.080.000,00	1.071.775,15	8.224,85
970.03.05.01.11	Yemek Hizmeti Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.12	Veri Hazırlama ve Bilgi İşlem Hizmeti Giderleri	1.381.000,00	1.380.291,20	708,80
970.03.05.01.13	Çamaşırhane Hizmeti Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.14	Görüntüleme Hizmeti Alım Giderleri	13.482,00	13.464,04	17,96
970.03.05.01.15	Laboratuvar Hizmeti Alım Giderleri	17.458.216,00	17.047.837,70	410.378,30
970.03.05.01.16	Diyaliz Hizmeti Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.17	Otelcilik Hizmeti Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.18	Yönlendirme ve Danışma Hizmetleri Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.19	Sterilizasyon Hizmeti Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.20	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.21	Teknik Destek Hizmeti Alım Giderleri	839.500,00	839.469,64	30,36
970.03.05.01.22	Tıbbi Atık İmha ve Taşıma Hizmeti Alım Giderleri	95.000,00	94.911,65	88,35
970.03.05.01.23	Protez ve Ortez Hizmeti Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.24	Kalp Cerrahisi Hizmet Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.25	Sağlık Hizmeti (Personel) Alım Gideri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.26	Yurtdışı Hasta Yön. Ve Tercüman Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.27	Lisans, Belge Düzenleme ve İzleme Hizmet Giderleri	70.130,00	69.745,79	384,21
970.03.05.01.28	Aşçı, Kuaför ve Terzi Hizmeti Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.29	Kaplama,Döşeme ve Yenileme Hizmeti Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.30	Radyoterapi Hizmet Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.31	Çevre Düzenleme Hizmet Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.32	İlaçlama, Dezenfeksiyon ve Yüzey Temizleme Hizmet Alım Giderleri	5.082,00	4.666,18	415,82
970.03.05.01.33	Su, Gıda v.b. Analiz Hizmeti Giderleri	1,00	0,00	1,00



970.03.05.01.34	Seminer, Kurs ve Eğitim Hizmeti Alım Giderleri	39.370,00	39.368,52	1,48
970.03.05.01.35	Tabela, Afiş ve Tanıtım Hizmet Giderleri	190,00	188,80	1,20
970.03.05.01.36	Sağlık Turizmi Tanıtım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.37	Tanıtma, Ağırılama, Tören, Fuar, Organizasyon Giderleri	52.785,00	51.772,17	1.012,83
970.03.05.01.38	Klinik Destek Hizmeti Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.39	Çevre Yönetim Hizmeti Alım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.01.90	Diğer Müşavir Firma ve Kişilere Ödemeler	1,00	0,00	1,00
970.03.05.02.01	Posta ve Telgraf Giderleri	59.000,00	51.473,96	7.526,04
970.03.05.02.02	Telefon Abonelik ve Kullanım Ücretleri	302.100,00	302.057,04	42,96
970.03.05.02.03	Bilgiye Abonelik ve İnternet Erişimi Giderleri	127.600,00	127.570,42	29,58
970.03.05.02.04	Haberleşme Cihazları Ruhsat ve Kullanım Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.02.05	Uydu Haberleşme Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.02.06	Hat Kira Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.02.90	Diğer Haberleşme Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.03.02	Yolcu Taşıma Giderleri	2.108,00	2.106,96	1,04
970.03.05.03.03	Yük Taşıma Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.03.90	Diğer Taşıma Giderleri	1.001,00	1.000,00	1,00
970.03.05.04.01	İlan Giderleri	59.000,00	49.768,42	9.231,58
970.03.05.04.02	Sigorta Giderleri	25.844,00	14.913,99	10.931,01
970.03.05.04.04	Araç Muayene Giderleri	6.800,00	6.781,92	18,08
970.03.05.05.01	Dayanıklı Mal ve Malzeme Kiralaması Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.05.05.02	Taşıt Kiralaması Giderleri	3.075.270,00	3.066.171,00	9.099,00
970.03.05.05.05	Hizmet Binası Kiralama Giderleri	441.474,00	439.436,56	2.037,44
970.03.05.05.10	Bilgisayar, Bilgisayar Sistemleri ve Yazılımları Kiralaması Giderleri	98.927,00	97.606,74	1.320,26
970.03.05.05.12	Personel Servisi Kiralama Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.06.02.01	Tanıtma, Ağırılama, Tören, Fuar, Organizasyon Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.07.01.03	Avadanlık ve Yedek Parça Alımları	508.433,00	467.642,16	40.790,84
970.03.07.01.04	Yangından Korunma Malzemeleri Alımları	686,00	684,40	1,60

970.03.07.01.90	Diğer Dayanıklı Mal ve Malzeme Alımları	1,00	0,00	1,00
970.03.07.03.02	Makine Teçhizat Bakım ve Onarım Giderleri	520.374,00	519.231,18	1.142,82
970.03.07.03.03	Taşıt Bakım ve Onarım Giderleri	162.500,00	161.789,50	710,50
970.03.07.03.90	Diğer Bakım ve Onarım Giderleri	11.500,00	10.509,00	991,00
970.03.08.01.03	Hastane Bakım ve Onarımı Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.08.01.04	Atölye ve Tesis Binaları Bakım ve Onarımı Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.03.08.01.90	Diğer Hizmet Binası Bakım ve Onarım Giderleri	302.098,00	302.049,07	48,93
970.03	Mal ve Hizmet Alım Giderleri	36.427.088,00	35.894.974,56	532.113,44
970.05.08.01.01	Hazine Hissesi	608.177,00	541.412,58	66.764,42
970.05.08.01.02	SHÇEK Hissesi	640.177,00	561.942,78	78.234,22
970.05.08.01.03	Merkez Hissesi	1,00	0,00	1,00
970.05.08.01.99	Ödenecek Diğer Yükümlülükler	1.220.541,00	1.220.000,00	541,00
970.05	Cari Transferler	2.468.896,00	2.323.355,36	145.540,64
970.06.01.01.01	Büro Mefruşatı Alımları	22.802,00	22.800,67	1,33
970.06.01.01.03	Okul Mefruşatı Alımları	1,00	0,00	1,00
970.06.01.01.04	Hastane Mefruşatı Alımları	61.735,00	61.734,84	0,16
970.06.01.01.05	Sosyal Tesis Mefruşatı Alımları	1.701,00	1.699,20	1,80
970.06.01.02.01	Büro Makineleri Alımları	1.054,00	1.053,00	1,00
970.06.01.02.02	Bilgisayar Alımları	20.463,00	20.461,20	1,80
970.06.01.02.03	Tıbbi Cihaz Alımları	87.336,00	87.334,20	1,80
970.06.01.02.04	Laboratuvar Cihazı Alımları	233,00	231,28	1,72
970.06.01.02.05	İşyeri Makine Teçhizat Alımları	12.627,00	12.626,00	1,00
970.06.01.02.90	Diğer Makine Teçhizat Alımları	5.113,00	5.112,00	1,00
970.06.01.04.01	Kara Taşıtı Alımları	1,00	0,00	1,00
970.06.01.04.40	Deniz ve Suyolu Taşıtı Alımları	1,00	0,00	1,00
970.06.01.04.60	Hava Taşıtı Alımları	1,00	0,00	1,00
970.06.01.05.30	Hareketli İş Makinesi Alımları	1,00	0,00	1,00
970.06.01.06.01	Basılı Yayın Alımları ve Yapımları	13.217,00	13.216,00	1,00
970.06.01.06.04	Görüntülü Yayın Alımları ve Yapımları	1,00	0,00	1,00
970.06.01.07.02	Tablo – Heykel Yapım, Alım ve Onarımları	1,00	0,00	1,00

970.06.03.01.01	Bilgisayar Yazılımı Alımları	3.530,00	3.528,20	1,80
970.06.03.03.01	Lisans Alımları	1,00	0,00	1,00
970.06.03.04.01	Patent Alımları	1,00	0,00	1,00
970.06.03.09.01	Diğer Fikri Hak Alımları	1,00	0,00	1,00
970.06.04.02.01	Hizmet Binası için Arsa Alım ve Kamulaştırılması Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.06.05.02.01	İnşaat Malzemesi Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.06.05.02.02	Elektrik Tesisatı Giderleri	6.286,00	6.285,00	1,00
970.06.05.02.03	Sıhhi Tesisat Giderleri	17.441,00	17.439,81	1,19
970.06.05.02.04	Özel Tesisat Giderleri	1,00	0,00	1,00
970.06.06.07.01	Müteahhitlik Hizmetleri	0,00	0,00	0,00
970.06.07.07.02	Hizmet Tesisleri	1,00	0,00	1,00
970.06	Sermaye Giderleri	253.553,00	253.521,40	31,60
970.10.02.01.01	Sabit Ek Ödemeler	31.443.601,00	31.324.987,66	118.613,34
970.10.02.02.01	Performansa Dayalı Ek Ödemeler	8.253.926,00	8.147.220,00	106.706,00
970.10.02.03.01	375 KHK Ek Ödeme Farkları	634.960,00	610.519,36	24.440,64
970.10.03.01.01	Diğer Ek Ödemeler	1,00	0,00	1,00
970.10.04.02.01	Performansa Dayalı Ek Ödemeler	1,00	0,00	1,00
970.10	Ek Ödeme	40.332.489,00	40.082.727,02	249.761,98
970.11.01.01.01	Gider Bütçesi Dengeleme Payı	1,00	0,00	1,00
970.11	Gider Bütçesi Dengeleme Payları	1,00	0,00	1,00
TOPLAM		82.122.697,00	80.995.404,17	1.127.292,83

Kaynak: İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü (01.01.2016-31.12.2016)

TDMS Link: <http://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.html>

**EK-2: İzmir Güney Kamu Hastaneler Birliği Gider Tablosu**

Gider Hesap Kod	Gider Hesap Adı	Gider Bütçe	Gerçekleşme	Kalan
970.01.01.01.01	Temel Maaşlar	12.079.130,00	11.651.889,98	427.240,02
970.01.01.02.01	Zamlar ve Tazminatlar	6.543.682,00	6.028.647,46	515.034,54
970.01.01.04.01	Sosyal Haklar	405.248,00	353.762,31	51.485,69
970.01.01.05.01	Ek Çalışma Karşılıkları	33.055.668,00	32.545.049,06	510.618,94
970.01.01.06.01	Ödül ve İkramiyeler	116,00	0,00	116,00
970.01.01.07.01	Zorunlu Mesleki Sigorta Giderleri	390.952,00	333.735,58	57.216,42
970.01.01.08.01	Boş Bulunan Aile Hekimliği Pozisyonu için Yapılan Giderler	17,00	0,00	17,00
970.01.02.01.01	657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personel Ücretleri	125.218,00	105.795,51	19.422,49
970.01.02.04.01	657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personel Sosyal Hakları	116,00	0,00	116,00
970.01.02.05.01	657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personelin Ek Çalışma Karşılıkları	30.016,00	0,00	30.016,00
970.01.02.06.01	657 S.K. 4/B Sözleşmeli Personelin Ödül ve İkramiyeleri	17,00	0,00	17,00
970.01.03.01.01	Sürekli İşçilerin Ücretleri	117,00	0,00	117,00
970.01.03.01.02	Geçici İşçilerin Ücretleri	17,00	0,00	17,00
970.01.03.02.01	Sürekli İşçilerin İhbar ve Kıdem Tazminatları	1.016,00	0,00	1.016,00
970.01.03.02.02	Geçici İşçilerin İhbar ve Kıdem Tazminatları	17,00	0,00	17,00
970.01.03.03.01	Sürekli İşçilerin Sosyal Hakları	516,00	0,00	516,00
970.01.03.03.02	Geçici İşçilerin Sosyal Hakları	117,00	0,00	117,00
970.01.03.04.01	Sürekli İşçilerin Fazla Mesaipleri	17,00	0,00	17,00
970.01.03.04.02	Geçici İşçilerin Fazla Mesaipleri	10.017,00	0,00	10.017,00
970.01.03.05.01	Sürekli İşçilerin Ödül ve İkramiyeleri	17,00	0,00	17,00
970.01.03.05.02	Geçici İşçilerin Ödül ve İkramiyeleri	18,00	0,00	18,00
970.01.03.09.02	Geçici İşçilerin Diğer Ödemeleri	17,00	0,00	17,00
970.01.04.01.02	Aday Çıracak, Çıracak ve Stajyer Öğrencilerin Ücretleri	2.070.971,00	1.980.581,83	90.389,17
970.01	Personel Giderleri	54.713.037,00	52.999.461,73	1.713.575,27
970.02.01.06.01	Sosyal Güvenlik Primi Ödemeleri	2.647.557,00	2.057.968,15	589.588,85
970.02.01.06.02	Sağlık Primi Ödemeleri	1.553.924,00	1.387.904,87	166.019,13

970.02.01.06.03	SGK Ek Karşılık Tahakkuku Prim Ödemeleri	633.872,00	552.706,00	81.166,00
970.02.02.06.01	Sosyal Güvenlik Primi Ödemeleri	1.044.060,00	4.242,89	1.039.817,11
970.02	Sosyal Güvenlik Kurumlarına Devlet Primi Giderleri	5.879.413,00	4.002.821,91	1.876.591,09
970.03.02.01.01	Kırtasiye Alımları	2.501.445,00	2.232.143,04	269.301,96
970.03.02.02.01	Su Alımları	5.325.153,00	4.947.189,19	377.963,81
970.03.02.02.02	Temizlik Malzemesi Alımları	894.275,00	622.830,43	271.444,57
970.03.02.02.03	Dezenfeksiyon Malzemeleri ve Solüsyon Alımları	328.532,00	202.155,34	126.376,66
970.03.02.03.01	Yakacak Alımları	4.781.335,00	4.512.525,77	268.809,23
970.03.02.03.02	Akaryakıt ve Yağ Alımları	710.374,00	565.853,35	144.520,65
970.03.02.03.03	Elektrik Alımları	15.577.997,00	14.786.693,81	791.303,19
970.03.02.04.01	Yiyecek Alımları	2.485.586,00	2.395.675,91	89.910,09
970.03.02.04.02	İçecek Alımları	137.801,00	102.133,67	35.667,33
970.03.02.04.03	Yem Alımları	17,00	0,00	17,00
970.03.02.05.01	Giyecek Alımları	3.083.513,00	2.964.108,47	119.404,53
970.03.02.05.02	Spor Malzemeleri Alımları	21.234,00	12.777,73	8456,27
970.03.02.06.01	Laboratuar Malzemesi ile Kimyevi ve Temrinlik Malzeme Alımları	45.082.699,00	39.588.478,41	5.494.220,59
970.03.02.06.02	Tıbbi Malzeme Alımları	76.252.973,00	72.615.422,45	3.637.550,55
970.03.02.06.03	Zirai Malzeme ve İlaç Alımları	21.962,00	15.694,00	6.268,00
970.03.02.06.04	Canlı Hayvan Alım, Bakım ve Diğer Giderleri	17,00	0,00	17,00
970.03.02.06.05	Tıbbi İlaç Alımları	54.958.045,00	49.545.210,86	5.412.834,14
970.03.02.06.06	Biyokimyasallar ve Gaz Maddeleri İçeren Kimyevi Malzeme Alımları	2.507.815,00	2.045.857,33	461.957,67
970.03.02.06.90	Diğer Özel Malzeme Alımları	41.725,00	28.255,86	13.469,14
970.03.02.09.90	Diğer Tüketim Mal ve Malzemesi Alımları	235.133,00	125.531,58	109.601,42
970.03.03.01.01	Yurtiçi Geçici Görev Yollukları	413.190,00	305.708,05	107.481,95
970.03.03.02.01	Yurtiçi Sürekli Görev Yollukları	92.342,00	63.795,00	28.547,00
970.03.03.03.01	Yurtdışı Geçici Görev Yollukları	61.213,00	8.124,62	53.088,38
970.03.03.05.01	Seyyar Görev Tazminatları	5.017,00	1.053,48	3.963,52
970.03.04.02.04	Mahkeme Harç ve Giderleri	843.203,00	623.502,07	219.700,93
970.03.05.01.01	Etüt-Proje Bilirkişi Ekspertiz Giderleri	174.730,00	120.183,00	54.547,00

970.03.05.01.02	Araştırma ve Geliştirme Giderleri	5.017,00	1.574,64	3.442,36
970.03.05.01.03	Bilgisayar Hizmet Alımları ( Personel )	165.668,00	151.230,00	14.438,00
970.03.05.01.04	Müteahhitlik Hizmetleri	17,00	0,00	17,00
970.03.05.01.08	Temizlik Hizmeti Alım Giderleri	48.857.700,00	48.718.765,36	138.934,64
970.03.05.01.09	Özel Güvenlik Hizmeti Alım Giderleri	13.210.303,00	12.888.345,38	321.957,62
970.03.05.01.11	Yemek Hizmeti Alım Giderleri	20.711.858,00	19950983,88	760874,12
970.03.05.01.12	Veri Hazırlama ve Bilgi İşlem Hizmeti Giderleri	33.794.352,00	33.605.687,97	188.664,03
970.03.05.01.13	Çamaşırhane Hizmeti Alım Giderleri	3.551.620,00	3.496.125,71	55.494,29
970.03.05.01.14	Görüntüleme Hizmeti Alım Giderleri	13.238.531,00	12.906.801,24	331.729,76
970.03.05.01.15	Laboratuvar Hizmeti Alım Giderleri	2.336.948,00	1.368.919,45	968.028,55
970.03.05.01.16	Diyaliz Hizmeti Alım Giderleri	207,00	172,80	34,20
970.03.05.01.17	Otelcilik Hizmeti Alım Giderleri	17,00	0,00	17,00
970.03.05.01.18	Yönlendirme ve Danışma Hizmetleri Alım Giderleri	2.218.324,00	1.933.205,03	285.118,97
970.03.05.01.19	Sterilizasyon Hizmeti Alım Giderleri	17,00	0,00	17,00
970.03.05.01.20	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti Alım Giderleri	882.432,00	875.888,64	6.543,36
970.03.05.01.21	Teknik Destek Hizmeti Alım Giderleri	10.290.747,00	10.158.668,89	132.078,11
970.03.05.01.22	Tıbbi Atık İmha ve Taşıma Hizmeti Alım Giderleri	2.855.664,00	2.637.840,20	217823,80
970.03.05.01.23	Protez ve Ortez Hizmeti Alım Giderleri	6.473.165,00	6.145.105,95	328.059,05
970.03.05.01.24	Kalp Cerrahisi Hizmet Alım Giderleri	17,00	0,00	17,00
970.03.05.01.25	Sağlık Hizmeti (Personel ) Alım Gideri	1.294.891,00	1.237.192,28	57.698,72
970.03.05.01.26	Yurt Dışı Hasta Yön. ve Tercüman Alım Giderleri	17,00	0,00	17,00
970.03.05.01.27	Lisans, Belge Düzenleme ve İzleme Hizmet Giderleri	437.335,00	389.507,22	47.827,78
970.03.05.01.28	Aşçı, Kuaför ve Terzi Hizmeti Giderleri	906.613,00	876.472,48	30.140,52
970.03.05.01.29	Kaplama, Döşeme ve Yenileme Hizmeti Giderleri	125.687,00	51.903,93	73.783,07
970.03.05.01.30	Radyoterapi Hizmet Alım Giderleri	1.451.589,00	747.646,23	703.942,77

970.03.05.01.31	Çevre Düzenleme Hizmet Alım Giderleri	48.946,00	45.108,40	3.837,60
970.03.05.01.32	İlaçlama, Dezenfeksiyon ve Yüzey Temizleme Hizmet Alım Giderler	139.545,00	105.925,33	33.619,67
970.03.05.01.33	Su, Gıda v.b. Analiz Hizmeti Giderleri	44.155,00	21.073,82	23.081,18
970.03.05.01.34	Seminer, Kurs ve Eğitim Hizmeti Alım Giderleri	143.052,00	106.442,64	36609,36
970.03.05.01.35	Tabela, Afiş ve Tanıtım Hizmet Giderleri	42.710,00	35.527,44	7182,56
970.03.05.01.36	Sağlık Turizmi Tanıtım Giderleri	5.016,00	0,00	5.016,00
970.03.05.01.37	Tanıtma, Ağrlama, Tören, Fuar, Organizasyon Giderleri	10.0015,00	86.813,76	13.201,24
970.03.05.01.38	Klinik Destek Hizmeti Alım Giderleri	2.025.014,00	1.967.472,95	57.541,05
970.03.05.01.39	Çevre Yönetim Hizmeti Alım Giderleri	1021,00	1003,00	18,00
970.03.05.01.90	Diğer Müşavir Firma ve Kişilere Ödemeler	3.080.510,00	2.136.837,30	943.672,70
970.03.05.02.01	Posta ve Telgraf Giderleri	99.643,00	65.041,25	34.601,75
970.03.05.02.02	Telefon Abonelik ve Kullanım Ücretleri	476.658,00	364.002,15	112.655,85
970.03.05.02.03	Bilgiye Abonelik ve İnternet Erişimi Giderleri	993.665,00	835.519,01	158.145,99
970.03.05.02.04	Haberleşme Cihazları Ruhsat ve Kullanım Giderleri	17,00	0,00	17,00
970.03.05.02.05	Uydu Haberleşme Giderleri	1.517,00	0,00	1.517,00
970.03.05.02.06	Hat Kira Giderleri	17,00	0,00	17,00
970.03.05.02.90	Diğer Haberleşme Giderleri	21.145,00	11.503,96	9.641,04
970.03.05.03.02	Yolcu Taşıma Giderleri	18,00	0,00	18,00
970.03.05.03.03	Yük Taşıma Giderleri	43.697,00	15.031,33	28.665,67
970.03.05.03.90	Diğer Taşıma Giderleri	189.956,00	164.604,17	25.351,83
970.03.05.04.01	İlan Giderleri	508.060,00	464.379,83	43.680,17
970.03.05.04.02	Sigorta Giderleri	73.703,00	60.549,21	13.153,79
970.03.05.04.04	Araç Muayene Giderleri	18.144,00	6.701,70	11.442,30
970.03.05.05.01	Dayanıklı Mal ve Malzeme Kiralaması Giderleri	10.716,00	7.552,00	3.164,00
970.03.05.05.02	Taşıt Kiralaması Giderleri	2.667.828,00	2.512.740,60	155.087,40
970.03.05.05.05	Hizmet Binası Kiralama Giderleri	534.511,00	456.217,47	78.293,53

970.03.05.05.10	Bilgisayar, Bilgisayar Sistemleri ve Yazılımları Kiralaması Giderleri	1.360.671,00	1.281.424,24	79.246,76
970.03.05.05.12	Personel Servisi Kiralama Giderleri	17,00	0,00	17,00
970.03.06.02.01	Tanıtma, Ağırılama, Tören, Fuar, Organizasyon Giderleri	50.016,00	5.630,00	44.386,00
970.03.07.01.03	Avadanlık ve Yedek Parça Alımları	8.764.175,00	6.911.566,72	1.852.608,28
970.03.07.01.04	Yangından Korunma Malzemeleri Alımları	107.570,00	39.021,42	68.548,58
970.03.07.01.90	Diğer Dayanıklı Mal ve Malzeme Alımları	171.270,00	117.410,00	53.860,00
970.03.07.03.02	Makine Teçhizat Bakım ve Onarım Giderleri	9.128.201,00	7.770.261,13	1.357.939,87
970.03.07.03.03	Taşıt Bakım ve Onarım Giderleri	176.261,00	113.203,23	63.057,77
970.03.07.03.90	Diğer Bakım ve Onarım Giderleri	1.177.762,00	166.249,33	1.011.512,67
970.03.08.01.03	Hastane Bakım ve Onarımı Giderleri	3.126.578,00	1.129.409,39	1.997.168,61
970.03.08.01.04	Atölye ve Tesis Binaları Bakım ve Onarımı Giderleri	5.017,00	0,00	5.017,00
970.03.08.01.90	Diğer Hizmet Binası Bakım ve Onarım Giderleri	82.215,00	11.800,00	70.415,00
970.03	Mal ve Hizmet Alım Giderleri	414.765.094,00	383.588.963,48	31.176.130,52
970.05.08.01.01	Hazine Hissesi	7.122.849,00	6.595.359,74	527.489,26
970.05.08.01.02	SHÇEK Hissesi	7.193.022,00	6.693.585,92	499.436,08
970.05.08.01.03	Merkez Hissesi	25.225.408,00	23.797.946,36	1.427.461,64
970.05.08.01.99	Ödenecek Diğer Yükümlülükler	11.817.027,00	11.584.805,78	232.221,22
970.05	Cari Transferler	51.358.306,00	48.671.697,80	2.686.608,20
970.06.01.01.01	Büro Mefruşatı Alımları	760.881,00	489.501,22	271.379,78
970.06.01.01.03	Okul Mefruşatı Alımları	3.567,00	0,00	3.567,00
970.06.01.01.04	Hastane Mefruşatı Alımları	1.768.117,00	1.321.659,45	446.457,55
970.06.01.01.05	Sosyal Tesis Mefruşatı Alımları	90.350,00	60.194,53	30.155,47
970.06.01.02.01	Büro Makineleri Alımları	1.413.801,00	972.390,36	441.410,64
970.06.01.02.02	Bilgisayar Alımları	2.142.523,00	1.421.456,52	721.066,48
970.06.01.02.03	Tıbbi Cihaz Alımları	5.393.570,00	1.936.887,52	3.456.682,48
970.06.01.02.04	Laboratuar Cihazı Alımları	5.393.570,00	1.936.887,52	3.456.682,48
970.06.01.02.05	İşyeri Makine Teçhizat Alımları	244.121,00	177.042,01	67.078,99
970.06.01.02.90	Diğer Makine Teçhizat Alımları	749.625,00	517.397,38	232.227,62
970.06.01.04.01	Kara Taşıtı Alımları	17,00	0,00	17,00



970.06.01.04.40	Deniz ve Suyolu Taşıtı Alımları	17,00	0,00	17,00
970.06.01.04.60	Havayolu Taşıtı Alımları	17,00	0,00	17,00
970.06.01.05.30	Hareketli İş Makinesi Alımları	783,00	767,00	16,00
970.06.01.06.01	Basılı Yayın Alımları ve Yapımları	58.579,00	35.708,42	22.870,58
970.06.01.06.04	Görüntülü Yayın Alımları ve Yapımları	17,00	0,00	17,00
970.06.01.07.02	Tablo-Heykel Yapım, Alım ve Onarımları	17,00	0,00	17,00
970.06.03.01.01	Bilgisayar Yazılımı Alımları	1.357.811,00	474.619,50	883.191,50
970.06.03.03.01	Lisans Alımları	11.813,00	5.605,62	6.207,38
970.06.03.04.01	Patent Alımları	17,00	0,00	17,00
970.06.03.09.01	Diğer Fikri Hak Alımları	17,00	0,00	17,00
970.06.04.02.01	Hizmet Binası için Arsa Alım ve Kamulaştırılması Giderleri	17,00	0,00	17,00
970.06.04.03.01	Hizmet Binası için Alım ve Kamulaştırılması Giderleri	17,00	0,00	17,00
970.06.05.02.01	İnşaat Malzemesi Giderleri	58.014,00	0,00	58.014,00
970.06.05.02.02	Elektrik Tesisatı Giderleri	71.364,00	0,00	71.364,00
970.06.05.02.03	Sihhi Tesisat Giderleri	1.700,00	0,00	1.700,00
970.06.05.02.04	Özel Tesisat Giderleri	17,00	0,00	17,00
970.06.06.07.01	Müteahhitlik Hizmetleri	0,00	0,00	0,00
970.06.07.07.02	Hizmet Tesisleri	17,00	0,00	17,00
970.06	Sermaye Giderleri	14.320.837,00	7.566.999,01	6.753.837,99
970.10.02.01.01	Sabit Ek Ödemeler	134.493.499,00	133.883.350,09	610.148,91
970.10.02.02.01	Performansa Dayalı Ek Ödemeler	116.330.664,00	110.917.341,51	5.413.322,49
970.10.02.03.01	375 KHK Ek Ödeme Farkları	1.523.751,00	1.417.257,36	106.493,64
970.10.03.01.01	Diğer Ek Ödemeler	259.814,00	226.012,95	33.801,05
970.10.04.02.01	Performansa Dayalı Ek Ödemeler	17,00	0,00	17,00
970.10	Ek Ödeme	252.607.745,00	246.443.961,91	6.163.783,09
970.11.01.01.01	Gider Bütçesi Dengeleme Payı	6.752.415,00	0,00	6.752.415,00
970.11	Gider Bütçesi Dengeleme Payları	6.752.415,00	0,00	6.752.415,00
TOPLAM		800.396.847,00	743.273.905,84	57.122.941,16

Kaynak: İzmir Güney Kamu Hastaneler Birliği Muhasebe Birimi (01.01.2016 – 31.12.2016)

TDMS Link: <http://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.htm>

## ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında İzmir’de doğdum ve hala bu şehirde ikamet etmekteyim. 1995 yılında Isparta Ülkü İlköğretim Okulu’na başladım ve 2003 yılında mezun oldum. 2003 yılında Milli Eğitim Vakfı Özel İzmir Fen Lisesi’ne başladım ve 71.81 not ortalamasıyla 2007 yılında mezun oldum. 2008 yılında İzmir Ekonomi Üniversitesi’nde İngilizce Yeterlilik Sınavında 78.50 puan alarak İngilizce hazırlık eğitimimi tamamladım. 2009 yılı eğitim öğretim döneminde Fen Edebiyat Fakültesi Matematik bölümünden özel sebepler dolayısıyla kaydımı sildirip Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü’nde lisans eğitimimi 3.0 not ortalamasıyla tamamladım. Lisans eğitimim boyunca Garanti Bankası, Türk Ekonomi Bankası ve Yaşar Birleşik Pazarlama A.Ş.’de staj yaptım. Ayrıca kendimi geliştirmek adına çok sayıda eğitim ve sertifika programlarına katıldım. Bunlardan bazıları; İnsan Kaynakları, Yönetim Teknikleri ve Stratejik Planlama, ISO 9001:2008 Temel ve İç tetikçi, SAP ve Finans Uzmanlığı, Avrupa Birliği (AB) Hibe Programlarına Proje Hazırlama Eğitimi, GençKal Liderlik Akademisi, Avrupa Bütünleşmesinin Tarihsel Gelişimi ve AB’nin Güncel Sorunları, AB’nin Kurumları ve Hukuksal Yapısı, AB’nin Gençlik Politikası ve Programları, Toplum Afet Gönüllülüğü Eğitimi (AFAD) ve Türk Kızılayı Temel İlk Yardım Eğitimi’dir. Ayrıca 2. Acil Hizmetlerde Yeni Nesil Teknolojiler Sempozyumu, Sağlık Yönetimi ve Geleceği Sempozyumu ve 17. Uluslararası Katılımlı İşletmecilik Kongresi’nde katılımcı olarak yer aldım. Bunların yanı sıra ikinci dil olarak Rusça dil eğitimini, 2011 yılında İzmir Ekonomi Üniversitesi’nde 1 yıl ve 2015 yılında Vilnius Üniversitesi’nde 6 ay boyunca aldım.

2014 yılında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi’nde tezli yüksek lisans programına başladım. Tez döneminde 2015-2016 eğitim öğretim yılında Erasmus Değişim Programı ile Litvanya’ya giderek Vilnius Üniversitesi’nde İşletme (MBA) eğitimi aldım. Bu yüzden İngilizce okuma, yazma, anlama ve sözlü iletişim konusunda iyi bir dereceye sahibim. Ayrıca 2017 yılı Mart ayında yapılan Yökdil Sınavından 82.50 aldım. Yine 2017 yılı Eylül ayında Barselona’da Erasmus + Eğitim Kursu: Think Like Nature: Lifestyle With Alternative Sustainable Communities (Alternatif Sürdürülebilir Topluluklarla Yaşam Tarzı: Doğa Gibi Düşünün) KA1 Projesi’ne katıldım.