

Sağlık Yönetimi ve Beşeri Sermaye İlişkisi

Şahadet Bulut¹

Özet

Günümüzde beşeri sermaye ve insan kaynaklarının stratejik yönetimi kavramları, felsefe ve teknik açıdan örgütlerde oldukça yaygındır. “Beşeri sermaye” kavramı, sürdürülebilir bir rekabet avantajı olması ve çalışanların verimliliğini artırması nedeniyle bir örgütün varlıklarını geliştirmede kilit bir unsur olarak kabul edilmektedir. Bazı organizasyon teorisyenleri, bireysel insan kaynaklarını geliştirerek şirketler arasında faydalı rekabetler yaratma yeteneğini kanıtlamak için insan sermayesi teorisinin kurallarını uygular.

İnsan kaynaklarının araştırılması, değerlendirilmesi ve kontrol edilmesi, organizasyonun diğer kaynaklarından daha zordur, çünkü bilgiye dayalı ekonomide en nadide ve en karmaşık kaynaklar insan kaynaklarıdır.

Çoğu yönetici stratejilerini, teknoloji, fiziksel ve finansal kaynakların kullanımı gibi organizasyonun somut ve bariz faktörlerine odaklanmaktadır. Küresel ekonominin günümüz özelliklerinden dolayı ortaya çıkan küreselleşme gibi olgular teknolojinin gelişmesi ve üretimde modern teknolojilerin kullanılması, yeni ve çeşitli ürünler, bu durumun tek başına kuruluşlara rekabet avantajı sağlayamayacağını göstermektedir. Bu nedenle, organizasyonlar rekabet avantajı elde etmek ve hayatta kalmalarını iyileştirmek için insan ve entelektüel sermaye gibi diğer faktörlere odaklanmalıdır .

Bu çalışmada, gelişen ve değişen dünyada yeni yaklaşımlar çerçevesinde sağlık yönetimi ve beşeri sermaye ilişkisi ele alınmaktadır.

Birinci bölümde beşeri sermayenin tarihçesi, tanımı ve kapsamı, özellikleri, beşeri sermaye ve ekonomik büyüme ilişkisi ile beşeri sermayenin arttırılmasına yönelik politika önerileri yer almaktadır.

İkinci bölümde sağlık yönetimi ve beşeri sermaye ilişkisi ele alınarak, sağlık hizmetleri, sağlık yönetimi, sağlık yöneticisinin özellikleri, sağlık yönetiminde işgücünün ve ulusal politikaların önemi konuları ele alınmaktadır.

1. GİRİŞ

İşgücü piyasalarının küresel görünümü 2022 boyunca önemli ölçüde kötüleşmiştir. Yükselen jeopolitik gerilimler, Ukrayna çatışması, pandemiden düzensiz bir şekilde kurtulmak ve tedarik zincirlerinde devam eden darbo-

1 Dr. Öğr. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi. Yusuf Şerefoglu Sağlık Bilimleri Fakültesi. Sağlık Yönetimi Bölümü, sehadetbulut@kilis.edu.tr, Orcid: 0000-0002-8467-3290

ğazlar, 1970'lerden bu yana aynı anda yüksek enflasyon ve düşük büyümenin ilk dönemi olan stagflasyonist bir dönemin koşullarını yaratmıştır. Politika yapıcılar, eksik istihdam toparlanması ortamında yüksek enflasyonla uğraşırken zorlu bir değiş tokuşla karşı karşıya kalmıştır. Çoğu ülke, COVID-19 sağlık krizinin patlak vermesinden önceki 2019'un sonunda görülen istihdam ve çalışma saatleri seviyelerine henüz geri dönmemiştir (ILO, 2023a).

Sağlık statüsünde artan eşitsizlikler, erişim sorunları ve sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar için düşen getiriler ve maliyetlerdeki artışı kontrol etmenin zorluğu, çoğu ülkeyi sağlık sektöründe reform yapmaya yöneltmiştir (Dussault ve Dubois, 2003). Sağlık sektöründe çalışan beşeri sermaye ve insan kaynaklarının organizasyon ve idaresinde önemli yer tutan sağlık yönetimi de bu durumdan etkilenmiştir

Günümüzde beşeri sermaye ve insan kaynaklarının stratejik yönetimi kavramları, felsefe ve teknik açıdan örgütlerde oldukça yaygındır. "Beşeri sermaye" kavramı, sürdürülebilir bir rekabet avantajı olması ve çalışanların verimliliğini artırması nedeniyle bir örgütün varlıklarını geliştirmede kilit bir unsur olarak kabul edilmektedir. Bazı organizasyon teorisyenleri, bireysel insan kaynaklarını geliştirerek şirketler arasında faydalı rekabetler yaratma yeteneğini kanıtlamak için insan sermayesi teorisinin kurallarını uygular (Paspan ve Nojedeh, 2016).

İnsan kaynaklarının araştırılması, değerlendirilmesi ve kontrol edilmesi, organizasyonun diğer kaynaklarından daha zordur, çünkü bilgiye dayalı ekonomide en nadide ve en karmaşık kaynaklar insan kaynaklarıdır (Paspan ve Nojedeh, 2016).

Çoğu yönetici stratejilerini, teknoloji, fiziksel ve finansal kaynakların kullanımını gibi organizasyonun somut ve bariz faktörlerine odaklanmaktadır. Günümüz özelliklerinden dolayı ortaya çıkan küreselleşme, teknolojinin gelişmesi, üretimde modern teknolojilerin kullanılması, yeni ve çeşitli ürünler küresel ekonominin tek başına kuruluşlara rekabet avantajı sağlayamayacağını göstermektedir (Garavan vd., 2001). Bu nedenle, organizasyonlar rekabet avantajı elde etmek ve hayatta kalmalarını iyileştirmek için insan ve entelektüel sermaye gibi diğer faktörlere odaklanmalıdır (Nordhaug, 1993).

Bu çalışmada, gelişen ve değişen dünyada yeni yaklaşımlar çerçevesinde sağlık yönetimi ve beşeri sermaye ilişkisi ele alınmaktadır.

Birinci bölümde beşeri sermayenin tarihçesi, tanımı ve kapsamı, özellikleri, beşeri sermaye ve ekonomik büyüme ilişkisi ile beşeri sermayenin arttırılmasına yönelik politika önerileri yer almaktadır.

İkinci bölümde sağlık yönetimi ve beşeri sermaye ilişkisi ele alınarak, sağlık hizmetleri, sağlık yönetimi, sağlık yöneticisinin özellikleri, sağlık yönetiminde işgücünün ve ulusal politikaların önemi konuları ele alınmaktadır.

2. BEŞERİ SERMAYE

2.1. Beşeri Sermayenin Tarihçesi

1950'ye kadar, Smith ve Marshall, Milton Friedman gibi iktisatçılar, emek gücünün (labor power) veri olduğu ve arttırılamayacağı varsayımında bulunmaktaydı (Bilen ve Yumuşak, 2008). Adam Smith "Ulusların Zenginliği" isimli eserinde emeğin her şeyin ilk ve gerçek satın alma fiyatı olduğunu belirterek, aslında servet ve zenginliğin karşılığının emek olduğunu belirtmiştir. Ancak her şeyin mübadele değerinin emek olmasıyla birlikte, üretim aşamasında katlanılan yükün, çabanın ve becerilerin hesaba katılması gerektiğini ama bunun ölçülmesinin zor olduğunu belirtmektedir (Smith, 1776, çev. 2006).

Marshall'a göre iktisat insanı merkeze alan bir bilim dalıdır, insan karakterinin ve yapılan eylemlerin gelişiminin iktisat disiplini üzerindeki etkisi ele alınmalıdır. Ancak klasik ve neoklasik anlayışa göre emeğin homojen şekilde ölçülememesi ve bir piyasaının olmaması nedeniyle insan emeğinin önemi ihmal edilmiştir (Schultz, 1968).

15.yy'dan günümüze kadar yaşanan ekonomik değişimler, üretim faktörü olan sermaye kavramına da farklı bir bakış açısı getirmiştir. Merkantilist dönemde insan unsuru üretim sürecinde yer almazken, günümüzde sermayenin asli unsuru olarak görülmektedir (Karagül, 2003). Becker, Human Capital (1964) isimli eserinde insan yetenekleriyle eğitim arasındaki ilişkiyi araştıran ilk iktisatçıdır. Becker, insanın beceri ve yeteneklerine yapılacak yatırımlar sayesinde beşeri sermayenin geliştirileceğini ifade etmiştir (Bilen ve Yumuşak, 2008).

Gary Becker ve diğer bilim adamlarının geliştirdiği beşerî sermaye teorisine göre; eğitim ve sağlık beşeri sermayenin iki temel unsuru olarak ele alınmıştır. Beşeri sermaye, fiziksel sermaye içerisinde yer alan binalar, ekipman ve diğer maddi varlıklarla birlikte ekonomik üretkenliğe katkıda bulunan bir nüfusun niteliklerini ifade eder hale gelmiştir (Çetin ve Ecevit, 2010).

Daha sonraki çalışmalarla Becker'in beşeri sermaye ile ilgili bu teorisi iktisatta genel kabul görmüş ve bu alanda yapılan çalışmalar hız kazanmıştır.

P. M. Romer, yeni büyüme teorileri geliştirmiş ve beşeri sermayeyi, bilginin oluşmasına ve daha iyi eğitime katkı sağlayan, kazanç fırsatı yaratan bir

unsur olarak tanımlamıştır. Ayrıca Romer ülkeler arasındaki teknolojik farklılıklara dikkat çekerek, diğer ülkelere göre daha fazla beşeri sermaye stokuna sahip olan ülkelerin, daha hızlı büyüme sağlayacaklarını söylemiştir (İlkay, 2019). Beşeri sermaye, bir popülasyondaki eğitim ve sağlık düzeyi olarak ekonomik büyümenin önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmiştir (Lim vd., 2008).

2.2. Beşeri Sermaye Tanımı ve Kapsamı

“Beşeri sermaye” teriminin bir Google “N Gram”ı, 1950’lerin sonlarına kadar İngilizce dilinde neredeyse hiç kullanılmadığını ortaya koyuyor. 1950’lerden sonra terimin kullanımı artmış ve 1990’larda öncekinden biraz daha büyük bir artışla günümüze kadar gelmiştir (Goldin, 2016).

Beşeri sermaye kavramı, hem doğuştan gelen yeteneklerin hem de daha sonra bireysel olarak kazanılan bilgi ve becerilerin toplamı olarak tanımlanmaktadır (Laroche ve Merette, 1999).

Benzer şekilde beşeri sermaye, Oxford İngilizce Sözlüğünde “iş gücünün sahip olduğu ve bir kaynak veya varlık olarak görülen beceriler” olarak tanımlanmaktadır. İnsana yatırım olduğu (örneğin eğitim, öğretim, sağlık) ve bu yatırımların bireyin üretkenliğini arttırdığı fikrini kapsamaktadır (Goldin, 2016).

İnsan sermayesi, bir popülasyondaki toplam eğitim, öğretim, beceri ve sağlık seviyeleri olarak karakterize edilirken (Schultz, 1961) bireyin gelir üretebilme yeteneğinin bir göstergesi olarak da ifade edilmektedir (Bartolo, 1999).

Narkulov, farklı tipolojilere ve sınıflandırmalara dayanarak, her bireyin beşeri sermaye yapısının temel öğelerini aşağıdaki şekilde ayırt etmiştir;

- a) Bilgi: etkinliği artıran sosyal faaliyetlerde kullanılan uygun bilgi biçimi;
- b) Yetenek: herhangi bir faaliyeti başarıyla yürütme sanatı;
- c) Deneyim veya beceriler: belirli emek operasyonlarını uzun süre gerçekleştirmek için işçilik;
- d) Kültür: toplumdaki mevcut bilgi, kurallar, gelenekler ve ahlak ilkeleri ve davranış kalıpları;
- e) Motivasyon: aktivite yönelimi, yoğunluğu, süreçten ve sonuçlardan memnuniyet (Narkulov, 2011).

Beşeri sermayenin üretkenliğini artırmak için teknolojilerin geliştirilebileceği, benimsenebileceği ve kullanılabilirliği belirtilmektedir (Benhabib

ve Spiegall, 1994). Beşeri sermaye genellikle eğitim yoluyla ortaya çıkarken, çalışma süreci içerisinde “yaparak öğrenme” yoluyla da gelişebilmektedir (Taban ve Kar, 2006).

Beşeri sermaye kavramı ile ilgili literatür incelendiğinde, beşeri sermaye kapsamı içerisinde eğitim ve sağlığın yer aldığı görülmektedir (Bekmez vd., 2009). Karagül bu iki unsura işgücü transferlerini de eklemektedir (Karagül, 2002).

İnsan sermayesi teorisi, modern işgücü arzı analizinin merkezi bölümlerinden birini oluşturan, insan kaynaklarının niteliksel iyileştirme sürecini inceler. Yenilikçi ekonominin gelişimi, istihdam ve işgücü verimliliğinin artırılmasıyla mümkündür. Burada işgücünün niceliğinden çok niteliği belirleyici rol oynamaktadır. Beşeri sermaye teorisine göre, işgücünün kalitesi ekonomik büyümenin temel faktörlerinden biridir. Buna karşılık, işgücünün kalitesi, bireye özgü yetenek, bilgi, beceri ve yeterliliği içeren beşeri sermayenin düzeyine bağlıdır. Burada en önemli şekil ve koşullar örgün eğitim, öğretim ve işçi göçü ile temsil edilmektedir. Bu alanlardaki herhangi bir dengesizlik, işgücünün kalitesinin ve dolayısıyla verimliliğin düşmesine neden olmakta, bu da ekonomik kalkınmanın gidişatını olumsuz etkilemektedir. Nitelikli işçilerin payı kullanılan teknolojiye bağlıdır, teknolojinin oranı ne kadar yüksekse, iyi eğitilmiş ve deneyimli çalışanların nitelikli işgücüne olan talep, yani işgücü sermayesine olan talep de o kadar yüksektir (Narkulov, 2011).

2.3.Beşeri Sermayenin Özellikleri

Laroche ve Merette 1999 yılındaki ortak çalışmalarında beşeri sermaye kavramının 5 özelliğine dikkat çekilmiştir. Bu özellikler şunlardır:

- İlk olarak, beşeri sermaye ticarete konu olmayan bir maldır. Doğuştan veya edinilmiş olsun, beceri ve bilgi insanda somutlaşmıştır.
- İkincisi, bireyler, insan sermayesi elde ettikleri kanalları ve hızı her zaman kontrol etmezler. Gençken, insan sermayesine olan ihtiyaçları hakkında rasyonel kararlar veremezler ve doğuştan gelen yeteneklerinin potansiyelini değerlendiremezler. Sonuç olarak, yaşamın ilk yıllarında beşeri sermaye kararları sahipleri tarafından değil, ebeveynleri, öğretmenleri, hükümetleri ve eğitim ve sosyal kurumları aracılığıyla bir bütün olarak toplum tarafından yapılır. Bireyler bağımsız kararlar alabilecek duruma geldikçe, beşeri sermaye yatırımlarına ilişkin karar alma sürecini içselleştirir. Hem tür hem de miktar olarak insan sermayesi edinimlerini sürekli olarak şekillendirir.

- Üçüncüsü, beşeri sermayenin niceliksel olduğu kadar niteliksel yönleri de vardır. Bir bireyin aldığı eğitim yılı veya aldığı günlük kalori kolayca ölçülebilse de, insan sermayesi yatırımları niteliksel olarak homojen değildir. Farklı üniversitelerden mezun olanlar yanında, aynı üniversiteden mezun olanlar bile birbirinden farklı formasyon kazanabilmektedirler.
- Dördüncüsü, insan sermayesi genel veya özel olabilir. Bilgi ve yetenekler, çeşitli faaliyetlerde kullanılabilir ve önemli bir değer kaybı olmaksızın bir işverenden diğerine kolaylıkla aktarılabilir ve genel bilgi ve yetenekler olarak adlandırılır. Tersine, insan sermayesi, yalnızca sınırlı sayıda faaliyette kullanılabilir ve işçiler ile firmalar arasındaki istihdam ilişkilerinin sona ermesi, yalnızca maliyetli yatırımlarla geri kazanılabilecek önemli değer kaybını temsil ediyorsa, spesifik olarak değerlendirilir.
- Son olarak, beşeri sermayenin tanımı aynı zamanda dış etkiler kavramını da içermektedir. Yüksek düzeyde beşeri sermaye içeren bir ortamda, insanların herhangi bir beceri düzeyi için daha üretken olacağı hesaba katılmaktadır. İnsan sermayesi ayrıca sosyal dışsalıklar olarak adlandırılacak şeyleri de üretir. Demokratik kurumlara sahip bir toplumda bireyler, düşünce ve konuşma, daha çeşitli edebi ifadeler, iletişim araçları gibi özgürlüğü içeren dışsalıkların paylaşılmasıyla daha etkin ve verimli olacaktırlar (Laroche ve Merette, 1999).

Adolf Stroombergen ve T.Schultz beşeri sermayenin ortak özellikleri şu şekilde ifade edilmektedir;

- Beşeri sermaye insanlara yatırım yapılarak geliştirilir.
- Beşeri sermaye bireyseldir ve bireye aittir.
- Beşeri sermayeyi oluşturan yetenekler, doğuştan olabildiği gibi sonradan da kazanılmaktadır.
- Beşeri sermaye alınan eğitimin kalitesi ile son derece ilişkilidir.
- Beşeri sermayenin seviyesini içsel ve dışsal etkiler belirlemektedir.
- Beşeri sermayenin değeri, o ülkedeki kişiler ve onların nitelikleriyle ilişki içerisinde.
- İnsan sermayesi, bireysel özelliklere referansla tahmin edilebilir.

Genel olarak beşeri sermaye; üretim faktörleri içerisinde yer alan insan emeğine ait bilgi, beceri ve yeteneklerin tümü olarak ifade edilmektedir (Aksu, 2016).

2.4. Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme

Beşeri sermaye, ekonomistler ve politika yapımcılar tarafından modern bilgiye dayalı ekonomilerde kilit bir varlık olarak giderek daha fazla kabul edildiğinden, stokunu ve ekonomik büyümeye katkısını doğru bir şekilde ölçmek çok önemlidir (Laroche ve Merette, 1999).

Beşeri sermaye, çeşitli yollarla (evde, okulda, işte vb.) kazanılabilen karmaşık ve çok boyutlu bir olgudur. Diğer sermaye biçimleriyle (finansal, fiziksel) karşılaştırıldığında, insan sermayesi daha az somuttur ve bu nedenle ölçülmesi daha zordur. Beşeri sermaye ölçümüne yönelik yaklaşımlar temel olarak şunları içermektedir: eğitime dayalı yaklaşım, maliyete dayalı yaklaşım ve gelire dayalı yaklaşım. Fiziksel sermaye stoku gibi, beşeri sermaye de üç genel yöntem kullanılarak değerlendirilebilir:

1. Nüfusun eğitim, beceri ve deneyiminin belirli bir toplum için dağılımı olarak gözlemlenebilir, bu da belirli bir düzeyde hazır insan kaynağı ve üretim potansiyeli olarak anlaşılır.
2. İlk stoka zamanla eklenen yatırımın toplamı eksi amortisman olarak tahmin edilebilir;
3. Varsayılan bir ömür boyu (işgücü piyasası içinde ve dışında) üretilmesi beklenen gelir akışının bugünkü değeri olarak tahmin edilebilir.

Temel olarak, beşeri sermaye ölçüm yaklaşımları dolaylı olarak inşa edilir ve beşeri sermayenin çeşitli temsillerine dayanır. Beşeri sermayenin ölçüleri bazı alanlarda girdi, diğerlerinde çıktıdır ve farklı ölçütler farklı araştırma sorularına uygundur. Yeni çalışanların yetiştirilmesi ve eğitiminin değeri, ileri eğitim, istihdam süresinin uzaması, hastalık, ölüm ve diğer faktörlerden kaynaklanan kayıplar vb. beşeri sermaye ölçümü sürecinde temel unsurlar olarak kabul edilmektedir (Narkulov, 2011).

İçsel büyüme modelinde, büyüme ve gelişme için beşeri sermaye oluşumunun temel önemi nispeten basit bir şekilde vurgulanmaktadır (Lukas, 1988; Romer,1990; Aghion, 1992). Robert Barro, 1990' dan sonra beşeri sermaye ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkileri ele alan çalışmalarla ön plana çıkmıştır (Karagül, 2002).

Beşeri sermaye birikimi, ekonomik büyüme sürecinde önemli bir belirleyici olarak kabul edilmektedir. Geniş bir literatüre rağmen, bir dizi ampirik çalışma, beşeri sermayenin büyüme üzerindeki etkisinin önemsiz, hatta bazı durumlarda olumsuz olduğunu bulduğundan, büyümedeki rolüne ilişkin hala bir belirsizlik vardır (Ahsan ve Haque, 2017). Büyümenin kaynağı ola-

arak beşeri sermaye oluşumunun kelimenin tam anlamıyla insanlarda somutlaştığı genellikle göz ardı edilir (Goldin, 2016).

Daha az gelişmiş ülkelerde beşeri sermayenin büyüme üzerinde çok az etkisi veya hiç etkisi yokken, daha yüksek bir kalkınma düzeyindeki ülkelerde beşeri sermayenin büyüme üzerinde olumlu ve önemli bir etkisi bulunmaktadır (Ahsan ve Haque, 2017).

Sağlık ve eğitim ekonomik büyüme için vazgeçilmezdir (Sab ve Smith, 2001). Beşeri sermayenin eğitim ve sağlık yönü ile ekonomik büyüme arasında ilişkiyi gösteren çalışmalar literatürde geniş yer tutmaktadır.

Eğitime yapılan harcamalar (beşeri sermayeye yapılan yatırımlar) çıktıyı en az üç kanal aracılığıyla etkiler. İlk olarak, emeğin üretkenliğini artırır, böylece yüksek verimlilik nedeniyle çıktı yükselir. İkincisi, işgücü verimliliğindeki bir artış, işgücü talebinde bir artışa yol açar ve daha fazla istihdam edilen işçi nedeniyle çıktı yükselir. Üçüncüsü, beşeri sermaye stokundaki bir artış, diğer ülkelerden fiziki sermaye girişini (Abbas, 2000; Abbas, 2001) ve artan yabancı yatırım nedeniyle çıktı yükselmektedir (Qadri ve Wheed, 2014).

Beşeri sermayedeki ilerlemelerin 20. yüzyıldaki ekonomik büyümeyi 19. yüzyıldan daha fazla açıklamasının nedeni büyük ölçüde eğitimin ilerlemesidir (Goldin, 2016). Eğitimin en önemli göstergelerinden birisi okullaşma oranıdır. Yapılan çalışmalar okullaşmanın olumlu yönde etkisinin olduğunu, ancak bu durumun, bir ekonominin gelişmişlik eşiğini geçmesinden sonra gerçekleşebileceğini göstermektedir (Ahsan ve Haque, 2017).

Eğitime yapılan harcamalar genellikle eğitimin ekonomik büyümeye güçlü bir katkı sağladığı anlayışıyla hareket etmektedir. Farklı üretkenlik, farklı eğitim seviyelerindeki işçiler için ne kadar yüksek kazanç olduğu ile ölçülür. Yani, eğitime göre kazanç oranları (örneğin, kolej/lise mezunları) sabit tutulur ve farklı eğitim seviyelerine sahip çalışanların fraksiyonlarının zaman içinde değişmesine izin verilir (Goldin ve Katz, 2008).

Bir ekonomide büyüme sağlamak için beşeri sermayenin eğitim boyutu ülkelerin kalkınma düzeyinde yatmaktadır. Bu, beşeri sermaye birikiminin, bir ekonomide belirli bir eşik seviyesini geçene kadar büyüme sürecinde üretken rolünü gösteremeyeceği anlamına gelmektedir (Ahsan ve Haque, 2017). Eğitime yapılan harcamalar genellikle eğitimin ekonomik büyümeye güçlü bir katkı sağladığı anlayışıyla hareket etmektedir.

Öte yandan ekonomik büyümede sağlığın da çok önemli bir faktör olduğu unutulmamalıdır. Sağlık harcamaları, özellikle maliyetlerdeki artışların

görünüşte özerk ve kalıcı karakteri nedeniyle, bir süredir genel endişe kaynağı olmuştur. Bunun nedeni, toplam sağlık maliyetlerinin önemli bir kısmının tedaviden çok bakımla ilişkili olmasıdır. Maliyetler, büyük ölçüde nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak artma eğilimi göstermiştir (Lim, 2018). Sağlıkın ekonomik büyüme üzerindeki etkisi, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha fazladır (Sorkin, 1977).

İnsanlar ancak canlı ve sağlıklı oldukları takdirde etkili beşeri sermaye hizmetleri sunabilirler. Bu nedenle, bir büyüme kaynağı olarak beşeri sermaye oluşumunun genel kabulü, aynı zamanda nüfusun sağlık durumundaki değişikliklerin büyümeyi ve dolayısıyla toplam refahı nasıl etkileyebileceği olmaktadır (Goldin, 2016).

Sağlıkta yüksek bozulma oranları, sağlık sektöründe düşük verimlilik veya yüksek iskonto oranları olan ülkelerde büyüme filen ortadan kalkabilir. Sağlık zamanlar arası karar vermeyi üç farklı şekilde etkilemektedir. İlk olarak, beşeri sermaye hizmetlerinin sağlanması için “olmazsa olmaz koşul” olarak hizmet eder. İkincisi, sağlık hizmetlerinin sunumu, çıktı üretimine ayrılan emek hizmetlerinin sunumu ve beşeri sermaye birikimi için harcanan zamanla doğrudan rekabet halindedir. Sağlıkın zamanlar arası karar vermeyi etkilemesinin üçüncü yolu, sağlıkın kendi pozitif faydasını üretebileceği gözleminden kaynaklanmaktadır (Van Zon ve Muysken, 2001).

Sağlık ekonomik büyüme üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı yönünde çalışmalar az olmakla birlikte (Kelly, 1997) sağlık ekonomik büyüme üzerinde pozitif yönde etkisinin olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar (Strauss ve Thomas, 1998; Bhargava vd., 2000; Kar ve Ağır, 2003; Akram, 2009; Tıraşoğlu ve Yıldırım, 2012) literatürde daha fazla yer almaktadır.

Mushkin (1962) çalışmasında eğitim ve sağlığa yapılan yatırımların ekonomik gelişmeye katkı sağlayacağını belirtmiştir. Sağlıklı ve eğitilmiş bireylerin hem üretici hem de tüketici olarak daha etkin olduğunu belirterek, üretim sürecinde daha etkin ve verimli olduklarını ileri sürmüştür. Ayrıca sağlıklı insanların eğitilmesi sonucunda bu kişilerin daha uzun süre hayatta kalacakları varsayıldığından, yapılan eğitim yatırımlarından da uzun süre fayda sağlanmış olacaktır. Dolayısıyla eğitim ve sağlık birbirini tamamlayan iki unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (Karagül, 2002).

Sağlık, refaha ve ekonomik performansa çeşitli şekillerde katkıda bulunur. Büyüme perspektifinden bakıldığında, ‘sağlıklı olmanın’ işgücü üretkenliğine olumlu katkısı özellikle önemlidir. Ancak sağlık sağlanması için kaynak gerekmektedir. Sonuç olarak, sağlık ve beşeri sermaye birikimi arasında doğrudan bir değiş tokuş vardır; sağlık sektörünün genişlemesi, nüfu-

sun sağlığının artması yoluyla büyüme ve kalkınma teşvik edilmektedir (Van Zon ve Muysken, 2001).

2.5. Beşeri Sermayenin Arttırılmasına Yönelik Uygulama ve Öneriler

İnsan sermayesi birikim oranlarındaki büyük farklılıklara rağmen, ülkelerin ilerlemeyi hızlandırmak için farklı stratejileri bulunmaktadır.

Ortalama eğitim düzeylerini iyileştirmek için politika seçenekleri arasında, birçok ülkede uygulamaya konulan okul ücretlerinin düşürülmesi veya kaldırılması kayıt ve devam oranlarını arttırmaktadır. Ayrıca ihtiyaçlarla uyumlu altyapı yatırımlarının dikkatli bir şekilde hedeflenmesi (örneğin, sınırlı erişime sahip alanlarda okullar inşa edilmesi) uygulamalar arasında yer almaktadır. Öğrenmeyi ve eğitim kalitesini iyileştirebilecek politikalar arasında, düzenli takip ziyaretleri ve desteği içeren öğretmen eğitimleri ve öğrencilerin yeteneklerine göre gruplandırılarak seviyelerine göre uyarlanmış eğitim verilmesi stratejiler arasında yer almaktadır (Lim vd., 2018).

Sağlık açısından hayatta kalmak ve işlevsel sağlık durumunun özelliklerini geliştirmek için bulaşıcı hastalıklara yönelik birçok etkili müdahale bulunmaktadır. Özellikle az gelişmiş ülkelerde sıtmadan korunmak için böcek ilacıyla işlenmiş sineklik ve artemisinin kombinasyon tedavisi (White, 2011), HIV/AIDS için antiretroviral tedavi (Detels vd., 1998) doğrudan gözetimli tüberküloz tedavisi (Laxminarayan vd. 2009) ishali önlemek için rotavirüs aşısı (Madhi vd., 2010) ve alt solunum yolu hastalığı için pnömokok aşısı ve antibiyotikler (Klugman, 2003) yer almaktadır.

Her kurumda olduğu gibi sağlık kurumlarında da çalışan kişilerin sadece yaptıkları işlerle ilgili belirli bilgileri öğrenmeleri yeterli olamamaktadır. Kişilerin kendilerini geliştirmeleri gerekmektedir. İnsan kaynaklarının geliştirilmesi ise kısa vadede mümkün olmamakta uzun bir süreci gerektirmektedir. Bu süreçte, sistemli ve planlı eğitimlerin yapılması, sürekli bir gelişme politikasının benimsenmesi ve yapılan her eğitim programının performansla ilişkisinin kurulması gibi alt süreçler gerekmektedir. Bu alt süreçleri Tortop ve arkadaşları şu şekilde ele almaktadır;

a) Sistemli Eğitim: Kurum içinde temel olan ihtiyaçların karşılanmasını içeren planlı eğitim tekniklerinden oluşmaktadır. Sürekli eğitimde, eğitim alanında deneyimli ve uzman kişiler verilecek eğitimleri planlar, yürütür ve değerlendirmesini yapar.

b) Planlı Eğitim: Kavram, daha iyi bir performans için öğrenme düzeylerine yapılan bilinçli müdahale olarak ifade edilmektedir. Beş aşamadan

oluşmaktadır. Birinci aşamada eğitim, problemleri çözmek için en iyi ve düşük maliyetli imkan dahilinde kararlar alınır. İkinci aşamada gerekli öğrenme düzeyinin tanımlanması gerekmektedir. Hangi yeteneklerin ve bilgilerin öğrenilmesi ve hangi, tutumların geliştirilmesi gerektiğinin mümkün olduğunca açık bir şekilde belirlenmesi zorunludur. Üçüncü aşamada hedefler belirlenir. Bu hedefler sadece neyin öğrenilmesi gerektiğini değil eğitilenlerin eğitim programlarından sonra neyi yapabilmeleri gerektiğini belirtir. Dördüncü aşamada eğitim programları planlanır. Beşinci aşamada ise eğitim hizmetini kimin sağlayacağına karar verilerek eğitim planlarının yürütülmesi sağlanmaktadır.

c) Sürekli Eğitim: Eğitimle ilgili genel ilkelerden birisi de eğitimin eksiksiz bir şekilde planlanmasının gerekliliğidir. Literatürde sürekli gelişmenin çeşitli şartları olduğu belirtilmektedir. Buna göre sürekli gelişmenin sağlanabilmesi için:

- Örgütler stratejik bir çalışma planı yapmalıdırlar.
- Yöneticiler yeni ihtiyaçlara cevap verecek isteğe ve yetkiye sahip olmalıdır.
- Öğrenme ve görev aynı anda bütünleşmiş olmalıdır.
- Sürekli gelişmenin sağlanması için tepe yöneticiler ve diğer üst yönetim kadrosu itici güç olmalıdır.
- Sürekli gelişmeye yatırımın yapılmasının önemi üst yönetim kadrosu tarafından farkına varılmalıdır.

d) Performansa Yönelik Eğitim: Bu süreçte alınan eğitim ile gösterilen performans arasında ilişki kurularak bilinenler ile yapılacaklar arasında boşluk doldurulmalıdır (Tortop vd., 2010).

Beşeri sermayenin etkin kullanımı ve geliştirilmesi için yapılması gerekenler aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

- Tüm personelin değerli varlıklar olduğu gerçeği ile insanların var olan yetenek ve becerilerini geliştirmeye yönelik imkanlar sağlanmalı
- Beşeri sermayeden en verimli şekilde faydalanmak için, kişilerin yaptıkları işten sadece maddi değil, manevi tatmin sağlaması gerekmektedir.
- Ülke kaynaklarından birisi olan beşeri sermayesinin de ziyan edilmesi için özellikle üst yönetimde bulunan kişilerin maddi ve sosyal anlamda doyuma ulaşması sağlanmalıdır. Aksi taktirde kişilerin yolsuzluğa yönelmeleri kaçınılmaz olacaktır..

- Beşeri sermayenin etkili olması için fiziki sermaye ile birbirini tamamlaması sağlanmalıdır (Karagül, 2003).

3. SAĞLIK YÖNETİMİ VE BEŞERİ SERMAYE

3.1. Sağlık Hizmetleri

DSÖ 1948 anayasasında sağlığı, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan tam bir esenlik durumu olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1998).

Sağlık, insanlık tarihi kadar eski bir kavramdır. Kişilerin hayatlarının devamı için sağlıklı olmaları gerekmektedir (Bozkurt ve Tan, 2021). Sadece bireysel değil, toplumsal olarak da sağlığın korunması adına siyasi otoritelerin konuyla ilgili önemli kaynak tahsisi yapmaları zorunlu olmaktadır (Güven vd., 2018).

Birey ve toplum sağlığı için “sağlık hizmetleri” nin üretilmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri ülkelerin gelişmişlik seviyelerine paralel olarak gelişme göstermektedir. Sağlık hizmetleri temelde, “koruyucu”, “tedavi edici” ve “rehabilitasyon” olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Altay, 2005). Son dönemlerde bu sınıflamaya dördüncü olarak sağlığın geliştirilmesi hizmetleri dahil edilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda “koruyucu sağlık hizmetleri”, diğerlerine göre daha öncelikli bir konuma sahiptir. Çünkü korumak, hastalığı tedavi etmekten daha az maliyetlidir. “Tedavi edici sağlık hizmetleri” hem daha maliyetli olmakta hem de yetişmiş personel, fiziki imkanlar ve bunların organizasyonu gerektirmektedir. “Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri” ise, savaş, kaza ve doğal afetler gibi beklenmeyen durumlarda, kişilerin sakat kalmaları veya çalışma motivasyonlarını yitirmeleri sonucu bu kişilerin topluma yeniden kazandırılması sürecini ifade etmektedir (Altay, 2005).

“Sağlığın geliştirilmesi” bireylerin kendi sağlıklarını geliştirme ve kontrolünü elinde tutması olarak ifade edilmektedir. Dolayısıyla sağlığın geliştirilmesi hizmetleri de sadece bireylerin hasta olmamasını sağlamayı değil, uzun vadede bireylerin yüksek sağlık standardına sahip bir hayat sürmesini hedeflemektedir (Bahar ve Açıl, 2014).

Lukas’ın 1988 de ele aldığı içsel büyüme modeline göre sağlık hizmetleri üç temel özelliğe sahiptir

1. Beşeri sermaye içinde yer alan sağlık, karşılanması zorunlu hizmetler kapsamındadır

2. Sağlık hizmetleri, işgücüyle doğrudan ilişkilidir. Sağlıksız bireyler yeterli üretimi sağlayamadığı için işgücü arzı ve kalitesi bu durumdan olumsuz etkilenir.
3. Sağlık hizmeti tüketimi, fayda üzerindeki pozitif etkisi nedeniyle zamanlar arası karar vermeyi etkiler (Van Zon ve Muysken, 1997).

Sağlık hizmetleri emeğin yoğun, hizmetlerin acil ve ertelenemez, uzmanlaşma düzeyinin yüksek, hizmeti alanların verenerlere yüksek oranda bağlı olması ve çıktının ölçülemez olduğu hizmetlerdir (Ateş, 2011).

Sağlık hizmetleri toplumun ve ekonominin temel sektörlerinden biridir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), insan sağlığı ve sosyal koruma hakkının temel ilkelerini desteklemektedir. Sosyal sağlık korumasının sağlanması ve kaliteli sağlık hizmetlerine eşit erişim, birey ve toplum sağlığı, ekonomik büyüme ve kalkınma üzerinde önemli olumlu etkilere sahiptir. Sağlık sektörü aynı zamanda istihdam yaratmada önemli potansiyele sahip önemli bir istihdam sektörüdür (ILO, 2023b).

3.2. Sağlık Yönetimi

Sağlık hizmet organizasyonları yönetilmesi en karmaşık ve zor olan sistemlerden birisidir. Sağlık sektöründe yaşanan hızlı değişimler nedeniyle sağlık sektörünün her kademesindeki yöneticilerin bilgi, beceri ve yetenekleri de hızla değişmektedir. Bu nedenle ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık yönetimi konusu, üzerinde önemle durulması gereken bir çalışma alanı olmuştur (Çimen, 2010).

Yönetim, grupların belirli amaçlara ulaşmaları için yürüttükleri faaliyetler topluluğu olarak ifade edilmektedir. Yönetim süreci kapsamında, ortak amaçların belirlenerek, bu amaçlara ulaşmak için insanların motive edilmesi, örgütlenmesi ve kontrol edilmesi gerekmektedir (Saruhan ve Yıldız, 2009). Yönetici ise, yönetimin tüm fonksiyonlarını (planlama, örgütlenme, yöneltme, koordinasyon, denetleme) bizzat veya yardımcıları aracılığıyla yerine getiren kişi olarak tanımlanmaktadır (Aydın, 2007).

Sağlık yönetimi de, yönetim biliminin bir alt dalıdır. Sağlık alanında planlı, programlı ve düzenli sağlık hizmeti yürütülmesinin sağlanmasını hedeflemektedir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi ve yönetilmesini kapsamaktadır (Çimen, 2010).

Çağdaş yönetim anlayışının benimsenmesiyle birlikte, klasik yönetim anlayışındaki “makinelere” verilen değer yerini, “insan” a verilen değere bırakmış, klasik yönetim anlayışının oluşturduğu standart işler ortadan kalmış,

insanların monoton ve rutin iş hayatları daha yenilikçi ve geliştirilebilir hale gelmiştir (Gemlik, 2018).

3.3. Sağlık Yöneticisinin Özellikleri

Sağlık kurumlarında çalışan yöneticilerin diğer tüm organizasyonlarda olduğu gibi, hangi yönetim kademesinde yer alırsa alsınlar bazı yönetsel becerilere sahip olmaları gerekmektedir. Bu yönetsel becerilerin neler olduğu konusunda farklı sınıflandırmalar yapılmıştır

Mintzberg Modeli, yöneticilerin 3 baskın beceriye sahip olması gerektiğini ifade eder. Bu beceriler:

1. Kavramsal beceri, yöneticilerin bir işyerinde var olan tüm karmaşık karşılıklı ilişkileri -insanlar, bir organizasyonun departmanları veya birimleri arasındaki ilişkileri- görselleştirmeye yönelik zihinsel yeteneklerini yansıtmaktadır.
2. Teknik beceri, yöneticilerin yönetim yöntemlerini, süreçlerini ve tekniklerini kullanma becerilerini yansıtır.
3. İnsan ilişkileri becerisi, kişilerarası beceri veya yöneticilerin insanlarla iyi geçinme, onları anlama, motive etme ve işyerinde onlara liderlik etme yeteneği olarak da bilinmektedir (Sherrly, 2005).
4. Bu becerilere ek olarak yöneticilerin sahip olması gereken beceriler aşağıda yer almaktadır:
 - Karar verme becerisi; seçenekler arasından birisini seçmeye karar vermektir. İsbetli karar verme organizasyon içerisinde her kademede önemli bir beceri türü olmakla birlikte özellikle tepe yöneticiler için çok daha önemlidir.
 - Analitik beceri; sorunların çözümünde ya da alternatiflerin değerlendirilmesi noktasında, mantıksal ve bilimsel yaklaşım tekniklerinin kullanılmasıdır.
 - İletişim becerisi; organizasyonun amaç ve hedeflerine ulaşabilmesi için her kademede yer alan yöneticilerin yazılı ve sözlü bilgi sağlama becerisini ifade etmektedir (Koç, 2010).

Benzer şekilde bir başka sınıflamada sağlık yöneticilerinin ortak yetkinlik ve yeterlilikleri beş alanda kümelanmektedir:

1. İletişim ve İlişki Yönetimi: İç ve dış müşterilerle açık ve öz bir şekilde iletişim kurma, ilişkiler kurma ve sürdürme, bireyler ve gruplarla yapıcı etkileşimleri kolaylaştırma becerisidir.

2. Liderlik: Organizasyonun belirlenen stratejik amaçlarına ulaşabilmesi için, bireysel ve organizasyonel ilham verme, ortak bir vizyon yaratma ve değişimi başarılı bir şekilde yönetme becerisidir.
3. Profesyonellik: Hastaya ve topluma karşı sorumluluk bilinciyle hizmet verme anlayışıyla, yaşam boyu öğrenme, kişisel ve kurumsal davranışları uyumlu hale getirme becerisidir.
4. Sağlık Ortamı Bilgisi: Sağlık sistemi hakkında yeterli bilgiye sahip olarak sağlık hizmeti yöneticilerinin ve sağlayıcılarının faaliyet gösterdiği ortamdır.
5. İş Becerileri ve Bilgi: İş ilkelerini sağlık hizmeti ortamına uygulama becerisi olarak ifade edilmektedir. Temel iş ilkeleri şunları içermektedir:
 - (a) Mali yönetim
 - (b) İnsan kaynaklarını yönetmek
 - (c) Kurumsal dinamikler ve yönetişim
 - (d) Stratejik planlama ve pazarlama
 - (e) Bilgi yönetimi
 - (f) Risk yönetimi
 - (g) Kalite iyileştirme (Steffl, 2008).

Daha az rutinleşmiş, daha az kontrol edilebilir olan, ekonomik ve ticari reçetelere iyi yanıt vermeyen sağlık sistemlerinin karmaşık, sürekli değişen doğası sağlık yöneticilerini diğer piyasa organizasyonlarındaki yöneticilerden farklı kılmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinde profesyonel kuruluşların yer almasıyla daha da pekiştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve yönetimi ile ilgili çok sayıda profesyonel disipline sahip merkezi bir bürokratik sistem içinde organizasyonlar mevcut kaynaklar için birbirleriyle rekabet halindedir. Bu bağlamda, sağlık yöneticilerinin rolü ve sahip olduğu beceriler çok daha önemli hale gelmektedir (Sherryly, 2005).

Tüm bu sınıflamalar doğrultusunda sağlık kurumları yöneticisi; kurum içinde hasta merkezli kaliteli sağlık bakım hizmetlerini planlamalı, insan kaynakları politikalarını, işgücü planlamasını, akreditasyonu ve genel olarak klinik liderlik sistemini kullanabilme özelliğine sahip olmalıdır (Budak, 2018).

3.4. Sağlık Yönetiminde İşgücünün Önemi

Sağlık kuruluşları, başka sektörlerle oranla iş gücüne büyük ölçüde bağımlıdır. Herhangi bir organizasyonun büyümesi ve gelişmesi, uygun bir iş gücünün mevcudiyetine, yeterliliklerine ve kendisine verilen görevleri yerine getirme çaba düzeyine bağlıdır (Murray, 1978; Evans, 1984).

ILO Sağlık istihdam verilerine göre, yüksek gelir düzeyine sahip ülkeler, diğer ülkelere göre daha vasıflı sağlık çalışanlarına ve daha iyi hizmet sunan sağlık sektörüne sahiptir. Norveç en büyük sağlık sektörüne sahip ülke olarak 10.000 kişi başına 1.049 sağlık çalışanı istihdam etmektedir. Onun ardından 800'ün üzerinde çalışan ile Danimarka, Japonya, Hollanda ve İsviçre gelmektedir. ABD' de bu oran 662, Birleşik Krallık'ta 664 ve Türkiye'de 173' tür. Yüksek gelirli ülkeler, düşük gelirli ülkelere oranla sağlık sektöründe neredeyse 12 kat daha fazla insan çalıştırmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde 10.000 kişi başına düşen sağlık çalışanı 580 kişi iken, düşük gelirlielerde bu rakam sadece 49 dur (ILO, 2023c).

İşgücü çeşitli klinik, idari, teknik ve diğer personelin temel girdi olduğu ve çoğu sağlık müdahalesinin gerçekleştirilmesini mümkün kılan hizmet ve sağlık kuruluşlarında önemli stratejik bir sermayedir. Yöneticiler, personel sorunlarını teşhis eder ve hangi hizmetlerin ne zaman, nerede ve nasıl sağlanacağını belirler. Sağlık müdahaleleri bilgiye dayalıdır ve bunu sağlayıcılar bu bilginin koruyucularıdır (PAHO, 2001).

Organizasyondaki tüm yönetim seviyelerinde önemli olan ortak indeksin insan becerisi olduğunu göstermektedir. Kuruluşun merkezi çekirdeğinde çalışanlar daha yüksek beceriler geliştirmelidir. Bu kişiler, müşteri memnuniyetini artırmak ve organizasyon için rekabet avantajı yaratmak için yeterli bilgiye, yenilikçiliğe ve yaratıcılığa sahip olmalıdır (Paspan ve Nojedeh, 2016).

Beşeri sermayenin etkin kullanımı sonucunda işgücü devir oranı düşmekte, devamsızlık oranı azalmakta ve iş kazalarının sebep olduğu kayıplar minimuma inmektedir. İşgücünün gerekli niteliklere sahip olması sonucu kuruluşlar daha kaliteli hizmet verebilmekte, değişimlere daha hızlı uyum sağlamakta ve rekabet ortamında ayakta kalabilmektedir (Tortop vd., 2010).

3.5. Sağlık Yönetiminde Ulusal Politikaların Önemi

Sağlık politikaları oluşturma fikri nispeten yenidir. 1940'ların sonuna kadar, ulusal politikalar planlı ekonomilerin ayırt edici bir özelliği olma eğilimindedir. Marshall Planı, ulusal planların hazırlanmasını Avrupa'nın yeni-

den inşasının finansmanı için bir koşul haline getirdiğinden (Decosas, 1990) ulusal politikalar normal bir politika aracı haline gelmiştir.

Bilgiye dayalı ekonomilerde ekonomik büyüme sürecinde beşeri sermayenin oynadığı önemli rol, akademisyenler ve politika yapımcılar tarafından giderek daha fazla tanınmaktadır (Laroche ve Merette, 1999).

Sağlık sektöründe Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1970'lerin sonlarında belirlediği 2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık (HFA) hedefine ulaşmayı amaçlayan açıklamalar ve planlar şeklini aldı. Alma-Ata'nın ardından, WHO Üye Devletleri 1981'de HFA çerçevesinde hedefler ve öncelikler belirleyen bir strateji benimsedi. Üç yıl sonra, DSÖ Avrupa Bölgesi'nin 38 Üye ülkesi tarafından bölgesel bir strateji kabul edildi. Bu hareket ulusal düzeyde ve tüm kıtalarda sağlık bakanlıkları tarafından öncelik belirlemenin önemli bir parçası olmaya devam ettiği politikaların oluşturulmasına yönelik alınan tedbirlerle takip edilmiştir (Dussault ve Dubois, 2003).

Bir ülkede sağlık yönetimi açısından sağlık politikalarının yararları aşağıdaki şekilde sıralanabilmektedir;

- Bir sağlık politikası planlamayı kolaylaştırır. WHO'ya göre politikalar, gelecek için bir vizyon geliştirmeye, kısa, orta ve uzun vadeli referansları tanımlamaya, hedefleri belirlemeye, öncelikleri belirlemeye, rolleri devretmeye ve eylem araçlarını ve kurumsal düzenlemeleri tanımlamaya yardımcı olmaktadır (Cassels, 1997).
- Hükümetlerin bir sağlık politikası oluştururken tutarsız politikaların zararlı etkileri hakkında daha fazla kamuoyu farkındalığı ve önerilen seçeneklerin maliyet ve faydaları konusunda kamunun daha fazla bilgilendirilmesi karar vermeyi destekleyebilir. Çünkü halk, hükümetlerden daha seçici olmalarını ve etkili, verimli ve güvenilir bir şekilde yüksek performanslı stratejiler benimsemelerini beklemektedir (Schultz, 1961).
- Sağlık sorunları çok yönlü olduğu için çeşitli sektörlerin birlikte çalışmasını gerektirmektedir. Sağlık sektöründe gerçekleştirilen eylemlerin hem bireylerin sağlığı hem de diğer ekonomik ve sosyal sektörler üzerinde önemli ve uzun süreli etkileri olduğu için bu alandaki yanlış kararların etkileri çok daha büyük olmaktadır. Bu nedenle, sağlık sektöründe karar verme sürecinin, mevcut en iyi bilgilere dayalı, kanıtlanmış yönetim teknikleriyle desteklenen ve net bir vizyonla yönlendirilen sağlam analitik becerilere dayandırılması diğer alanlardan daha önemlidir (Dussault ve Dubois, 2003).

- Bir sağlık politikası, performansı değerlendirmek için bir çerçeve sağlar. Politika, beklentileri, hedefleri, öncelikleri ve stratejileri ve bunlara ulaşmak için gereken kaynakları belirleyerek, aynı anda hangi eylemlerin değerlendirilebileceği temelinde kriterler belirler ve aynı zamanda farklı düzeylerdeki sağlık profesyonelleri tarafından kendi eylemlerini anlamak için kullanılacak bir referans çerçevesi sağlar (Dussault ve Dubois, 2003).
- Bir sağlık politikası, profesyonelleri ve diğer sektörleri sağlık sorunları etrafında bir araya getirmeye ve eylemleri meşrulaştırmaya yardımcı olabilir. Makul bir değişim planlamasının parçası olduğunda, sağlık politikalarının geliştirilmesi, sağlık sorunları etrafında fikir birliği oluşturmak ve vatandaşların görüşlerini dile getirmelerine izin vermek için eşsiz bir fırsat sağlar, böylece daha sonra önerilecek eylemlere daha fazla meşruluk verir. Kaynakların yeni tahsisi veya tayinlama hizmetleri gibi kritik ve zor kararlar, ana aktörleri bir araya getiren bir siyasi süreç bağlamında alınır, çıkar grupları için daha kabul edilebilir hale getirilebilir (Dussault ve Dubois, 2003).
- Kaliteli sağlık hizmeti sağlamak için sağlık çalışanlarına insana yakışır iş şarttır. Bu nedenle sağlık politikaları çalışanlara uygun çalışma koşullarını sağlayacak şekilde planlanmalıdır. ILO, sektörel çalışma standartları aracılığıyla sağlık sektöründe çalışma koşullarının ve çalışma ilişkilerinin iyileştirilmesini desteklemektedir (ILO, 2023b).

SONUÇ

Bireylerin ve toplumun en büyük zenginliği sağlığıdır. Sağlık sorunlarının belli oranda çözüldüğü ülkelerde de genel olarak ekonomik, siyasal ve sosyal yapılar da sağlıklı olmaktadır (Ağırbaş, 2016).

Sağlık alanında yapılan çalışmalar, planlar, harcamalar ve yatırımlar doğrudan sağlık ekonomisini ilgilendiren konular arasında yer almaktadır. Sağlık ekonomisi kapsamında yer alan ve önemli üretim faktörlerinden birisi olan emeğin belirleyici olarak beşeri sermaye de sağlık ekonomisinin önemli bir parçasıdır. Beşeri sermayeye yapılan eğitim ve sağlık harcamaları bir yandan ülke için ciddi maliyetler getirmekte, diğer yandan sürecin iyi yönetilmesi ülkeler için kalkınmada avantaj sağlamaktadır.

Beşeri sermaye, insanların gelişmesinde, yaşamının ve gelirinin iyileştirilmesinde, bilgi, beceri ve ürün kapasitelerinin artmasında, ekonomik büyümede ve yoksulluğun azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu ne-

denle beşeri sermayenin önemi her geçen gün ülkeler tarafından daha iyi anlaşılmaktadır.

Beşeri sermayenin gelişmesi ve verimliliğinin artırılması konusunda tedbirler alınmalı, uygun politikalar üretilmelidir. Beşeri sermayenin artırılması tek başına yeterli olmamakta aynı zamanda beşeri sermayenin iyi yönetilmesi de gerekmektedir. Beşeri sermayeyi geliştirmek için kapsamlı ve sürekli eğitime öncelik verilmeli, çalışanların kuruluşu yönelik bağlılığını teşvik edici uygulamalara önem verilmelidir.

Bu süreçte beşeri sermayenin geliştirilmesi ve idare edilmesi konusunda sağlık yönetiminin önemi gündeme gelmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler, Dünya Bankası gibi örgütler sağlığın sadece bireyi ve tek tek ülkeleri değil, küresel olarak herkesi ilgilendirdiğini düşünerek yaşanan sorunlara ortak çare ve maddi kaynak arama endişesi içindedirler. Bu nedenle, HIV- Domuz Gribi, Kuş Gribi, son olarak Covid-19 gibi hastalıkların önlenmesinde küresel çaplı faaliyetlerde bulunmaktadır. Ülkelerin yaptıkları sağlık yatırımlarını ve sağlık harcamalarını sadece günü kurtarmak amacıyla değil, geleceği inşa etmek bilinciyle uluslararası örgütlerle ortaklaşa çalışarak yapmak zorundadırlar. Sağlıklı bir ekonomi için de sağlıklı bir yönetim şarttır (Güven vd., 2018).

Sağlık yöneticileri, rekabet avantajı elde etmek ve daha iyi hizmetin verilebilmesi amacıyla insan ve entelektüel sermaye gibi faktörlere odaklanmalıdır. Çalışanların beceri ve yeteneklerinin seviyesini arttırmak için onları teşvik etmek, yeni bilgilerin yaratılmasını, paylaşılmasını ve uygulanmasını sağlamak, öğrenmenin alışkanlık haline gelmesi için ortam hazırlamak sağlık yöneticisinin öncelikleri arasında yer almalıdır.

Sağlık hizmeti sunanlar ile sağlık hizmetini alanlar arasındaki bağlılık, hizmeti alanların memnuniyetiyle ilişkilidir ve bu memnuniyet çalışanların hizmet alana karşı davranışları ile belirlenir. Hizmetlerin hizmeti alanlar tarafından değerlendirilmesi çalışanların yetkinliğine, tutumuna, deneyimine ve becerisine bağlı olduğundan, çalışanların davranışları hizmet ilişkisinin geleceğini etkileyecektir (Gonzalez ve Garazo, 2006). Bu nedenle sağlık yöneticileri çalışanlar ile hizmet alanlar arasındaki ilişkilerin düzenlenmesinde kilit rol oynamaktadır. Sağlık yöneticileri, yapılan işin hem hizmet sağlayıcılar tarafından en verimli şekilde yapılmasını, hem de hizmeti alanların memnun olduğu bir ortamı sağlayarak hizmet akışının devamlılığını ve beşeri sermayenin optimum kullanımını sağlamış olacaklardır.

KAYNAKLAR

- Abbas, Q. (2000). The role of human capital in economic growth: a comparative study of Pakistan and India. *Pak. Dev. Rev.* 39 (4 part 2), 451–473.
- Abbas, Q. (2001). Endogenous growth and human capital. A comparative study of Pakistan and Srilanka. *Pak. Dev. Rev.* 40 (4 Part 2), 987–1007.
- Aghion, P. and Howitt, P. (1992). A model of growth through creative destruction. *Econometrica*, 60, 323–35.
- Ağırbaş, İ. (2016). *Hastane Yönetimi ve Organizasyon*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Ahsan, H. and Haque M. E. (2017). Threshold effects of human capital: Schooling and economic growth. *Economics Letters*, 156, 48-52.
- Akram, N. (2009). Short Run and Long Run Dynamics of Impact of Health Status on Economic Growth Evidence from Pakistan. *Munich Personal Repec Archive* (Mpra) Papers, No. 15454
- Aksu, L. (2016). Türkiye’de Beşeri Sermayenin Önemi: İktisadi Büyüme İle İlişkisi, Sosyal Ve Stratejik Analiz. *İktisat Politikası Araştırmaları Dergisi*, 3 (2), 68- 129.
- Altay, A. (2005). Türkiye’de Beşeri Sermayenin Karşılaştırmalı Analizi. *TÜ-GİAD*, Ankara.
- Ateş, M. (2011). *Sağlık İşletmeciliği*. No:2525, İstanbul: Beta Yayınları
- Atilgan, E., Kilic, D., Ertugrul, H.M. (2017). The Dynamic Relationship Between Health Expenditure and Economic Growth: is The Health-Led Growth Hypothesis Valid for Turkey?. *The European Journal of Health Economics*, 18(5), 567-574.
- Aydın, A. H. (2007). *Yönetimin Fonksiyonları, Yönetim ve Organizasyon*. Editör: Salih Güney, Genişletilmiş ve Gözden Geçirilmiş 2.Baskı, Ankara: Nobel Yayınları.
- Bahar, Z. ve Açıl, D. (2014). Sağlık Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *DEUHYO ED*, 7 (1), 59-67.
- Bartolo, A.D. (1999). Human Capital Estimation Through Structural Equation Models with Some Categorical Variables. *International Workshop on Correlated Data: Estimating Function Approach*, Trieste.
- Becker, G. S. (1964). *Human capital*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Bekmez S., Köne, A.Ç. ve Günal, D. (2009). Beşeri Sermayenin Türkiye’de Bölgelerarası Ekonomik Gelişme Açısından Önemi. *TİSK Akademi*, 4(7), 66-81.
- Benhabib J, and Spiegel M. M. (1994). The role of human capital in economic development evidence from aggregate crosscountry data. *J Monet Econ*, 34: 143–73.

- Bhargava, A., Jamison, D.T., Lau, L. (2000). Modeling the Effects of Health on Economic Growth. *Gpe Discussion Paper Series*, (33), 1-33.
- Bilen, M. ve Yumuşak, İ.G. (2008). Gary S. Becker'in iktisat bilimine ve beşeri sermaye teorisine katkıları. *The Journal of Knowledge Economy & Knowledge Management*, Volume III Spring.
- Bozkurt, İ. ve Tan, A. (2021). *Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi, Belirsizlik Algısı ve Güven Kavramının Rolü*, Ankara; İksad Yayınevi. <https://iksadyayinevi.com/wp-content/uploads/2021/12/SAGLIK-HIZMETLERINDE-ASIMETRIK-BILGI-BELIRSIZLIK-ALGISI-VE-GUVEN-KAVRAMININ-ROLU.pdf>
- Budak, F. (2018). *Sağlık Yönetiminde Klinik Liderlik*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Cassels A. (1997). A guide to sector-wide approaches for health development. Genève, Organisation Mondiale de la Santé/DANIDA/DFID/Commission Européenne.
- Çetin, M. ve Ecevit, E. (2010). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2), 166- 182
- Çimen, M. (2010). Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetim Eğitimi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 136-139.
- Decosas J. (1990). Planning for primary health care: the case of the Sierra Leone national action plan. *Int J Health Plann Manage*, 20(1):167-177.
- Detels, R., Muñoz, A., McFarlane, G. et al.(1998). Effectiveness of potent antiretroviral therapy on time to AIDS and death in men with known HIV infection duration. *JAMA*, 280: 1497-503.
- Dussault, G. and Dubois C. A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1:1.
- Evans, R. G. (1984). *Strained mercy: the economics of Canadian health care*. Toronto: Butterworth & Co.
- Gemlik, N. (2018). *Hastane Yöneticiliği Temel Yaklaşımlar ve Öneriler*. 1. Baskı, Ankara: Nobel Yayınları.
- Garavan, T. N., Morley, M., Gunnigle, P., Collins, E. (2001). Human capital accumulation: The role of human resource development. *Journal of European Industrial Training*, 25, 48-68.
- Goldin, C. (2016). Human capital. *Handbook of cliometrics*, 55-86.
- Goldin, C. and Katz, L. F. (2008) *The race between education and technology*. Belknap, Cambridge, MA.
- Gonzalez, J. V. and Garazo, T. G. (2006). Structural relationships between organizational service orientation, contact employee job satisfaction, and citizenship behavior. *International Journal of Service Industry Management*, 17(1), 23-50.

- Güven , D., Şimşek, T., Güven, T. (2018). Sağlık Yönetimi Kapsamında Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: MENA Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi. *Sosyoekonomi*, Vol. 26(37), 33-55.
- ILO (2023a). Internatiol Labour Organization. World Employment and Social Outlook Trends. https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/WCMS_865332/lang--en/index.htm
- ILO (2023b). Internatiol Labour Organization. <https://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/health-services/lang--en/index.htm>
- ILO (2023c). Internatiol Labour Organization https://www.ilo.org/ankara/areas-of-work/covid-19/WCMS_741130/lang--tr/index.htm
- İlkay, S. Ç. (2019). Beşeri Sermaye İle Uluslararası Rekabet Gücü Arasındaki İlişki: Türkiye Ve Seçilmiş Diğer G20 Ülkeleri Üzerine Bir Analiz, Yayınlanmamış Doktora Tezi, *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Kar, M. ve Ağır, M. (2003). Human Capital and Economic Growth in Turkey: Causality Test, II National Information. *Economy and Management Congress* Announcement Book, Derbent- İzmir, 181-190.
- Karagül, M. (2002). Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu, Afyon, *Afyon Kocatepe Üniversitesi* Yayın No. 37.
- Karagül, M. (2003). Beşeri sermayenin ekonomik büyümeyle ilişkisi ve etkin kullanımı. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi* (5), 79-90.
- Kelly, T.R. (1997). Public Expenditures and Growth. *Journal of Development Studies*, 34(1), 60- 84.
- Klugman, K. P., Madhi, S.A., Huebner, R.E., Kohberger, R., Mbelle, N., Pierce, N.(2003). A trial of a 9-valent Pneumococcal conjugate vaccine in children with and those without HIV infection. *N Engl J Med*, 349: 1341–48.
- Koç, H. Ve Topaloğlu, M. (2010). *Yönetim Bilimi*. Ankara: Seçkin Yayınları.
- Laroche, M. ve Merette, M. (1999). On the Concept and Dimensions of Human Capital in a Knowledge Based *Economy Context*. <http://qed.econ.queensu.ca/pub/cpp/mar1999/LAROCHEchap.pdf>.
- Laxminarayan, R. Klein, E.Y., Darley, S., Adeyi, O. (2009). Global investments in TB control: economic benefits. *Health Aff Proj Hope*, 28: 730–42.
- Lim, S.S., Ubdike, R.L., Kaldjan A.S et al. (2018). Measuring human capital: A systematic analysis of 195 countries and territories, 1990–2016. *Lancet*, 392: 1217–1234.
- Lucas, R.E. (1988). On the mechanics of economic development. *Journal of Monetary Economics* 22, 3–42.
- Madhi, S.A., Cunliffe, N.A., Steele, D. et al. (2010). Effect of human rotavirus vaccine on severe diarrhea in African infants. *N Engl J Med*, 362: 289–98

- Murray, V.V. and Dimick, D.E. (1978). Contextual influences on personnel policies and programs: an explanatory model. *Acad Manage Rev*, 750-761
- Mushkin, S. J. (1962), "Health as an Investment", *Journal of Political Economy*, 70(5), 129-157.
- Narkulov, M. (2011). Demographic Approach in Measuring Human Capital of Kazakhstan. *dspace.cuni.cz*.
- Nordhaug, O. (1993). *Human capital in organizations: Competence, training and learning*. Oslo, Norway: Scandinavian University Press Publication.
- PAHO (2001). Pan American Health Organization. *Development and strengthening of human resources management in the health sector*. Washington DC, 128th Session of the Executive Committee.
- Paspan, M. and Nojedeh, H. S. (2016). A Review of the Role of Human Capital in the Organization, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 230, 249 – 253.
- Qadri, F. S. and Waheed, A. (2014). Human capital and economic growth: A macroeconomic model for Pakistan. <file:///C:/Users/pc/Downloads/1-s2.0-S0264999314002004-main.pdf>.
- Romer, P.M. (1990). Endogenous technological change. *Journal of Political Economy* 5, 71–102.
- Sab, R. and Smith, S. (2001). Human Capital: International Evidence. *IMF Working Paper*, 32(1), 2- 33.
- Saruhan, S. C. ve Yıldız, M. L. (2009). *Çağdaş Yönetim Bilimi*. İstanbul: Beta Yayınları
- Schultz, T. W. (1961). Investment in human capital. *Am Econ Rev*, 51: 1–17.
- Schultz, T. W. (1968). Investment In Man: An Economist's View, Readings in the economics of education, *Paris, Unesco*, s.70-71.
- Sherrly, J.W. (2005). Characteristics of Effective Health Care Managers. *The Health Care Manager*, 24(2):p 124-128.
- Smith, A. (1776). *Ulusların Zenginliği*. Çeviren: Metin Saltoğlu, Ankara: Palme Yayıncılık, 2006.
- Sorkin, A.L. (1977). *Health Economics in Developing Countries*, Lexington, Ma: Lexington Books.
- Stefl, M. E. (2008). Common competencies for all healthcare managers: the healthcare leadership alliance model. *Journal of healthcare management*, 53(6),
- Strauss, J. and Thomas, D. (1998). Health, Nutrition and Economic Development. *Journal of Economic Literature*, 36(1), 766-817.

- Taban, S. ve Kar, M. (2006). Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme; Nedensellik Analizi, 1969-2001. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 159-181.
- Tıraşoğlu, M. ve Yıldırım, B. (2012). Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Ejovoc: Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2(2), 111-117.
- Tortop, N., Aykaç, B., Yayman, H., Özer, M. A. (2010). *İnsan kaynakları Yönetimi*. 4. Baskı, Ankara: Nobel Yayınları.
- Van Zon, A. H. and Muysken. J. (1997). Health, Education and Economic Growth. *MERIT Research Memorandum*, 97-009. www.merit.unu.edu/publications/rmpdf/.../rm1997-009.pdf, Erişim Tarihi: 20.01.2023.
- Van Zon, A. H. and Muysken. J. (2001). Health and endogenous growth. *Journal of Health Economics*, 20 (2001) 169–185.
- Weatherly, L. A. (2003). Human capital—the elusive asset measuring and managing human capital: A strategic imperative for HR. *Research Quarterly*. Retrieved June 1.
- White, M.T., Conteh, L., Cibulskis, R., Ghani, A. C. (2011). Costs and cost-effectiveness of malaria control interventions—a systematic review. *Malaria J*, 10: 337.
- WHO (1998). World Health Organization, *Health promotion glossary*. Geneva