

**T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
KAMU YÖNETİMİ PROGRAMI**

**SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA SAĞLIK YÖNETİMİNDE
EŞGÜDÜM: MANİSA İLİ ÖRNEĞİ**

İLYAS AKGÜN

**Danışman
DOÇ. DR. FATİH DEMİR**

MANİSA – 2019

**T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
KAMU YÖNETİMİ PROGRAMI**

**SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA SAĞLIK YÖNETİMİNDE
EŞGÜDÜM: MANİSA İLİ ÖRNEĞİ**

İLYAS AKGÜN

**Danışman
DOÇ. DR. FATİH DEMİR**

MANİSA – 2019

	T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS EĞİTİMİ FORMLARI Tez Savunma Sınavı Tutanağı	Doküman Kodu	FRYL-031
		Yayınlanma Tarihi	26/03/2018
		Revizyon No/Tarih	2/23/03/2018
		Sayfa	1/1

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 11.06.2019 tarih ve 19/Ek19 sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin 9. Maddesi gereğince Enstitümüz Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Kamu Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi İlyas AKGÜN'ün **“SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA SAĞLIK YÖNETİMİNDE EŞGÜDÜM: MANİSA İLİ ÖRNEĞİ”** konulu tezi incelenmiş ve aday 16.07.2019 tarihinde saat 13:00'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra ⁷⁵..... dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından jüri üyelerine sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI olduğuna ☒

OY BİRLİĞİ ☒

DÜZELTME yapılmasına * ☐

OY ÇOKLUĞU ☐

RED edilmesine ** ☐

ile karar verilmiştir.

BAŞKAN

Doç. Dr. Fulya AKYİLDİZ

ÜYE

Doç. Dr. Bülent KARAR

Evet

Hayır

ÜYE

Doç. Dr. Fozan DEMİR

Tez, burs, ödül veya Teşvik programına (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir.

☒

☐

Tez, mutlaka basılmalıdır.

☒

☐

Tez, mevcut haliyle basılmalıdır.

☐

☐

Tez, gözden geçirildikten sonra basılmalıdır.

☐

☐

Tez, basımı gereksizdir.

☐

☐

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir. İkinci tez savunma sınavında da başarısız olan öğrencinin Enstitü ile ilişkisi kesilir.

** Bu halde adayın Enstitü ile ilişkisi kesilir.

Hazırlayan
Enstitü Sekreteri

Onaylayan
Enstitü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Bakanlığı Taşra Sağlık Yönetiminde Eşgüdüm: Manisa İli Örneği” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilen eserlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../2019

İlyas AKGÜN

ÖZET

SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA SAĞLIK YÖNETİMİNDE EŞGÜDÜM: MANİSA İLİ ÖRNEĞİ

“Sağlık Bakanlığı Taşra Sağlık Yönetiminde Eşgüdüm: Manisa İli Örneği” başlıklı tez çalışması, Türkiye’de örgütlenme adımlarını 1920’lerde atmaya başlamış olan Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının son yıllarda yaşamış olduğu değişimi özellikle yönetim fonksiyonlarından eşgüdüm (koordinasyon) bağlamında değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Çalışmada, 2017 tarih ve 694 sayılı KHK ile 2017 tarih ve 51275 sayılı Yönerge kapsamında şekillenen Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının yönetim yapısı ortaya konulmuştur. Taşra sağlık yönetimine verilen görevler, yönetim fonksiyonlarından eşgüdüm ilkeleri ile ilişkilendirilmiş, ilişkilendirilen görevler ışığında ise yarı yapılandırılmış görüşme soruları hazırlanmıştır. Değişim öncesinde ve sonrasında yöneticilik yapmaya devam eden kişiler örneklem olarak belirlenmiş ve bu kişiler ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır.

Niteliksel araştırma ile taşradaki faaliyetlerin eşgüdümü, tematik analiz yoluyla incelenmiştir. Sık değişiklik yaşayan taşra sağlık örgütünün son yönetim yapısında eşgüdüm bağlamında bir iyileşme olmasına karşın, problemler yaratabilecek unsurların da olduğu çalışmayla belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yönetim, Yönetimin Fonksiyonları, Sağlık Yönetimi, Eşgüdüm

ABSTRACT

COORDINATION OF PROVINCIAL MANAGEMENT IN MINISTRY OF HEALTH: THE CASE OF MANİSA PROVINCE

This study, entitled “Coordination Of Provincial Management In Ministry Of Health: The Case Of Manisa Province” aims to evaluate the recent changes that happened in the Provincial Organisation of Ministry of Health, which started its organisational steps in 1920s, in the framework of coordination.

This study presents the management structure of Provincial Organisation of Ministry of Health, which was shaped according to the article number 694, dated 2017 and the directive number 51275, dated 2017. The tasks assigned to provincial health management have been associated with the principles of coordination. In the light of related tasks, semi-structured interview questions were prepared. People who have knowledge about the subject and who had previously worked as managers in the field of health and who continue to manage after the change were identified as samples and face-to-face interviews were held with them.

A Qualitative research was conducted, and the coordination of provincial activities were examined through thematic analysis. Although there has been an improvement in the context of coordination in the last administrative structure of the provincial health organization which has frequent changes, it has been determined that there are elements that can create problems.

Keywords: Management, Functions of Management, Healthcare Management, Coordination

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bana destek olan, bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren danışman hocam Doç. Dr. Fatih Demir'e; bilgi ve tecrübesi ile lisansüstü öğrenim hayatımın tüm zorlu aşamalarında yanımda olan, tecrübeleri ile beni aydınlatan ve desteğini hiç eksik etmeyen sevgili hocalarım Doç. Dr. Hakan Baydur'a, Doç. Dr. Gülten Uçan'a, Dr. Öğretim Üyesi Aynur Çetinkaya'ya ve ismini sayamadığım diğer hocalarıma; yüksek lisans eğitimim sırasında ve tez döneminde farklı şekillerde destek olan, yardımlarını hiç esirgemeyen arkadaşlarıma ve dostlarıma; öğrenim hayatım boyunca beni maddi ve manevi olarak destekleyen ve her zaman yanımda olan başta değerli eşim Arzu Akgün' olmak üzere, bu süreci bana unutulmaz kılan oğullarım Mehmet Ayaz ve Kutay Alp'e ve destekleri için tüm aileme yürekten teşekkür ederim.

İlyas AKGÜN
Manisa, 2019

İÇİNDEKİLER

TEZ SINAV TUTANAĞI.....	iii
TEZ VERİ GİRİŞ VE YAYIMLAMA İZİN FORMU	iv
YEMİN METNİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xiv
TABLolar DİZİNİ	xv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvi
EKLER LİSTESİ	xvii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

YÖNETİM, YÖNETİMİN FONKSİYONLARI, EŞGÜDÜM (KOORDİNASYON)

1. YÖNETİM KAVRAMI VE YÖNETİMİN FONKSİYONLARI	3
1.1. Yönetim.....	3
1.2. Yönetimin Fonksiyonları.....	4
1.2.1. Planlama.....	5
1.2.1.1. Planlamanın Yararları ve Özellikleri	5
1.2.1.2. Planlamanın Türleri	6
1.2.1.2.1. Sürelerine Göre Plan Türleri.....	6
1.2.1.2.2. Uygulama Biçimine (Tatbikine) Göre Plan Türleri	7
1.2.1.2.3. Biçim Yönünden Plan Türleri.....	7
1.2.1.2.4. Kullanımlarına Göre Plan Türleri	7
1.2.2. Örgütlenme.....	8
1.2.2.1. Örgütlemenin Yararları ve Özellikleri.....	8
1.2.2.2. Karar Alma Açısından Örgütlenme Şekilleri.....	9
1.2.2.3. Örgüt Türleri	10
1.2.2.4. Örgüt Şemaları.....	10
1.2.3. Yönetme (Yöneltme).....	12
1.2.4. Eşgüdüm (Koordinasyon)	13
1.2.4.1. Eşgüdümün Önemi ve Tanımı	14
1.2.4.2. Eşgüdüm ve Diğer Yönetim Fonksiyonları	16

1.2.4.3.	Eşgüdüm İlkeleri.....	18
1.2.4.3.1.	Follett İlkeleri	18
1.2.4.3.1.1.	Doğrudan İlişki İlkesi.....	19
1.2.4.3.1.2.	Süreklilik İlkesi	19
1.2.4.3.1.3.	Erkenlik İlkesi	19
1.2.4.3.1.4.	Etkileşim İlkesi.....	19
1.2.4.3.2.	Gulick İlkeleri	20
1.2.4.3.2.1.	Örgütlenme Yoluyla Eşgüdümleme	20
1.2.4.3.2.2.	Bir Fikrin Egemen Kılınmasıyla Eşgüdümleme	20
1.2.4.3.3.	Newman İlkeleri	21
1.2.4.3.3.1.	Teşkilat Yapısında Sadeleştirme	21
1.2.4.3.3.2.	Politika ve Programlarda Birlik Temini	21
1.2.4.3.3.3.	Haberleşme Kanallarının İyi Düzenlenmesi.....	21
1.2.4.3.3.4.	Gönüllü Koordinasyona Yardımcı Olma	22
1.2.4.3.3.5.	Kılavuzluk Etme Yoluyla Koordinasyon Sağlamak	22
1.2.4.4.	Eşgüdümleme Yöntemleri	22
1.2.4.5.	Eşgüdüm Çeşitleri.....	23
1.2.4.5.1.	Hiyerarşiye Dayanan Eşgüdüm	24
1.2.4.5.2.	İnandırıcı Eşgüdüm.....	24
1.2.4.5.3.	Komiteler Yoluyla Eşgüdüm	24
1.2.4.5.4.	Yapı ve Görevle İlgili Eşgüdüm	25
1.2.4.5.5.	İç ve Dış Eşgüdüm.....	25
1.2.4.5.6.	Yatay ve Dikey Eşgüdüm	25
1.2.4.5.7.	Merkezi Eşgüdüm.....	26
1.2.4.6.	Eşgüdüm Sağlama Araçları	26
1.2.4.6.1.	Haberleşme ve Bilgi Sistemleri	26
1.2.4.6.2.	Geçici / Sürekli Komiteler ve Kurullar.....	27
1.2.4.6.3.	Bütünleştirici / Aracı Yöneticiler.....	27
1.2.4.7.	Eşgüdümün Sağladığı Yararlar	27
1.2.4.8.	Eşgüdüm Sağlamada Karşılaşılan Sorunlar.....	28
1.2.5.	Denetim.....	28
1.2.5.1.	Denetleme Aşamaları.....	30
1.2.5.1.1.	Planlama Aşaması.....	30
1.2.5.1.2.	Çalışmanın Gözetimi ve Rapor Edilmesi.....	30
1.2.5.1.3.	Karşılaştırma ve Düzeltme Aşamaları	30

1.2.5.2. Denetimin Türleri	31
1.2.5.2.1. Yönetim İçi Yollarla Denetim (İdari Denetim)	31
1.2.5.2.1.1. Hiyerarşik Denetim	31
1.2.5.2.1.2. İdari Teftiş	31
1.2.5.2.2. Yönetim Dışı Yollarla Denetim	32
1.2.5.2.2.1. Politik Denetim.....	32
1.2.5.2.2.2. Yargı Denetimi	33
1.2.5.2.2.3. Kamu Denetçisi Denetimi (Ombudsman Denetimi)	33
1.2.5.2.2.4. Baskı Grupları ve Kamuoyu Denetimi	34
1.2.5.2.2.5. Uluslararası Denetim	34

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK YÖNETİMİ, TARİHSEL GELİŞİM

2. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ	36
2.1. Sağlık Kavramı	36
2.2. Hastalık Kavramı	36
2.3. Sağlık Hizmetleri Kavramı	37
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	38
2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	39
2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	40
2.4.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri	40
2.4.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri	40
2.4.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri	40
2.4.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	41
2.5. Özel Sağlık Hizmetleri	41
2.6. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	43
2.7. Sağlık Yönetimi	43
2.7.1. Sağlık Yönetimi Kavramı	44
2.7.2. Sağlık Yönetiminin Özellikleri	44
2.7.3. Sağlık Yönetiminin Tarihsel Gelişimi	45
2.7.3.1. 1920 Öncesi Sağlık Yönetimi	46
2.7.3.2. 1920-1923 Dönemi	46
2.7.3.3. 1923-1937 Dönemi	47
2.7.3.4. 1938-1960 Dönemi	48
2.7.3.5. 1960-1980 Dönemi	49
2.7.3.6. 1980-2002 Dönemi	50

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI İLE SAĞLIK ÖRGÜTÜNDE YAŞANAN DEĞİŞİM VE YENİ SAĞLIK YÖNETİMİ

3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLATI	53
3.1. 2002-2011 Dönemi	53
3.2. 2011-2016 Dönemi	55
3.3. 2016 Sonrası Dönem	58
3.4. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı	62
3.4.1. Merkez Teşkilatı Hizmet Birimleri	62
3.4.2. Bakan ve Bakan Yardımcıları	63
3.4.3. Bağlı Kuruluşlar	64
3.4.4. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı	65
3.4.4.1. İl Sağlık Müdürlüğü	67
3.4.4.1.1. Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı	74
3.4.4.1.2. Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı	75
3.4.4.1.3. Acil Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanlığı	76
3.4.4.1.4. Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığı	78
3.4.4.2. İlçe Sağlık Müdürlüğü	79
3.4.4.3. Kamu Hastaneleri	80
3.4.4.3.1. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü	82
3.4.4.3.2. İdari ve Mali Hizmetler Müdürlüğü	83
3.4.4.3.3. Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürlüğü	83
3.4.4.3.4. Hastanelerin Denetimi	84
3.4.4.4. Aile Hekimliği Birimi (AHB) / Aile Sağlığı Merkezi (ASM)	85
3.4.4.5. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve Bağlı Birimler	87

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ALAN ARAŞTIRMASI

4. MANİSA İLİ ÖRNEĞİNDE TAŞRA SAĞLIK YÖNETİMİNİN EŞGÜDÜM İLKELERİ AÇISINDAN ANALİZ VE DEĞERLENDİRİLMESİ	89
4.1. Yöntem	89
4.2. Örneklem	90
4.3. Araştırma Veri Toplama Aracı	91
4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	92
4.5. Veri Toplama Süreci	92

4.6. Verilerin Çözümlemesi.....	92
4.6.1. Doğrudan İlişki İlkesi.....	95
4.6.2. Süreklilik İlkesi	98
4.6.3. Etkileşim İlkesi	102
4.6.4. Erkenlik İlkesi	104
4.6.5. Politika ve Programlarda Birlik Temini İlkesi	106
4.6.6. Örgütlenme Yoluyla Eşgüdüm İlkesi.....	112
4.6.7. Teşkilat Yapısında Sadelik İlkesi.....	114
4.6.8. Haberleşme Kanallarının Düzenlenmesi İlkesi.....	116
4.6.9. Bir Fikrin Egemen Kılınmasıyla Eşgüdümleme ve Gönüllü Koordinasyona Yardımcı Olma İlkeleri	127
GENEL DEĞERLENDİRME.....	129
KAYNAKÇA.....	136
EKLER.....	142

KISALTMALAR

AHB	: Aile Hekimliği Birimi
ASKOM	: Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BBYKP	: Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı
ÇEKÜS	: Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESHKM	: Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi
HSGM	: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KHGM	: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KÖİ	: Kamu Özel İşbirliği
KÖO	: Kamu Özel Ortaklığı
LÖSEV	: Lösemili Çocuklar Vakfı
OHAL	: Olağanüstü Hal
SBSGM	: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHM	: Sağlıklı Hayat Merkezi
SHGM	: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SB	: Sağlık Bakanlığı
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TİTCK	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TKHB	: Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
UMKE	: Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri
YKY	: Yeni Kamu Yönetimi
YHGM	: Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. 2011 Yılı 663 Sayılı KHK Sonrası Taşra Sağlık Yönetimi	66
Tablo 2. Başkan ve Başkan Yardımcılarının İllere ve Hizmet Alanlarına Göre Dağılımı	70
Tablo 3. İ6 Grubu İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması.....	73
Tablo 4. Örneklem Grubunun Sosyodemografik Özellikleri Tablosu	91
Tablo 5. Taşra Sağlık Yönetiminin Eşgüdüm İlkeleriyle İlişkilendirilmiş Görevleri	93



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Şeması	11
Şekil 2. Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması.....	11
Şekil 3. Dr. Refik Saydam Dönemi Sağlık Örgütü	48
Şekil 4. 181 ve 663 sayılı KHK Dönemleri Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat	56
Şekil 5. 663 ve OHAL Dönemi Sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı ..	61
Şekil 6. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı	63
Şekil 7. Taşrada Görev Yapacak Azami Yönetici Sayıları	68
Şekil 8. Birim Dağılım Cetveli.....	72
Şekil 9. Sözleşmeli Başhekim, Başhekim Yardımcısı, Hastane Müdürü, Müdür Yardımcı ve Standartları Cetveli (Ek-5)	82
Şekil 10. Eşgüdüm İlkeleri.....	95
Şekil 11. Manisa Evde Sağlık Hizmetleri Tanıtım Broşürü.....	120

EKLER LİSTESİ

Ek 1: Görüşme Soruları

Ek 2: Etik Kurul Onayı



GİRİŞ

Kamu ve özel sektör ayrımı yapmaksızın tüm örgütler giderek büyümekte, hizmet sağladıkları kitle genişlemektedir. Bunun sonucu olarak yürütülen faaliyetler de çeşitlenmekte, işleyiş ve düzen daha karmaşık hale gelmektedir. Tam da bu noktada iş bölümü ihtiyacı ortaya çıkarken farklı birimlerce yürütülen faaliyetlerin birleştirilmesi ve koordine edilmesi de hayati bir önem kazanmaktadır. Eşgüdüm (koordinasyon) konusu bu sebeple kamu ve özel sektör kuruluşları için vazgeçilmez bir unsur haline gelmektedir.

Özellikle Türkiye’de sık yaşanan yasal düzenlemeler nedeniyle kamu kurumlarının örgüt yapıları değişime uğramaktadır. Kurumlar örgüt yapılarında oluşan bu yeni durumla farklı görevler üstlenmektedirler. Yeni görevler, yeni sorumluluklar, değişen organizasyon yapısı, değişen yöneticiler ve iş birliği anlamına gelmektedir. Yönetim sürecinin her aşamasında yer alan eşgüdümleme gereksinimi de yaşanan değişimle daha elzem hale gelmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı da Cumhuriyetin ilanından günümüze kadar birçok yasal düzenleme ile görev ve sorumlukları değişime uğramıştır. Bakanlık için son yıllarda milat sayılabilecek tarihler 2003, 2011 ve 2017’dir. Sağlık Bakanlığı, Dünya Bankasının Türk sağlık sistemi için önerdiği ve 58. Hükümetin Acil Eylem Planıyla 2003 yılında hayata geçirmeye başladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında bir değişim dönüşüm süreci yaşamıştır. Program kapsamında özellikle 2011 yılında yayımlanan 663 sayılı KHK ile yeni kurumlar oluşturulmuş, bu kurumlara yeni görevler yüklenmiştir. Bu değişim özellikle taşra sağlık örgütünü etkilemiş ve üçlü bir yapı meydana getirmiştir.

Tezin araştırma konusu önerisinin verildiği Haziran 2017 tarihindeki amacı, 2011 yılı ve 663 sayılı KHK ile oluşturulan ve yeni bir kurum olan Kamu Hastane Birliklerinin taşra düzeyinde görevlerini ve hastaneler arası eşgüdümü nasıl sağladığının araştırılması olarak belirlenmişti. Ancak 15.08.2017 tarih ve 694 sayılı “Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” yayımlanmış, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra örgüt yapısında yönetsel anlamda bütünlük sağlanmak amacıyla düzenlemeye gidilmiştir. 2011 yılı ve 663 sayılı KHK ile oluşturulan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve bu kurumların taşra örgütleri kaldırılmıştır. Bu

değişiklikler sağlık örgütünün işleyişi, birimleri, yönetici sayıları ile statü, görev, yetki ve sorumluluk alanlarında da yenilikler getirmiştir.

Araştırma ile yaşanan değişiklikler sonucu oluşan Sağlık Bakanlığı taşra örgütünün yönetim yapısı, kadro standartları, görev ve sorumluluk alanlarının son durumu ortaya konuşmaya çalışılmış; özellikle 694 sayılı düzenleme sonrası taşra sağlık yönetiminin işleyişi ve önceki yönetim yapısıyla olan farklarının eşgüdüm açısından durumunun saptanması hedeflenmiştir.

Bu çalışmada cevap verilmek istenen temel soru, yaşanan değişim ile taşra sağlık yönetimi ve teşkilatının eşgüdüm anlamında nasıl etkilendiğinin anlaşılmasına çalışılmasıdır. Bunun için taşra sağlık örgütü yönetim kadrosuyla ve sağlık çalışan temsilcileriyle görüşülerek değişim öncesi, esnası ve değişim sonrasında Sağlık Bakanlığı taşra örgütünün eşgüdüm açısından nasıl etkilendiği tespit edilmek istenmiştir.

Çalışma dört ana bölüm ve bu bölümlerin ilgili alt başlıklarından oluşmaktadır. Birinci bölümde yönetim kavramı, Henry Fayol tarafından geliştirilen yönetim fonksiyonları ile eşgüdüm fonksiyonuna ait özellikler detaylı bir şekilde tanımlanmıştır. İkinci bölümde sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık yönetimi kavramları tanımlanmış, sağlık örgütünün temel yapısı tarihsel bir süreç içerisinde kronolojik olarak incelenmiştir. Üçüncü bölümde Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası yaşanan süreç detaylıca incelenmiş, değişimin geçmiş ve mevcut bağlantısı irdelenerek özellikle taşra sağlık örgütünün son yapısı yasal düzenlemeler ışığında ortaya konulmaya çalışılmıştır. Dördüncü bölümde ise derinlemesine yapılan görüşmeler yoluyla elde edilen veriler yönetim ve eşgüdüm ilkelerinin işleyişi açısından ele alınmış ve örneklendirilmiştir. Son olarak elde edilen bulgular ışığında literatür yorumlanmış ve öneriler getirilmiştir.

Manisa sağlık örgütlenmesi hakkında genel bir bilgi vermek gerekirse 2019 yılı itibariyle Manisa İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 12 İlçe Sağlık Müdürlüğü, 15 Devlet Hastanesi, 451 Aile Hekimliği Birimi, 5 Ağız Diş Sağlığı Merkezi (141 Ünit), 52 (112) Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ve 106 Ambulans bulunurken; bu hizmetleri yerine getiren 1.561 hekim (tabip, uzman tabip, diş tabibi) 4.524 hekim dışı sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyeni, eczacı, fizyoterapist, vb.) taşra örgütünde görev yapmaktadır. Yine 2019 yılı itibariyle Manisa İl Sağlık Müdürlüğü denetim ve eşgüdümünde 1 Üniversite Hastanesi, 9 Özel Hastane ve 11 Tıp Merkezide bulunmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

YÖNETİM, YÖNETİMİN FONKSİYONLARI, EŞGÜDÜM (KOORDİNASYON)

İnsanların birlikte çalışma gereksiniminin bir sonucu olarak ortaya çıkan yönetim kavramı birçok yazar tarafından tanımlanmış, Fransız yönetim bilimci Henry Fayol tarafından ise işlevlerine ayrılarak kamu ve özel sektör kuruluşları için yol gösterici bir yönetim anlayışını ortaya koymuştur. Fayol'un geliştirmiş olduğu eşgüdüm fonksiyonunu, tüm yönetim süreçlerinin bir evresi olarak gören William H. Newman, eşgüdüm ilkelerini belirleyerek açıklamıştır. Yine eşgüdüm konusunda çalışma yapan Mary Parker Follett ve Luther Gulick gibi yönetimi bilimcilerin belirlemiş olduğu ilkeler öne çıkmaktadır.

1. YÖNETİM KAVRAMI VE YÖNETİMİN FONKSİYONLARI

1.1.Yönetim

Yönetim konusunda birçok yazar ve düşünür birbirine yakın ama farklı tanımlar geliştirmiştir.

İnsanların birlikte çalışma gereksiniminden doğan yönetim, klasik “yönetim” kitaplarında, bir grubun belirli amaçları gerçekleştirmek için iş birliği içinde yürüttüğü faaliyetler olarak tanımlanmaktadır.

Bir başka tanıma göre, *“Başkaları üzerinde otorite kurma, başkalarına iş yaptırma veya bir grup içinde yer alan kişilerin davranışlarını etkileyerek, onların ortak bir amaç doğrultusunda istenilen sonuçları elde edebilecek biçimde yönlendirilmesi süreci, bir yönetim faaliyeti olarak değerlendirilir”* (Ergun, 2004, s. 3-4).

“Yönetim, en küçüğünden (aile, işletme gibi) en büyüğüne (devlet, uluslararası örgütler gibi) kadar tüm örgütlerde geçerli ve gerekli bir işlevdir. Yönetim, örgütlerin amaçlarına etkin ve verimli ulaşabilmeleri bakımından zorunlu bir işlevdir” (Eryılmaz, 2016, s. 4).

Yönetim bir örnek üzerinden açıklanacak olursa tek kişinin bir başına kaldıramayacağı büyükçe bir kayayı hareket ettirmek için birden fazla kişinin iş birliği yapması halidir. Örnekten de anlaşılacağı üzere burada yönetimin temel öğeleri ortaya

çıkılmaktadır. İlk öge “*insan-grup*”, ikincisi “*etkileme ve iş birliği eylemi*” ve son öge “*amaç*” veya amaçlardır. Yönetimin birinci unsuru insan ve grup ögeleridir. Kaya örneğine dönecek olursak duran bir kaya parçası bu haliyle herhangi bir yönetim unsuru ile ilişkilendirilemez. Yönetim olgusunun olabilmesi için insan unsurunun dâhil edilmesi, birden fazla kişinin bir araya gelmesi, yani grup ögesinin bulunması gerekmektedir. Yönetimin ikinci unsuru ise etkileme ve iş birliği eylemidir. Kişilerin (grubun) kayayı hareket ettirmek için aynı anda iş birliği içinde hareket etmesi gerekir. Son unsur ise amaçtır. Bir grubun kayayı sadece seyretmesi yönetim unsurunu ortaya çıkarmaz, onu belirli bir noktaya doğru hareket ettirmek gibi bir amaçlarının olması gerekir (Berkley ve Rouse(2004)’dan akt. Eryılmaz 2016, s. 3).

1.2.Yönetimin Fonksiyonları

Bir kişi veya bir grup tarafından yapılan, sonuca yönelik işler ve görevler olarak tarif edilebilen yönetimin fonksiyonları için ilk çalışmanın Fransız Henri Fayol tarafından yapıldığı görülmektedir. 1916 yılında yazdığı Sınaî ve Genel Yönetim (*Industrial and General Management*) kitabıyla yönetimin fonksiyonları ve prensipleri olduğunu belirtmiştir. Fayol bu kitapta bir işletmede başlıca altı çeşit faaliyet bulunmakta olduğunu ifade eder. Bunlar (Fayol, 2016, s. 27-32):

- “1. *Teknik Faaliyetler (üretim faaliyetleri)*
2. *Finansal Faaliyetler (para bulma ve değerlendirme)*
3. *Ticari Faaliyetler (alım, satım ve değişim)*
4. *Muhasebe Faaliyetleri (mali kayıtların ve istatistiklerin tutulması)*
5. *Güvenlik Faaliyetleri (çalışan ve donanım güvenliği)*
6. *Yönetim Faaliyetleridir.”*

Fayol bunlardan yönetim faaliyetlerini incelemiş ve yönetimin temel olarak beş ana süreçten oluştuğunu belirtmiştir. Günümüzde de geçerliliği devam eden bu ayrıma göre söz konusu süreçler: planlama (ileriye görme), örgütlenme, yönetme (emir-komuta), koordinasyon (eşgüdüm) ve denetimdir. Yönetim sürecini sistematik bir şekilde inceleyen Fayol, kamu ve özel yönetimlere yol gösteren bir yönetim anlayışını ortaya koymuştur. Onun düşüncesini özgün kılan temel faktör, yönetim gerçeğini fonksiyonlarına ayırarak incelemesi olmuştur. Oluşturmuş olduğu yönetim sistemine yönelik tespitleri, kamu yönetimi özel yönetim ayrımı gözetmeksizin bütün örgütlerde geçerli sayılabilecek özellikler taşımaktadır (Köksel & Öztürk, 2011).

1.2.1. Planlama

Fayol'un yönetim fonksiyonlarından birincisi ileriye görme, geleceği tahmin etme yani 'planlama'dır. Fayol yönetim kelimesinin gerçekte ileriye görme anlamına geldiğini ve bu yüzden planlamanın yönetimde çok önemli bir yeri olduğunu belirtmiştir. Tortop ve diğerlerinin tanımına göre planlama, *"ileriye önceden görmek, belirli bir hareketi yürütme sırasında değil, önceden kararlaştırmaktır"* (Tortop vd. 2016, s. 37). Polatoğlu ve Ergun (1992: 221)'a göre planlama *"ne yapılacağına önceden karar verilmesidir."* Sezen (1999: 9) ise planlamayı *"içeriği, kuşatımı, amacı ve araçları ne olursa olsun, verilmiş bir ortamda önceden belirlenmiş amaç ya da amaçlara, yine önceden belirlenmiş sürede, belli araçlarla ulaşma eylemi"* olarak tanımlamaktadır. Podol (1962:111)'un planlamaya bakışı ise *"ne yapılması gerektiğini, nasıl yapılacağını, ne zaman harekete geçileceğini ve bu sorumluluğun kimin üzerinde olacağını belirtmek ve saptamaktır."*

Fayol, plan yapılırken yönetimdeki her kademenin bu sürece dâhil edilmesini önermiştir. Bu sayede işletmenin bütün kaynaklarının plana dâhil edilmesinin ve alt yönetimde bulunan elemanların plana daha fazla bağlılık duymasının sağlanacağını belirtmiştir (Fayol, 2016, s. 78-93). Planlama faaliyetlerinin yeterli olması için Fayol, planlar arasında birlik, planların devamlılığı, planların esnekliği ve planların doğruluğu koşullarının yerine getirilmesi gerektiğini belirtmiş, planların gerektikçe yeniden yapılmasının üzerinde durmuştur. Planlama, yönetim sürecinin ilk aşamasını oluşturan en önemli yönetim fonksiyonudur. Diğer yönetim fonksiyonlarının başarısı her şeyden önce iyi bir planlamaya bağlıdır. Organizasyonların büyüdükçe daha karmaşık bir yapıya bürünmesi, daimî değişen pazar yapısı, yoğun rekabet ortamı sürekli değişen ekonomik koşullar ve gelişen teknoloji günümüzde planlama fonksiyonunun önemini arttırmaktadır (Fayol, 2016, s. 79-80).

Planlama için bütün tanımların üzerinde odaklandığı nokta 'işe başlamadan önceki tasarım süreci' olduğu görülmektedir.

1.2.1.1. Planlamanın Yararları ve Özellikleri

Akla ve mantığa uygun bir planlamanın, yönetimin ve yöneticilerin işinin kolaylaştırmak gibi yararları bulunmaktadır. Planlama ile amaçlar önceden saptanır ve

bu amaçlara hangi yoldan gidileceği belirlenir. Bu sayede belirlenen sürelerde çalışmalar gerçekleştirilir, izlenir ve eşgüdümlü bir şekilde çalışmalar sonlandırılır.

Personel, para, malzeme ve iş gücünün en etkili ve ekonomik biçimde kullanılması da planlamanın diğer yararlarındandır (Tosun, 1992, s. 2012-2014).

Planlama işyerlerindeki düzenin kişilere bağlı olmasını engeller, memur veya çalışan değişikliklerinde işyeri zarar görmez ve yeni gelen memurların işe adaptasyonu kolaylaşır.

Planlamanın en temel özelliği geleceğin tahmin edilmesidir. Gelecek ise meçhuldür. Geleceğin planlaması için bilgiler toplanır, toplanan bilgiler ışığında en akılcı biçimde hareket etmek gerekir.

Planlamanın bir diğer özelliği de değişken olmasıdır. Katı, sert bir planlama olağanüstü durumlarda çaresiz kalınmasına sebep olabilir. Planlamanın insan unsuru ile yürütüldüğü düşünüldüğünde, -özellikle uzun süreli planların- değişken olmasının önemi artmaktadır (Tortop vd. 2016).

1.2.1.2. Planlamanın Türleri

Planlama, istenilen amaçlara ulaşmak için geleceğe yönelik sistemli eylem programları tasarlamaktır. Gerçekleşmesi istenilen hedef/amaçların niteliğine göre 'planlama' genel teriminin önüne getirilecek sığa bağlı olarak farklı planlama türleri oluşmaktadır. Bu bağlamda tarihsel gelişimleri, teknikleri ve ilgi alanları birbirinden farklı çok sayıda planlama türlerinden söz edilebilir (Ersoy, 2016, s. 13).

1.2.1.2.1. Sürelerine Göre Plan Türleri

Kesin bir süre vermek imkânsız olmakla beraber planlar sürelerine göre kısa-orta ve uzun süreli olarak sınıflandırılmaktadır. Genellikle bir yıldan az süreli planlar kısa, beş yıla kadar olanlar orta ve beş yıldan fazla olan planlar ise uzun süreli planlar sınıfına girmektedir (Tortop vd. 2016, s. 42):

Uzun Süreli Planlar: Beş, on yıllık tahminlerde bulunmak ve bu doğrultuda planlama yapmak oldukça güçtür, bu nedenle uzun süreli planlar denildiğinde, örgütlerin izlenecek genel politikalarının ve stratejilerinin belirlenmesi olduğu anlaşılmaktadır.

Orta Süreli Planlar: Uzun süreli planların stratejik hedefleri ışığında hazırlanan genellikle bir yıllık ve hazırlanması daha basit planlardır.

Kısa Süreli Planlar: Uzun süreli planların öngördüğü hedef/amaçlara uygun olarak bir yıldan daha az bir süreyi kapsayan planlardır. Uzun süreli planların aksaklık ve eksikliklerini gidermesi açısından ‘olağanüstü planlar’ olarak da nitelendirilmektedir.

1.2.1.2.2. Uygulama Biçimine (Tatbikine) Göre Plan Türleri

Bu sınıfa demokratik ve zorlayıcı planlar girmektedir. Buradaki temel ölçüt planların hazırlanması esnasında demokratik usullerin kullanılıp kullanılmadığıdır. Halkın, temsilcilerinin veya demokratik kurumların planlara katkısının olmadığı, otoriter yönetimlerin tek yönlü olarak uyguladığı planlar zorlayıcı planlardır (Tortop vd. 2016, s. 42).

1.2.1.2.3. Biçim Yönünden Plan Türleri

Plan kavramı genellikle yazılı olan planları çağrıştırır ancak bazı planlar yazılı değildir. İşlerin nasıl yürütüleceği sözlü bir şekilde de planlanabilir. Günlük çalışma hayatımızda her işimizi yazılı olarak planlamayız, zihnimizde işleri hangi sırayla yapacağımızı tasarladığımız planlar da yazısız planlara örnek verilebilir. Aylık üretim kapasitesi belirli olan bir firma yöneticisinin bu üretimi iki katına çıkarmak istemesi yazılı olmayan bir planlamadır (Newman, 1970)

1.2.1.2.4. Kullanımlarına Göre Plan Türleri

Yönetim bilimciler, kullanımlarına göre plan türlerini genellikle ikiye ayırarak “bir kez kullanılan planlar” ve “sürekli kullanılan planlar” olarak ifade eder. Bu tür planlara örnek olarak özel veya kamu kaynaklı bir hastane inşaatını verebiliriz. İnşaatın başlangıcından teslim edilmesine kadar olan plan bir kez kullanılan bir plandır ve teslim edilen hastane ile birlikte bu plan sona erer. Sona eren plan bir kez kullanılmış ve arşivlenmiştir. Hastanenin 1.yıl için 1000 hastaya, 2. yıl için 2000 hastaya, 3. yıl için 3000 hastaya hizmet vermeyi planlaması ise sürekli planlardır (Öztekin, 2010).

1.2.2. Örgütlenme

İbn Haldun “*insan toplumsal bir varlıktır*” (1999: 544) der. Bu sebepten insanoğlu toplum halinde yaşar, toplum halinde yaşamının bir sonucu olarak her işini kendisi yapamaz; başkalarının yardımına gereksinim duyar. Tüm ihtiyaçlarını kendisi üretemez, başkalarının ürettiklerine ihtiyaç duyar. İhtiyaçtan doğan iş bölümü ile insanoğlu aslında farkında olmadan bir örgütlenme meydana getirir.

Fayol (2016, s. 93), bir işletmenin organizasyonunu yapmak, onun işlemesi için işçi, memur, sermaye, malzeme ve teçhizat gibi gerekli tüm unsurlarla donatılmasını örgütlenme olarak tanımlar.

Tortop vd. (2016) ise planlamanın verimli ve ekonomik biçimde uygulanması için gerekli tüm koşulları sağlama ve devam ettirme yolundaki çabaları örgütlenme olarak tanımlamaktadırlar.

Aydın (2001, s. 61), örgütlenmeyi daha kapsamlı ele alarak bir kuruluşun amaçlarını gerçekleştirebilmesi için gerekli olan yer, araç-gereç ve personelin sağlanması; bunların belli bir sistem dâhilinde bir araya getirilmesi ve kişiler ile birimler arasında görev ve yetki dağılımının yapılması şeklinde tanımlar.

Örgütlenme, kendi başına bir amaç değil, daha çok kamusal hedeflerin gerçekleştirilmesi için bir araçtır. Kamu kurumları özelinden bakıldığında ise örgütlenmenin iki temel amacı vardır. Birinci amaç, devletin üstlendiği görevlerin ve fonksiyonların kurumlar arasında tekrara düşmeden etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesini sağlamaktır. Örgütlenmenin ikinci amacı ise, yönetim birimlerinin, yetki ve görevlerinin yani sınırlarının belirlenmesi, yargısal ve siyasi yönden denetlenmesini sağlamaktır (Eryılmaz, 2016).

1.2.2.1. Örgütlenmenin Yararları ve Özellikleri

İyi tanımlanmış bir örgütlenmenin bir kuruluştaki tüm çalışanların görev ve sorumluluklarının belirlenmesi, kimden emir alacaklarının saptanması ve sonucunda her işin bir sorumlusunun olması gibi yararları bulunmaktadır.

Planlanan amaçlara ulaşabilmek için gerekli olan maddi (para, malzeme ve makine) ve manevi (yeterli insan gücü) kaynaklar sağlandığında ancak iyi bir örgütlenmeden bahsedilebilir (Newman, 1970, s. 229-235).

Örgütlerin amaçları değişmeyen (statik) yönleridir. Sosyal, siyasal, ekonomik, teknolojik gelişmeler ise örgütlerde sürekli takip edilmesi gereken değişen (dinamik) yönleridir. Örneğin bir üniversitenin en temel amacı, bilim üretmektir. Bu statiktir ve hiçbir zaman değişmez. Yeni teknolojileri takip etmek, öğrenmek, bunları geliştirmek ise dinamik yönüdür. Bu yönüyle iyi bir örgütlenme değişime ve yeni gelişmelere açık olmalıdır.

Örgütler, emirlerin akım yönü ve karar alınış biçimi göz önüne alınarak dikey, görevsel, kurmay, komite tipi örgütler olarak gruplandırılabilir (Tortop vd. 2016). Bir örgüt için bu gruplandırmalardan herhangi birisine göre örgütlenmesi, yararlı veya sakıncalı şeklinde değerlendirmede bulunmak imkânsızdır. Örgütün yeri ve içinde bulunduğu koşullara göre en uygun örgütlenme biçiminden yararlanılabilir.

1.2.2.2.Karar Alma Açısından Örgütlenme Şekilleri

Karar alma ve karar verme açısından örgütler, merkezden yönetim (merkezi) ve yerinden yönetim (âdem-i merkezi) ilkesine göre iki farklı sistemde örgütlenmektedir.

Dar anlamda merkezi yönetim, karar verme yetkisinin yönetimin en tepesinde veya tepeye yakın olanlarda toplanması, yerinden yönetim ise karar verme yetkisinin örgütün en alt kademelerine (birimlerine) yayılmasıdır.

Geniş anlamda ise konuya devlet örgütü açısından bakılır ve karar verme yetkisinin merkezde (başkentte) olup olmaması önemlidir. Siyasi ve idari yetkilerin merkezi otoritelerin elinde olması durumuna merkezi yönetim denir. Karar verme merkezi, hükümetin doğrudan emir ve komutası altındaki organlarda ise buna merkezden yönetim; karar verme merkezi, hükümetin dışındaki yerel yönetimlerde ise buna yerinden yönetim denmektedir. Eğer kararlar bakanlıkların taşra teşkilatlarında veriliyorsa buna da yetki genişliği adı verilmektedir. Bölgesel ve yerel nitelikteki hizmetler eğer o bölgedeki yerleşim birimlerindeki özerk birimlerce yürütülüyorsa buna yerinden yönetim denmektedir. Yerinden yönetim ilkesi mahalli idareler, özerk kurumlar ve federe birimlerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Eryılmaz, 2016).

Her ülke kendi tarihi, siyasi, sosyal ve ekonomik durumuna göre bu sistemlerden birisi ağırlıklı olmak üzere her ikisini birden uygulamaktadır. Türkiye’de de devletin örgütlenmesinde merkezden yönetim ve yerinden yönetim olmak üzere iki

sistem uygulanmakta ancak merkeziyetçilik çok güçlü bir şekilde öne çıkmaktadır (Göksu, 2012).

1.2.2.3.Örgüt Türleri

Bir örgütlenme içerisinde karar alınış ve emir yönü gibi özellikler dikkate alınarak örgütlenmenin, dikey, görevsel, kurmay veya komite tipi örgütlenme olup olmadığı anlaşılabilmektedir. Bu örgüt tipleri dışında özellikle yönetim kademesini ilgilendiren biçimsel ve biçimsel olmayan örgüt tipleri konumuz açısından öne çıkmaktadır (Tortop vd. 2016, s. 58-62).

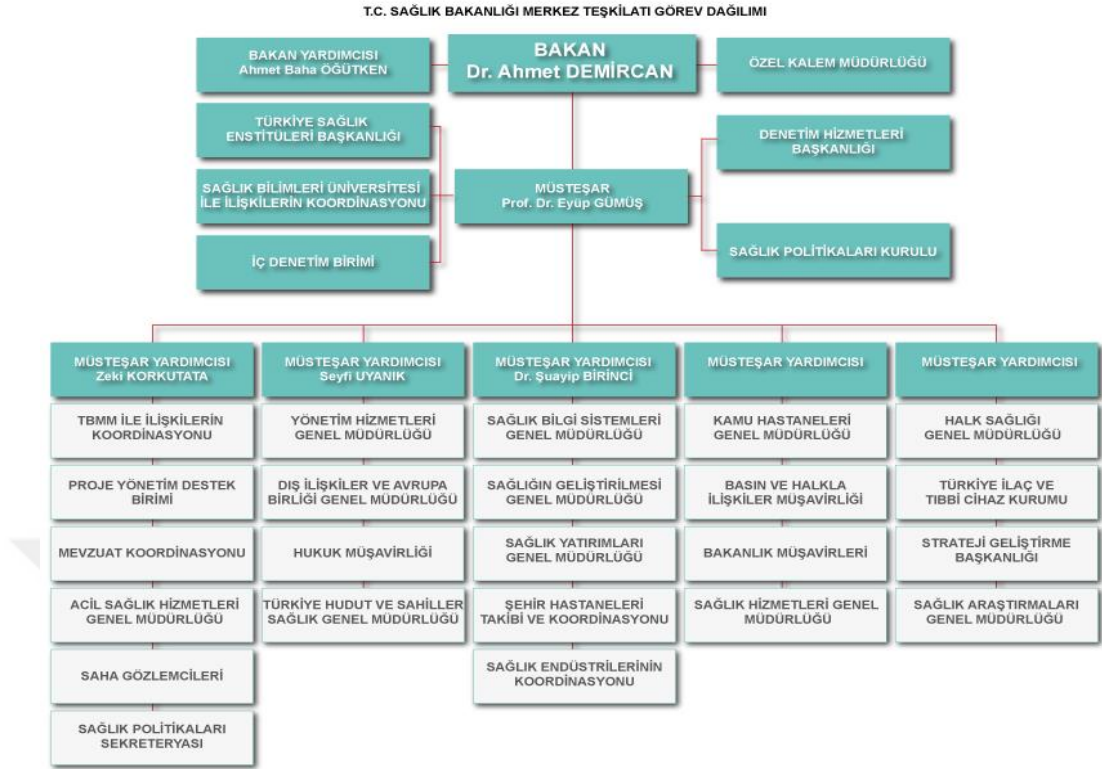
Yöneticiler ve çalışanlar arasında yasal ilişkinin belirlendiği, emir-komuta sürecinin tanımlandığı, herkesin görevleri ne yapacağı konusunda bilgi sahibi olduğu örgütler biçimsel; var olan yapı dışında hiçbir resmi niteliği olmayan, yöneticilerin ve çalışanların bir grup halinde hareket etmesi ise biçimsel olmayan örgütlenme olarak ifade edilmektedir (Tosun, 1992, s. 231).

1.2.2.4.Örgüt Şemaları

Örgütün yapısını, örgüt birimlerinin görev alanlarını ve örgüt çalışanları ve pozisyonlarını gösteren grafik ve şekillere örgüt şemaları denmektedir.

Yapısal, görevsel ve örgütün kadro şeması olmak üzere üç şemadan bahsedilebilir. Şemalar, aşağıdaki Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra örgütlerine ait görevsel örgüt şekillerinde de görüleceği üzere örgüt yapısının kolay anlaşılmasını sağlar (Tortop vd. 2016).

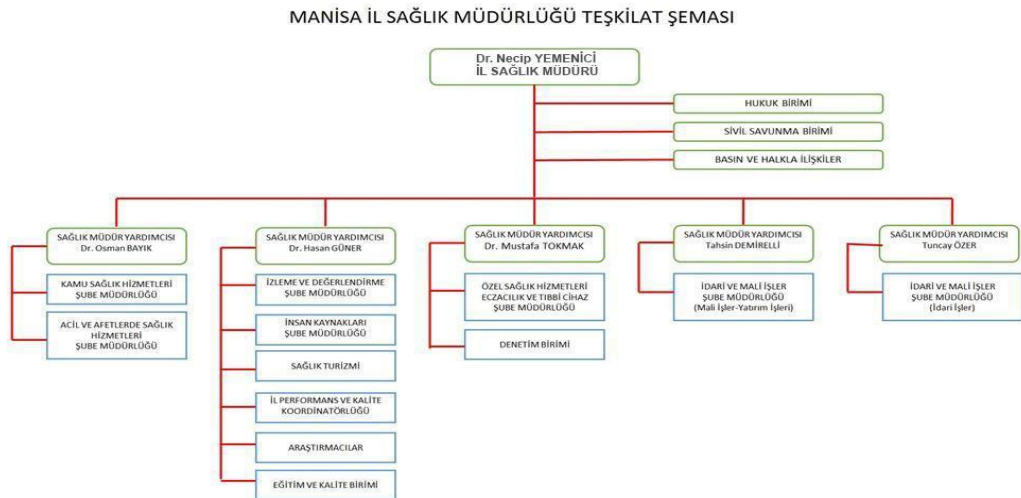
Şekil 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Şeması



Kaynak: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>, 2017

(Erişim Tarihi:01.06.2017)

Şekil 2. Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması



Kaynak: <http://www.manisa.saglik.gov.tr/TR,20979/organizasyon-semasi.html>,

(Erişim Tarihi:01.06.2017)

1.2.3. Yönetme (Yönelme)

Yönetme; emretme, kumanda etme, karar verme, yönlendirme, sevk ve idare etme anlamlarına gelmektedir. ‘İnsanlar nasıl ve ne zaman çalıştırılırlar?’ sorunu aslında güç bir sorundur. Bu sorunla baş etmek için kullanılan tüm yöntemler yönetmenin usulleridir. Yönetme, “eldeki kaynakları en akılcı ve etkin şekilde kullanarak, bir örgütü en kısa ve kestirme yoldan belli amaçlara yöneltebilme güç ve çabası” (Fişek, 2005) şeklinde de tanımlanabilir.

Tortop vd. (2007:100-106) yönetmenin beş unsuru olduğunu belirtir:

- ❖ Karar verme (Yönetici tarafından bir amaç belirlenmesi karar vermeyi gerektirir)
- ❖ Haber verme (Belirlenen amaç için verilen kararın astlara bildirilmesi)
- ❖ Örgütlenme (Çalışanları kararı uygulayacak kıvama getirme)
- ❖ Harekete geçirme (Çalışanları canlı tutma)
- ❖ Yükseltme (Harekete geçen personeli değerlendirip sürekli güdüleme ile en iyi verimi elde etme).

Yönetme, kişilikten (karizmadan), makamdan ya da hiyerarşiden kaynaklanan çalışanlara işi yaptırabilme gücüne, otorite denen meşru yetkiye dayanır. Otorite ise çalışanları harekete geçirebilme yeteneğidir.

Yönetme kavramı, emir-kumanda etme ve bir otoriteyi ifade etmesi sebebiyle yöneticinin özellikleri ön plana çıkmaktadır.

Tortop (1999:271-272) bir yöneticide bulunması gereken bazı özellikleri şu şekilde sıralamaktadır:

- ❖ Yönetimin fonksiyonları (sevk ve idare unsurları) olarak adlandırılan temel fonksiyonları yerine getirmelidir,
- ❖ Personelini dinlemeli,
- ❖ Düşüncelerini personeline açıklamalı,
- ❖ İşyeri ile ilişkilerini kesmemeli,
- ❖ Personele girişimcilik ruhu aşılmalı,
- ❖ Yetki devrinde cömert olmalı,
- ❖ İyi eleman yetiştirmeli,
- ❖ Herkesi yeteneğine uygun işlerde çalıştırmalıdır.

Yönetici, astlarından yalnızca iş bekleyen kişi değil, gerektiğinde astlarının ve çalışanlarının sorunlarına çözüm yolları arayan kişidir. Çalışanlar bir kurumda yönetimin en önemli yardımcılarıdır. Yöneticinin çalışanlarını maddi ve manevi anlamda koruması yöneticinin koruma görevidir.

Yönetmede amaç, bir grup ile birlikte çalışarak sonuca ulaşmaktır. Sonuca ne kadar ulaşıldığı ise yöneticinin denetleme görevi ile ortaya çıkar. Yönetici gerekli olduğu kadar denetleme yapar ve denetlemenin sonucu olumlu veya olumsuz olur. Olumsuz sonuçlarda yürütülen faaliyetlerde kastı ve kusuru bulunanlara ceza vermesi, olumlu durumlarda ise personelini sürekli güdülemesi yöneticinin yönetme fonksiyonu görevleri arasındadır.

1.2.4. Eşgüdüm (Koordinasyon)

Kürek yarışlarında takımı oluşturan sporcuların her birinin çektiği kürekler aynı anda suya dalar ve aynı anda sudan çıkar. Aralarında uyum ve ritmi daha iyi sağlayan takımlar yarış kazanmaktadır. Bireysel olarak sporcuların çabası ancak birlikte uyumlaştığında bir başarı söz konusudur. Örnekte olduğu gibi örgütlerde de birlikte çalışma uyum ve ritmini yani eşgüdümü sağlayan örgütler kurumsal olarak başarılı olmaktadır (Güven, 1984).

Kamu ve özel sektör ayrımı yapmaksızın tüm örgütler giderek büyümekte ve hizmet sağladıkları kitle genişlemektedir. Bunun sonucu olarak yürütülen faaliyetler de çeşitlenmekte, işleyiş ve düzen daha karmaşık hale gelmektedir. İşte bu noktada iş bölümü ortaya çıkmakta, farklı birimlerce yürütülen faaliyetlerin birleştirilmesi koordine edilmesi de hayati bir önem kazanmaktadır.

Eşgüdüm fonksiyonu sadece örgüt içi değil diğer örgüt ve kuruluşlarla da ilgilidir. Kamu hizmetlerinin çeşitliliği, örgütlerin büyümesi, kamu ve özel sektör iş birliğinin artması gibi etmenler eşgüdümün önem kazanmasına neden olmaktadır.

Konumuz açısından bakılınca, sağlık yönetimleri de sık yaşanan yasal düzenlemeler nedeniyle örgüt yapıları değişime uğrarken, oluşan yeni durumla farklı görevler üstlenmektedirler. Eşgüdüm konusu bu sebeple kamu ve özel sektör kuruluşları için vazgeçilmez bir unsur haline gelmektedir.

Konumuzun bu bölümünde araştırmanın anahtar kelimelerinden biri olan eşgüdümün kamu veya özel sektör için önemi, gerekliliği, ilkeleri, çeşitleri ve sağladığı yararlar ortaya konmaya çalışılacaktır.

1.2.4.1.Eşgüdümün Önemi ve Tanımı

Eşgüdümü günlük hayatımızda hepimizin karşılaştığı bir konu ile örneklendirirsek önemi ve gerekliliği iyi vurgulanmış olacaktır. İkamet ettiğimiz şehirde yol kapalıdır, ses, gürültü... Dikkatlice baktığımızda bir tabela dikkatimizi çeker:Belediyesi kanalizasyon çalışması, verdiğimiz rahatsızlıktan dolayı özür dileriz. Anlaşılan o ki belediye şehrin altyapısı ile ilgili bir çalışma yapmaktadır. İş tamamlanır, yollar yapılır ve kapatılır. Bir süre geçtikten sonra aynı yerde bir kazı daha:Belediyesi su şebekesi çalışması, verdiğimiz rahatsızlıktan dolayı özür dileriz. Üç ay sonra aynı yerde yine bir kazı yine bir tabela:İnternet fiber kablo çalışması, altı ay sonra bir kazı daha:Elektrik kablo döşeme çalışması... Özellikle kamuya (vatandaşa) hizmet verme görevi olan kamu kuruluşlarının bile birbirilerinden habersizce farklı zamanlarda yaptıkları işlemlerin, insanlara verdikleri rahatsızlık ve zararların temel nedeni koordinasyonsuzluktur. Eşgüdümlemenin olmayışı tek seferde yapılacak işlemlerin yılda birkaç kez tekrarlanmasına, bunun sonucu olarak kamu kaynaklarının israf edilmesine, toplumda yaşayan insanlara maddi ve manevi zararlar vermesine neden olmaktadır (Öztekin, 2010).

Varlık sebebi nedeniyle bir mal veya hizmet üretmek zorunda olan örgütler, birçok üretim unsurunu bir araya getirerek verimli bir sonuca ulaşmak ister. Örgütün bu yapısı zaten eşgüdümü bizzat zorunlu kılmaktadır. Örgütler için yaşamsal bir yönetim işlevi olan eşgüdümü örgüt kuramcıları farklı şekillerde tanımlamaktadır.

Tortop vd. (2016, s. 105) tanımıyla: “genel anlamda koordinasyon, bir grup insan faaliyetinin birbirine bağlanması” demektir.

Terry, (Güven, 1984, s. 79) eşgüdümü herhangi bir amaca başarılı bir biçimde ulaşmayı sağlamak için çeşitli çabaların harman edilmesi şeklinde tanımlamaktadır.

Kamu kuruluşları için verilen örnekten de önemi anlaşılan eşgüdümü yönetim bilimci Henry Fayol (Fayol, 1916, s.160’tan aktaran Güven, 1984, s. 79) kapsamlı bir şekilde tanımlamaktadır:

“Koordinasyon bir işletmeyi çalıştırmayı kolaylaştırma ve başarıyı sağlamak için örgütün bütün faaliyetlerinin uyumlaştırılmasıdır. Başka bir ifade ile düzenleştirme; ortak bir hedefe varmak amacıyla, bir işin daha etkili bir şekilde yapılması için çalışanların çabalarını birbiri ardı sıra gelerek, iç içe geçip birbirlerini bütünlemelerini sağlayacak şekilde birleştirerek, gerekli iş birliğini, en uygun ortamı, zamanı, eleman ve malzeme ile gerçekleştiren bir işlevdir.

1963 yılında yayınlanan Türkiye'nin ilk kamu yönetimi araştırması olan ve MEHTAP kısa adıyla bilinen 'Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi'nde ise eşgüdüm (koordinasyon) Merkezi Hükümet Teşkilatının ve ona bağlı idari birimlerin, müşterek bir tek mekanizma halinde birlikte çalışabilmelerini sağlamak amacını güden her türlü faaliyet koordinasyon kavramı içine girmektedir şeklinde tanımlanmaktadır (TODAİE, 1963).

Bir başka yazar ise eşgüdümlemeyi, "bir örgütün bütün faaliyetlerinin yürütülmesi esnasında, bölümler arasında uyum sağlanarak, örgütün çalışmalarını kolaylaştırmak ve başarı şansını artırmak" olarak tanımlamaktadır (Şimşek & Çelik, 2010).

Bilgen ise eşgüdümleme için yapılmış tanımları birleştirerek altı madde halinde özetlemiştir. Bilgen (1985, s. 72) 'e göre eşgüdüm:

- ❖ Yönetim süreçlerinden biridir,
- ❖ Yöneticilerin temel görevlerinden biridir,
- ❖ Örgüt amaçlarına dönük işlevsel bir araçtır,
- ❖ Örgütteki tüm parçaları dengelemeyi, birleştirmeyi ve işlevlerini zamanlamayı öngörür,
- ❖ İş birliğidir,
- ❖ Örgütler yönetim bakımından insan vücuduna benzer, birimler arasında amaca dönük uyum, eşgüdümleme yoluyla sağlanır.

Eşgüdüm konusunda yapılan tanımlamaları özetleyecek olursak: eşgüdüm, yönetim süreçleri arasında yaşamsal ve temel bir işlev oluşturmakla birlikte özellikle yönetim fonksiyonu ile -sevk ve idare etmekle- neredeyse aynı anlamı taşımaktadır.

Eşgüdümün iyi uygulandığı örgütlerde, birbiriyle haberli idari birimler arasında ahenkli bir çalışma ortamı doğar. İyi uygulanmadığı örgütlerde ise uyumdan söz edilemez, disiplin bozulur, sorumluluktan kaçma, şahsi çıkarların ön plana alınması gibi olumsuz durumlarla karşılaşılır ve sonuçta verimlilik düşüşleri yaşanır.

Alanyazında eşgüdümün üç unsurundan bahsedilmektedir. Bunlar sırasıyla:

- ❖ Ahenkli birleştirme,
- ❖ İş birliği,
- ❖ Teşvik (Özendirme) şeklindedir (Tortop vd. 2016).

Bu üç unsuru kısaca açıklamak gerekirse,

Ahenkli Birleştirme: Personel, maddi kaynaklar ve yönetim usullerinin birleştirilmesi ve bütünleştirilmesi,

İş Birliği: Farklı görevlerde çalışan personelin aynı amaç doğrultusunda birbirlerine bağlanması,

Teşvik (Özendirme): Başarıya ulaşmak için çalışanlara örgüt amaçları benimsetilerek bu amaçlar doğrultusunda arzulu, istekli hale getirilmesidir. Eşgüdümün bu unsurları etkin bir biçimde gerçekleştirildiğinde, örgüt, kendisini oluşturan parçalardan çok daha anlamlı ve değerli bir bütün olma niteliğini kazanmaktadır.

1.2.4.2.Eşgüdüm ve Diğer Yönetim Fonksiyonları

Yönetimin ve örgüt kuramcılarının yapmış olduğu çalışmalar incelendiğinde anlaşılmaktadır ki bazı yazarlar yönetim ve eşgüdüm kavramlarını tek bir başlık halinde ele almakta, yönetici yerine eşgüdümücü daha yaygın şekilde koordinatör terimini kullanmaktadırlar. Bir kısım yazarlar ise yönetimi bir dizi alt işlevlere ayırarak incelemektedir.

Fayol'un Yönetim Fonksiyonları Planlama, Örgütlenme, Yönetme, Koordinasyon ve Denetim olarak beş kümede incelemektedir. Fayol'un yönetim fonksiyonlarını ayrı ayrı ele aldığımızda aslında hepsinin eşgüdüme ihtiyaç duyduğu fark edilmektedir.

Mooney ve Reiley (1931) 'e göre (aktaran Güven, 1984, s. 81), bütün örgütlerin amacı, çabaların birleştirilmesi yani eşgüdümüdür. Bu yazarlara göre bütün örgüt ilkeleri, eşgüdüm kavramı içerisinde görülmektedir.

Urwick (1943) 'den (aktaran Güven, 1984, s. 81) örgütlendirme ile eşgüdümü, yönetme ile denetimi birleştirerek Fayol'un beş işlevini üçe indirgemıştır. Bu yazara göre örgütlendirmenin amacı eşgüdümdür.

Bazı yazarlar ise eşgüdümün ancak planlama, örgütlendirme, yönetme ve denetimin dengeli bir şekilde uygulanmasıyla etkinlik kazanabileceğini vurgulamaktadır. Gerçekten de eşgüdüm diğer yönetim faaliyetlerinden kopuk ve bağımsız değildir.

Eşgüdüm sağlamanın en elverişli olduğu aşama planlamadır. Planlama bir seçim yapma ve karar verme eylemidir. Planlar önceden hangi işin ne zaman yapılacağını gösterir. Bu açıdan planlamanın iki yönü eşgüdüm sağlama bakımından

büyük önem taşımaktadır. Bunlar (i) planlar açısından tutarlılık ve (ii) faaliyetlerin zamanlamasıdır.

Planlamanın tutarlı olabilmesi için doğru bilgilere ihtiyaç vardır. Sağlıklı, etkili ve tutarlı bir planlamanın ön koşulu çeşitli görevleri ifa eden birimlerden gelecek olan bilgilerin doğruluğudur (Kaya, 1991, s. 100). Örgütteki çalışanların kendi aralarında ve birimler arasındaki uyumlu birlikteliği planların tutarlılığını ve gerçekleşme zamanını etkilemektedir. Birimler arasındaki amaç farklılıkları, birim yönetimlerinin uyumsuzluğu ve izledikleri siyasalar eşgüdüm eksikliğine neden olabilir. Bu eşgüdüm eksikliği ise yönetimlerin planlarını başarısız kılabilmektedir.

Planlama sonrası sıra örgütlemeye gelmektedir. Örgütlenme, en basit tanımla planda hedeflenen amaçlara ulaşmak için en uygun örgüt yapısını kurmak veya var olan örgütü/birimleri yapılandırmaktır. Birimler oluşturulurken örgütlerin ortak amacını özümsemiş ve bu amaç doğrultusunda birbiriyle uyumlu şekilde çalışan koordineli bir yapı oluşturulması ise eşgüdümü örgütlenme fonksiyonu açısından önemli kılmaktadır. Örgütte iş bölümü ve görev dağılımı yapıldıktan sonra yönetici tarafından çabaların sürekli eşgüdümü zorunludur. Bu sebeple eşgüdümleme, etkili bir örgütlemenin anahtarıdır.

Yönetme açısından eşgüdüm sevk ve idare etmek yani yönetmek anlamında kullanılmaktadır. Koordinasyon yönetme ile eş anlama gelirken yöneticilere koordinatör denilerek koordinasyon fonksiyonu yöneticilerin unvanları haline gelmektedir. Yöneticilerin makamdan kaynaklanan yasal yetkileri ile kişiliği ve uzmanlığından kaynaklanan etkilime özelliği, yönetim sürecinde iş görenlerin eşgüdümsel çalışmasını sağlamaya yardımcı olmaktadır.

Denetim veya değerlendirme planda yer alan hedeflere ne ölçüde ulaşılabildiğinin saptanmasıdır. Bu saptamanın yapılabilmesi için örgütsel denetim veya değerlendirme yapılması zorunludur. Çünkü bir örgütte birimler ve iş görenler arasında eşgüdümlenmiş bir çabayı gösterip göstermedikleri ancak denetim ile sağlanabilir.

Denetimin ikinci ve çağdaş amacı ise var olan aksaklıkların süreç içerisinde giderilmesidir. Planlanan süreç devam ederken yapılan denetim ile çıkabilecek sorunların birimler arasındaki eşgüdüm sayesinde düzeltilebilmesi eşgüdümün, denetimle olan ilişkisinin bir diğer yönüdür.

Görüldüğü üzere eşgüdüm, tüm faaliyetler sürecince diğer yönetim fonksiyonları ile içi içe geçmiş bir görünümdeydir. William H. Newman (1979, s. 475)

bu durumu şöyle ifade etmektedir: “Eşgüdüm, çabaların birlik ve uyum içinde ortak bir amaca yönltilmesiyle ilgilidir. Eşgüdüm diğer yönetim fonksiyonlarından ayrı bir etkinlik olmayıp yönetim evrelerinin bir parçası olarak vardır.

Yapılan tanımlamalardan ve verilen örneklerden anlaşılacağı üzere eşgüdümü sağlama örgütler ve kurumlar için hayati bir önem taşımakta ve bu sebeple yöneticinin asli görevlerinden biri haline gelmektedir. Bu nedenle alanyazında eşgüdüm konusunda daha çok yöneticinin bu konuda yapması gerekenlerden bahsedilmektedir. Yöneticiler örgüt amaçlarının gerçekleştirilmesi için örgütteki tüm işlemlerin yürütülmesinden birinci derece sorumludur. Yöneticiler için eşgüdüm, yönetim sürecinde bir araç olmakla birlikte yönetim fonksiyonlarının tüm aşamalarında yer alarak önemli bir yer edinmektedir.

Eşgüdümleme için yapılan tanımlamalarda öne çıkan diğer bir nokta da çabaların birleştirilmesidir. Çabaların birleştirilmesi ifadesi, etkili bir iş birliği ve iş birliğini sağlayacak etkili bir liderin / yöneticinin varlığını istemektedir. Çünkü eşgüdüm amaçların gerçekleştirilmesi için çabaların birlik ve uyumunun sağlanması yoluyla gerçekleşir (Newman, 1970).

Günümüzde kamu hizmetleri daha kapsamlı ve bu sebeple de daha karmaşık bir yapıya dönüşmüştür. Oluşan bu karmaşık yapı, yöneticilerin sağlamaları gereken koordinasyon konusunda da farklı ilkelerin ortaya çıkmasına neden olmuştur.

1.2.4.3.Eşgüdüm İlkeleri

Eşgüdüm fonksiyonunun ilkeleri incelendiğinde alanyazında üç önemli yazar olan Follett, Gulick ve Newman’ın oluşturduğu eşgüdüm ilkeleri öne çıkmaktadır.

1.2.4.3.1. Follett İlkeleri

Tüm yazarlar tarafından öne sürmüş olduğu eşgüdüm ilkeleri benimsenmiş olan Mary Parker Follett’in görüşleri diğerlerine göre bir adım öne çıkmaktadır. Follett, bütün örgütlerde ana sorunun uyumlu ve dinamik ilişkilerin geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi olduğunu belirtmiştir. Follett’in eşgüdümlemeye ilişkin ilkeleri şunlardır (Doğan, 1999, s. 28-31:

- ❖ Doğrudan ilişki ilkesi,
- ❖ Süreklilik ilkesi,

- ❖ Etkileşim ilkesi,
- ❖ Erkenlik ilkesi.

1.2.4.3.1.1.Doğrudan İlişki İlkesi

Örgüt birimleri arasında yatay ilişkiler yoluyla gerçekleştirilen eşgüdümlemeyi ifade eden bir ilkedir. Follett'e göre örgüt üyeleri arasında doğrudan iletişim kurarak yapılan bilgi alışverişi daha etkili bir biçimde yapılır. Bireyler arasında sağlanacak böyle bir anlayış, amaçların gerçekleşmesine yardımcı olur çünkü eşgüdüm, sadece emirle gerçekleştirilemez.

1.2.4.3.1.2.Süreklilik İlkesi

Follett ilkesi eşgüdümü zamanla sınırlandırmayı yanlış bulan bir yaklaşımdadır. Bir konuda eşgüdüm sağlanması sürecin tamamlandığı anlamına gelmez. Sonradan çıkabilecek sorunların, önceki sorunun özelliklerini taşıması durumunda birimler arasında yeniden eşgüdüm sağlama ihtiyacı duyulabilir.

1.2.4.3.1.3.Erkenlik İlkesi

Plan ve politika oluşturmaya başlandığında eşgüdümleme gerçekleştirmelidir. Bir planın hazırlanması aşamasında tüm yetkililerin bu konuda görüş belirtmesi, karşıt görüşlerin ifade edilmesi, istek ve iddiaların tüm yetkililerce bilinmesi ileride yaşanabilecek eşgüdümü engelleyici çatışmaları önlemiş olur. Başlangıçta erkenden zorlukların görülmesi ve çözümlenme yoluna gidilmesi eşgüdüm sağlanmasını kolaylaştırmaktadır.

1.2.4.3.1.4.Etkileşim İlkesi

Örgüt içindeki bireylerin gelişimine özel bir önem veren Follett, örgüt içinde bulunan herkesin (yönetici ve çalışanlar) çıkarlarının bütünleştirilmesi gerektiğini savunur. Geleneksel anlayışa uygun olan birilerinin üzerinde iktidar kavramı yerine, birlikte iktidar kavramını önerir (Gökdeniz & Aydemir, 2016). Bu sebeple Follett'e göre bütün birimler karşılıklı ilişki içindedir. Birlikte çalışan bireyler birbirlerini

etkiler ve diğer birim üyeleri tarafından etkilenirler. Örgütlerde farklı birimlerde çıkabilecek bir sorun sadece kendi birimi açısından değil, tüm birimler arasındaki etkileri açısından düşünülüp değerlendirilmelidir.

Follett ilkelerinde eşgüdümü gerçekleştirme yöntemi, bireylerin -yatay olarak- iş birliği ve anlayış çerçevesinde sağlayabileceği, emirle -dikey yolla- eşgüdümlemenin sağlanabileceğinin gerçekçi bir yaklaşım olmadığı düşüncesi ağırlık kazanmaktadır (Doğan, 1999).

1.2.4.3.2. Gulick İlkeleri

Teşkilatlanma açısından büyük ölçekli ve karmaşık yapılardaki işlerin yürütülmesi için birçok çalışana ihtiyaç vardır. Karmaşık örgüt yapısı ve çalışan sayısının fazlalığı örgütlerde iş bölümü ve eşgüdüm gerektirir. Gulick'e göre iş bölümü örgütün temeli; aslında varlık sebebidir ve ona göre eşgüdüm sağlamanın da iki temel ilkesi bulunmaktadır. Bunlar (Sharfritz & Hayde, 2016, s. 95-100):

- ❖ Örgütlenme yoluyla eşgüdümleme ve
- ❖ Bir fikrin egemen kılınmasıyla eşgüdümlemedir.

1.2.4.3.2.1. Örgütlenme Yoluyla Eşgüdümleme

Örgütlerde belirli işleri yerine getirmek için birimler oluşturulur ve birimlerin başına yöneticiler atanır. Örgüt yapısından aşağıya doğru inildikçe alt birimler ve buna koşut orta ve alt düzeyde yöneticiler oluşur. Bu örgütlenme sayesinde üst düzey yöneticilerden aşağıya doğru inen emirler yoluyla eşgüdümleme sağlanmış olur (Sharfritz & Hayde, 2016, s. 99).

1.2.4.3.2.2. Bir Fikrin Egemen Kılınmasıyla Eşgüdümleme

Örgütlere uygun bir ideal, amaç geliştirilir. Örgütteki kişilerin tüm enerjisini, coşkusunu bu amaç doğrultusunda kullanması sağlanarak eşgüdümleme gerçekleştirilir. Siyasi parti, sendika ve hayır kuruluşlarındaki eşgüdümleme genellikle bu yolla sağlanmaktadır (Kaya, 1991, s. 106).

1.2.4.3.3. Newman İlkeleri

Eşgüdümlemeyi her yöneticinin temel amaçlarından biri kabul eden Newman ise eşgüdümü sağlarken göz önünde tutulması gereken ilkeleri şöyle sıralamaktadır:

- ❖ Teşkilat yapısında sadeleştirme,
- ❖ Politika ve programlarda birlik temini,
- ❖ Haberleşme kanallarının iyi düzenlenmesi,
- ❖ Gönüllü koordinasyona yardımcı olma,
- ❖ Kılavuzluk etme yoluyla koordinasyon sağlamak.

1.2.4.3.3.1. Teşkilat Yapısında Sadeleştirme

Newman'a göre etkili bir eşgüdümün ilk koşulu yalın bir örgüt yapısının kurulabilmesiyle mümkün olabilir. Birimler fazlalaştıkça eşgüdüm zorlaşmaktadır. Benzer faaliyetlerin aynı yönetim birimi altında toplanması, görev ve sorumluluklarda kesin bir ayırımın yapılması, hangi çalışanın hangi işi ne zaman yapacağını açıkça belirtilmesi eşgüdümün etkili bir şekilde gerçekleşmesine yardımcı olur.

1.2.4.3.3.2. Politika ve Programlarda Birlik Temini

Newman'a göre plan ve politikaların tutarlı, kapsamlı ve eşgüdümlenmiş olması ikinci önemli noktadır. Farklı yönetim birimlerinde hazırlanan planların, yöneticiler tarafından, bir bütünün parçası şeklinde birbirini tamamlar nitelikte tutarlı hazırlanması ve çalışma programlarının zaman açısından ayarlanması gerekir.

1.2.4.3.3.3. Haberleşme Kanallarının İyi Düzenlenmesi

Koordinasyon çeşitli etkinliklerle ilgili karşılıklı ilişkilerdir. Teşkilat içindeki ilişkileri sağlarken haberleşme kanallarının iyi işlemesi ve kesintisiz sürmesi halinde eşgüdüm kolaylaşmaktadır. Bu nedenle yönetici öncelikle örgüt birimleri arasında işlerin yürütülmesi ile ilgili bilgi akışının zamanında alınıp verilmesini sağlamalıdır. Bilgi akışı kısmen doğal temaslarla fakat çoğunlukla biçimsel haberleşme araçlarıyla gerçekleşmesi gerekir. Kullanılacak formlar ve raporların özenle düzenlenmesi, ilişki kurulmasını sağlayan çeşitli iletişim araçlarının yeterli seviyede olması sağlanmalıdır.

1.2.4.3.3.4.Gönüllü Koordinasyona Yardımcı Olma

Bir başka eşgüdüm sağlama ilkesi, astlar arasında gönüllü koordinasyonun geliştirilmesidir. Gönüllü koordinasyon, ana amaçların benimsenmesinin sağlama, genel kabul gören alışkanlıklar, gelenekler ve terminoloji geliştirme, doğal temasları özendirme, gereken yerlerde irtibat elemanları bulundurma yollarıyla gerçekleşebilir.

Yöneticiler astlarına teşkilat amacını benimsetip, kabul edilebilir bir gelenek geliştirmeleri durumunda, personelin de istekli ve iş birliği içinde olması halinde koordinasyonu sağlama açısından büyük başarı sağlanır.

1.2.4.3.3.5.Kılavuzluk Etme Yoluyla Koordinasyon Sağlamak

Sadeleştirilmiş örgüt yapısı, politikalarda birlik, iyi haberleşme metotları ve gönüllü koordinasyona yardımcı olma yolları sağlanmış olsa bile her zaman yöneticilerin çözmesi gereken koordinasyon sorunları olacaktır. Yöneticiler bir yerde özel yardım, bir yerde dürtme, bir yerde kontrol altında tutma, astları arasındaki sorunlarda uzlaştırma yapma, olağanüstü durumlarda programları revize etme gibi kılavuzluk görevlerini her zaman yerine getireceklerdir.

Yöneticinin koordinasyon görevlerini etkin bir şekilde yerine getiremeyecek oranda iş yükü olabilir. Böyle durumlarda bir veya daha çok danışmandan bu görevleri yerine getirmek üzere yararlanılabilir. Amirleri adına hareket eden bu kişiler, faaliyetleri sıkı bir şekilde izler ve üst kademe yöneticilere gereken durumlarda izlemeleri gereken hareket biçimini önerirler (Newman, 1970, s. 461,472).

1.2.4.4.Eşgüdümleme Yöntemleri

Örgütlerde çalışanların çabalarını örgüt amaçları doğrultusunda eşgüdümlemek için bazı yöntemler uygulanmaktadır. Çalışanların kişilik özellikleri dikkate alınarak örgütlerde sıklıkla kullanılan yöntemler şunlardır (Başaran, 1994):

Gözdağı: Görevini sağlıklı yürütmeyen çalışanı kötü fillerle yıldırma yöntemidir. Yüksek yeterliğe sahip kişilerin çalıştığı örgütlerde işlemezken, düşük düzeydeki örgütlerde sınırlı bir etki yaratmaktadır.

Ödül ve Ceza: Bu yöntem iki amaçla kullanılır. Birincisi, örgüt kurallarını uygulamak, disiplin sağlamaktır. İkincisi ise üretimi artırmak amacıyla kullanılmaktadır. Üretim artışı bir amaç eşgüdümleme ile ilişkilidir.

Borçlandırma: Çalışana bir iyilik yaparak karşılığında veriminin artacağı görüşüyle yapılan eşgüdüm yöntemidir.

Yarışma: Çalışanın bir işi başkalarından daha iyi yapma çabasına gindirilmesi işidir. Bu yöntemde yarışmanın iyi yönetilmemesi örgüt birliğine zarar verebilir.

İşe Sarma: Çalışanın kendini yaptığı işe vermesine ortam hazırlayarak verimini artırmak için başvurulan yöntemdir.

İşi Çekici Kılma: Çalışanın kişilik özelliklerine uygun iş seçerek çekici hale getirme yöntemidir.

Takım Kurma: Takım kurmadaki amaç bir araya gelen çalışanların, takım çalışmasıyla birbirlerini yöneticiden daha iyi güdüleyebilmeleridir.

1.2.4.5.Eşgüdüm Çeşitleri

Yöneticilerin örgütün amaçlarını gerçekleştirebilmek, emrinde bulunan kişileri uyumlu çalıştırmak, iş bütünlüğünü sağlamak gibi görevleri bulunmaktadır. Bu iş bütünlüğünü gerçekleştirerek amaçlara istenilen düzeyde ulaşmak için farklı eşgüdümleme çeşitlerinden faydalanmaları gerekir.

Eşgüdümleme çeşitleri, yazarlar tarafından farklı türlere ayrılmıştır. Ancak, aşağıda belirlenen başlıklar altında genel bir sınıflandırma yapılarak açıklanabilir.

Bunlar (Tortop vd. 2016, s. 110-116):

- ❖ Hiyerarşiye Dayanan Eşgüdüm,
- ❖ İnandırıcı Eşgüdüm,
- ❖ Komiteler Yoluyla Eşgüdüm,
- ❖ Yapı ve Görevle İlgili Eşgüdüm,
- ❖ İç ve Dış Eşgüdüm,
- ❖ Yatay ve Dikey Eşgüdüm,
- ❖ Merkezi Eşgüdümdür.

1.2.4.5.1. Hiyerarşiye Dayanan Eşgüdüm

Yöneticinin yetki ve otoritesini kullanarak astları üzerinde yaptığı, çalışanların da yöneticiye itaat etme ilkesine dayanan eşgüdümdür. Yöneticinin astları üzerinde kurallara ve düzenlemelere ek olarak komuta zincirini kullanarak doğrudan denetimle yaptığı eşgüdümüdür.

Sorunların az olduğu durumlarda hiyerarşiye dayanan eşgüdüm iyi işlerken, sorunların artmasıyla birlikte yöneticinin çözmesi gereken problem ve eşgüdüm zorlaşır.

Weber'e göre bürokrasinin etkili ve verimli olabilmesi, belirsizliği ortadan kaldıran ve örgüt içindeki görevler arasındaki ilişkilerin niteliğini belirleyen iyi tanımlanmış bir yetki hiyerarşisinin bulunmasına bağlıdır. Yetki hiyerarşisinde, herhangi bir düzeydeki işgören, bir üstündeki amirinin denetimi altındadır. Bu durum örgütün şemasında gösterilir. Hiyerarşi, modern bürokrasinin en çarpıcı özelliğidir (Aktan, 2018).

1.2.4.5.2. İnandırıcı Eşgüdüm

Hiyerarşiye dayanan eşgüdüme göre daha sağlam temelleri olan, çalışanları ikna etme yoluyla birlikte çalışma duygusu yaratılarak sağlanan eşgüdümdür. İnandırıcı eşgüdümden egemen bir amacın tüm çalışanlarca kabul edilmesi, özümsemesi gereklidir. Bu amaç ortadan kalkarsa bireysellikler artar ve eşgüdüm sağlanamaz. Egemen bir amacın benimsenmesini örneklendirecek olursak bir futbol takımının oyununda açıkça görülebilir. Tüm takımın maçı kazanmak ana amacı ise yardımlaşma ve ekip ruhu takıma hâkim olur. Ancak takımdaki bazı futbolcular tribünlerden övgü kazanmak için bireysel çaba içine girerse koordine hareket bozulur, bireysellik artar ve uyumlu bir oyun kurmak zorlaşır (Newman, 1970, s. 471).

1.2.4.5.3. Komiteler Yoluyla Eşgüdüm

Yöneticilerin bir araya gelerek oluşturduğu eşgüdümdür. Doğrudan görüş bildirme ve fikir alışverişinde bulunma olanağı sağlamaktadır. Üye sayısının fazla olması zaman kaybı, işlerin gecikmesi, karar verme güçlüğü yaşanması gibi

olumsuzluklara neden olurken tek kişinin karar verdiği otoriter yönetimi yumuşatarak sorumluluğun paylaşılması gibi yararlar sağlamaktadır.

1.2.4.5.4. Yapı ve Görevle İlgili Eşgüdüm

Yapıyla ilgili eşgüdüm, örgütün daha kurulurken eşgüdüm sağlamaya dönük kurulmasıdır. Örgüt yapısının eşgüdüme uygun olması olarakta ifade edilebilmektedir.

Örgütün işleyişi sırasında, birimlerin görevlerini yerine getirdikleri anda sağladıkları eşgüdüm görevle ilgili eşgüdümdür.

Yapısal kuruluştaki, görevsel ise işleyişte sağlanan eşgüdüm olması dolayısıyla yapısal eşgüdüm statik, görevsel eşgüdüm ise dinamik bir özelliğe sahiptir.

1.2.4.5.5. İç ve Dış Eşgüdüm

Kurumun iç unsurları olan yöneticiler, çalışanlar, hizmetin kendisi, araç-gereç ve malzemeleri arasındaki koordinasyon “iç eşgüdüm” kuruma bağlı birimler ile bağlı olmayan diğer dış kurumlar -kurum yöneticileri ile- ya da birimlerle arasındaki eşgüdüm ise “dış eşgüdüm” olarak nitelendirilebilir (Tortop vd., 2016, s. 111).

İç eşgüdümün dar bir kapsamı bulunmakta ve yöneticinin astları, malzeme vb. araçlarla olan uyumudur. Yöneticilerin eşgüdümleyiciliğinde eksiklik ve aksaklıklar giderilerek uyumlu bir işleyiş sağlanırsa iç koordinasyon sağlanmış olur.

Dış eşgüdüm ise daha geniş kapsamlıdır, birimlerin ve örgütlerin yöneticileri arasında sağlanır. Dış eşgüdümde her birimin-kurumun yöneticileri ayrı ayrı eşgüdümün önemli ögeleridir. İç ve dış eşgüdümün nihai amacı sunulan hizmetlerdeki kalitenin artırılmasıdır.

1.2.4.5.6. Yatay ve Dikey Eşgüdüm

Örgüt içindeki eşgüdümün etkili ve verimli olabilmesi için bazı koşulların varlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Bunlardan biri örgüt çalışanlarının doğrudan etkileşimleridir. Bu ise çalışanlar arasında yatay ilişkilerin geliştirilmesi ile mümkün olur (Gökdeniz & Aydemir, 2016, s. 855).

Bir örgütte eşit yetki ve sorumluluğa sahip birimler ile kişiler arasındaki uyum sağlama eylemine yatay eşgüdüm denir. Örneğin bir ildeki bütün devlet hastaneleri

arasındaki veya hastane ve il sağlık müdürlüğü satın alma birimleri arasındaki ilişki yatay eşgüdümüne örnektir.

Dikey eşgüdüm ise üst kuruluşlarla alt kuruluşlar arasında olabileceği gibi üst ve ast makamlar arasında da sağlanabilir. Örneğin il sağlık müdürlüğü ile ilçe sağlık müdürlüğü arasındaki ilişki dikey eşgüdümlemedir.

Dikey eşgüdümlemede üst yönetici, örneğin il sağlık müdürü, başkanların yaptığı işlemleri biçimsel olarak denetler. Başkanlar da aynı şekilde yardımcıları ve alt birimleri üzerinde bu yetkiyi kullanarak dikey eşgüdümlemeyi sağlar.

1.2.4.5.7. Merkezi Eşgüdüm

Merkezi bir eşgüdüm birimi kurulması durumunda oluşur. Örneğin sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulan evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezi bir merkezi eşgüdüm sağlama birimidir. Tüm sağlık çalışanları gerektiğinde üstlerine danışmadan merkezi eşgüdüm birimiyle irtibat kurabilirler (Özalp, 1985).

1.2.4.6.Eşgüdüm Sağlama Araçları

Eşgüdüm sağlamada yararlanılan araçlar aşağıdaki başlıklar altında sınıflandırma yapılarak açıklanabilir.

1.2.4.6.1. Haberleşme ve Bilgi Sistemleri

Günümüzde iletişim araçlarının etkinliğinin artması çalışanlar arasında bilgi aktarımı ve örgüt içi eşgüdümün sağlanmasında büyük fayda sağlamaktadır. Bu amaçla örgüt içinde elektronik belge yönetim sistemleri, web sayfa duyuruları, dergiler, raporlar, e-posta, dâhili telefon, cep telefonu mesajlaşma uygulamaları (WhatsApp grupları) gibi araçlardan yararlanılmaktadır.

Haberleşme sistemlerinin çeşitli oluşu ve örgüt içinde aktif kullanılması bilgi alışverişindeki başarıyı ve doğal olarak eşgüdümlemenin başarısını artırmaktadır. Bu sebeple hizmetin tüm birimlerde kaliteli bir şekilde yürütülmesini isteyen yöneticiler bilgi akışını sağlayarak eşgüdümlemeyi gerçekleştirmek zorundadırlar (Newman, 1979).

1.2.4.6.2. Geçici / Sürekli Komiteler ve Kurullar

Belirli bir sorunu çözme, karar verme, uygulatma ya da bir konuda danışma yetkisinin bir guruba verilmesi halinde komitelerden söz edilmektedir (Genç, 2005). Geçici komiteler örgütlerde kısa süreli sorunların çözümünde faaliyet gösterir. Sorun çözülüp yöneticiler ortak amaç etrafında birleştirildikten sonra komite üyeleri kendi görevlerine dönmektedirler.

Sürekli kurullar ise belli aralıklar ile toplanan birim yöneticilerinin oluşturduğu birimler şeklindedir. Örnek olarak kurumların yönetim kurulları verilebilir (Eren, 2001).

1.2.4.6.3. Bütünleştirici / Aracı Yöneticiler

Birimler/bölmeler üstü pozisyona sahip çeşitli bölümler arasında eşgüdüm sağlamak için oluşturulmuş yöneticilerdir. Aracı bütünleştirici nitelikte olan bu kişiler örgütlerde ürün, proje, marka ya da program yöneticisi olarak bilinmektedir (Şimşek & Çelik, 2010).

1.2.4.7.Eşgüdümün Sağladığı Yararlar

Eşgüdüm örgütteki çeşitli birimlerin faaliyetlerini uyumlu ve birbirini bütünler bir biçimde birleştirerek anlamlı bir bütün oluşturma sürecidir.

Eşgüdüm, bağımsız bir yönetim fonksiyonu olarak düşünülmemekle beraber diğer yönetim süreçlerine geçmekte ve onların etkinliğini artırmaktadır (Güven, 1984, s. 91). Bu bakımdan örgüte sağladığı bazı yararlar aşağıdaki gibi özetlenebilir (Güneş, Gülbahar, & Düz, 2017):

- ❖ Eşgüdümleme, örgütsel gelişmeye katkı sağlar,
- ❖ Yeni fikirlerin yayılmasına ve gelişmesine olanak verir,
- ❖ Sorunlar kime/hangi birime ait olursa olsun, diğer kişiler/birimler tarafından da gerçek anlamda anlaşılır,
- ❖ Karışıklık ve tekrarlar önlenir,
- ❖ Mevcut politika, plan ve ilkeler tüm örgüt çatışmaları tarafından aynı şekilde anlaşılır.
- ❖ İşlerin düzenli bir şekilde yapılması, çalışanların şevkini artırır.

Eşgüdümün sağlandığı örgütlerde her birim diğer birimlerin yaptığı faaliyetlerden haberdardır. Ortaya çıkabilecek sorunlar da tüm birimlerce doğru anlaşılır. Böylece ileri aşamalarda doğabilecek maddi ve manevi zararlar önlenmiş olur. Yine her birimin değişen koşullar karşısında kendini yenileme ve geliştirme yeteneğine sahip olması da eşgüdümün sağladığı yararlardandır.

1.2.4.8.Eşgüdüm Sağlamada Karşılaşılan Sorunlar

Alanyazın incelendiğinde eşgüdüm sağlamada sorunlar farklı yazarlar tarafından farklı şekilde ifade edilmiştir. Bu kaynaklarda ifade edilen sorunlar (i) zayıf lider özellikleri, (ii) örgütün büyüklüğü ve karmaşıklığı, (iii) örgüt yapılarındaki sürekli değişim olarak üç ana başlıkta yer almaktadır.

Çalışanlar açısından farklı birimlerle kendi etkinliklerinin ilişkilendirilmesi bir sorundur, burada yönetici bir koordinatör vazifesi görmektedir. Yine birimler ve kişiler arasındaki iletişimsizlik, planların zayıflığı, iş bölümündeki kötü organizasyon eşgüdüm sorunları yaratabilmektedir. En zor eşgüdüm sorunu ise örgütteki birimler ve ilgili kişiler arasındaki çatışmalardır. Yine sorumluluk almama, isteksizlik durumu da bir başka eşgüdüm sorunu olarak ileride problemler yaşanmasına neden olabilmektedir (Doğan, 1999, s. 80).

Konumuz açısından örgüt yapısındaki sürekli değişim önemlidir. Bir örgütün diğeriyle birleşmesi veya ayrılması, çalışanlar, amaçlar, kaynaklar ve örgütsel yapıda değişikliklere neden olacaktır. Bu nedenle yönetim uygulamaları yeniden gözden geçirilerek uyum sağlamak gerekecektir ve tüm bunlar örgütte eşgüdüm açısından sorunlar yaratacaktır.

1.2.5. Denetim

Yönetimin fonksiyonlarının en önemli ayaklarından birisi olarak denetim, yönetimin başlangıcında belirlenen hedeflerin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin ispatını sağlar. Yönetimin ilk hedefi amaçlara ulaşmaktır. Çünkü iyi yönetim hedeflenen amaçlara en uygun şekilde ulaşılması durumunda söz konusu olmaktadır. Bunun için de yönetimin denetimle sınanması gereklidir (Akpınar, 2006).

Yönetim, belirli bir amaç doğrultusunda bir araya gelen bir grup insanın, beden ve beyin gücünün faaliyete geçirilmesi sürecidir. Amacı gerçekleştirmek için oluşturulan insan grubunun faaliyete geçirilmesi ise oldukça zorlu bir süreçtir (Mihçioğlu, 1990).

Denetleme, kurumun amaçları doğrultusunda planlanan ve yapılması istenen faaliyetlerin yapılıp yapılmadığını, yapılmış ise ne kadar doğru, etkin ve verimli yapıldığını, yapılmamış ise neden yapılmadığını belirlemek, kontrol etmek şeklinde tanımlanmaktadır (Aydın, 2001).

Kurumlar ve kişiler, kanunlarla belirlenmiş olan faaliyetlerini yerine getirirken, hukuk devleti anlayışı çerçevesinde hareket etmeleri gerekmektedir. Bu doğrultuda hareket etmelerinin sağlanmasında denetim oldukça önemli bir konuma sahiptir (Akpınar, 2006). Son yıllarda benimsenen Yeni Kamu Yönetimi yaklaşımı; katılımcı, şeffaf, hesap verebilir yönetim anlayışı, insan hak ve özgürlüklerini esas alan bir kamu yönetiminin oluşturulmasını hedeflemesine ek olarak, kurumların ve kişilerin denetiminin daha etkili hale getirilmesi amaçlanmaktadır.

Bir kurumun/örgütün çalışmalarının devamlı gözetim ve denetim altında tutulması, kaynakların yerinde kullanılıp kullanılmadığının saptanması ve örgüt verimliliğinin sürekli olarak artmasını sağlayacak tedbirlerin alınması zorunludur. Bu bakımdan denetim faaliyeti hayati bir öneme sahiptir (Köksal, 1974).

Kurumlar/örgütler için hayati öneme sahip denetim faaliyetinin olabilmesi için kısaca üç temel şart gerekmektedir (Tortop vd. 2016, s. 113-114).

- ❖ Kabul edilmiş planlar, konulmuş ilkeler ve verilmiş emirlerin olması,
- ❖ Kabul edilmiş planlara, konulmuş ilkelere ve verilmiş emirlere uygun etkili bir yönetimin bulunması,
- ❖ İlk iki şartın bulunup bulunmadığını denetleyecek kişi ya da organın varlığı.

Ayrıca denetim belirli bir planın yapılması, çalışmaların gözetimi ve rapor edilmesi, elde edilen sonuçlarla arzulanan sonuçların karşılaştırılması ve gerekli düzeltici faaliyetlerde bulunulması aşamalarının varlığı halinde söz konusu olmaktadır.

1.2.5.1.Denetleme Aşamaları

Yukarıda bahsedilen tanımlar ışığında denetimin gerçekleşebilmesi için bazı aşamaları da beraberinde getirmektedir. Bu aşamalar aşağıda kısaca tanımlanmaktadır.

1.2.5.1.1. Planlama Aşaması

Planlama çalışmaları iyi hazırlanan örgütler belirlenen amaç ve hedeflere ulaşmada başarılı olmaktadır. Önceden tespit edilen amaçlara ulaşmada etkin bir denetim planı gereklidir. Planlama ile belirli sürelerde istenilen seviyeye ulaşıp ulaşılmadığı plan çerçevesinde denetlenebilir. Öngörülen seviyeye ulaşılmaması durumunda denetim fonksiyonu düzeltici tedbirler alınabilir.

Kamu kuruluşlarının denetimi, kuruluş kanunlarındaki amaç ve hedefleri doğrultusunda yapılmaktadır. Bu kurumların genel amaç ve hedefleri bölünerek daire ve şubelerin amaç ve hedefleri ortaya konur. Bölünen daire ve şubelerin amaçları yönünden denetimi raporlar, iş planları, maliyet analizi, bütçe, organizasyon şemaları, özlük birimlerinden alınan bilgiler ışığında yapılır (Tortop vd. 2016).

1.2.5.1.2. Çalışmanın Gözetimi ve Rapor Edilmesi

Yöneticilerin oluşturulan standartlar çerçevesinde astlarını gözlemlemesidir. Yöneticiler bu tür gözlemleri kişisel ilişkileri kullanarak kendileri yapabileceği gibi, bakanlıklar gibi büyük örgütlerde müfettiş eliyle de yapılabilir. Müfettişler yaptıkları denetimi bir rapor olarak üstlerine bildirmektedirler.

1.2.5.1.3. Karşılaştırma ve Düzeltme Aşamaları

Karşılaştırma, önceden planlanan işin uygunluğunun denetlenme aşamasıdır. Verilen görevin bitirilmesi ile başlar.

Yöneticinin görevlerinden birisi olan düzeltme aşaması olumlu bir eylemdir ve arzulanan hedeflerden sapmalar olması durumunda gerçekleştirilir. Düzeltici eyleme; belirsizlikler, bilinmeyen olaylar, ihmal ve beşerî hatalar nedeniyle başvurulur (Morrisey, 1970, s. 132-133'den aktaran Tortop vd. 2016, s. 121).

1.2.5.2.Denetimin Türleri

Denetim sürecinde uygulanacak yöntem ve ilkeler denetimin türüne göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle yönetimin durumunu değerlendirmeye yarayan denetim faaliyetlerinin türlere ayrılmasında değişik ölçütler kullanılmaktadır. Uygulanan denetim teknikleri, denetimi yapan kurum, denetlenen kurumlar, denetimin zamanı, kapsamı, amacı, konusu gibi durumlar dikkate alınarak denetim çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır (Akpınar, 2006).

İdari yapı açısından denetim türleri sınıflandırılacak olursa yönetim içi yollarla denetim ve yönetim dışı yollarla denetim olarak iki başlık halinde incelenmektedir.

1.2.5.2.1. Yönetim İçi Yollarla Denetim (İdari Denetim)

İdarelerin yönetim içi yollarla denetlenmesi, hiyerarşik (idari vesayet) ve idari teftiş şeklinde gerçekleşmektedir. Bunlar özünde idarelerin yönetsel anlamda kendi kendilerine yapmış oldukları denetimlerdir.

1.2.5.2.1.1.Hiyerarşik Denetim

Bir iç denetim türü olan hiyerarşik denetim, üstün (amir) astlar (memurlar) üzerindeki kanuni hakları çerçevesinde yürütülmektedir. Hiyerarşik denetim, idarenin etkililiği ve verimliliği üzerinde durmaktadır. Ana amacı faaliyetleri yürütülme esnasında kanunlara, tüzüklere, yönetmeliklere ve genelgelere göre yapılmasını denetleyerek yapılan hataları düzeltmek ve faaliyetlerin zamanında, verimli bir şekilde sonuçlanmasını sağlamaktır.

1.2.5.2.1.2.İdari Teftiş

Diğer bir yönetsel denetim yolu olan idari teftiş, yönetim yapımızda soruşturma açılarak faaliyetlerin mevzuata uygunluğunun denetlenmesi olarak anlaşılmaktadır. Hiyerarşik denetimden ayrı olarak amir tarafından yürütülen bir süreç olmayıp üst makam yöneticileri (bakan, genel müdür) adına müfettişler eliyle yürütülen bir kurmay hizmetidir. Bir başka ifadeyle, planlama, sevk ve idare,

örgütlenme, haberleşme, koordinasyon, hiyerarşik denetim ile ilgili işlem ve kararların, yürütme yetkilisi adına müfettişler adına denetlenmesidir (Tortop vd. 2016).

1.2.5.2.2. Yönetim Dışı Yollarla Denetim

Yönetim dışı yollarla denetim; kendi örgüt yapısının dışında, kurumun örgütsel hiyerarşisi ile ilgisi olmayan, bağımsız denetim kurumlarınca yapılan bir denetimdir. Genellikle özel sektörde söz konusu olan bu denetim türünde, örgütün iç kontrol ve iç denetim sistemleri, mali yapıları ve buna ilişkin tabloları, yönetimin verimliliği ve etkinliği değerlendirilir ve sonuçlar raporlanarak tüm ilgili taraflara sunulur.

Bu denetim biçiminde, denetleyen birim bir kamu denetim birimi olabileceği gibi özel nitelikli bir denetim birimi de olabilir. Ayrıca dış denetimin kapsamı geniş tutularak yasama, yargı, kamu denetçisi (ombudsman), kamuoyu ve uluslararası denetim türleri de yönetim dışı yollarla denetim kapsamına alınabilir (Akpınar, 2006).

1.2.5.2.2.1. Politik Denetim

Politik denetim, yasama organı tarafından yapılmakta ve 1982 Anayasası madde 98’de düzenlenen yazılı soru, genel görüşme, meclis araştırması ve meclis soruşturması gibi araçlarla yürütülmektedir. Milletvekili kendisini meclise taşıyan seçmenin sorunları ile uğraşırken kamu yönetimindeki sorunlar ile karşılaşır. Milletvekillerin seçmenlerinden gelen talep ve şikâyetleri üzerine, şikâyet edilen kurumdan sorumlu bakana yazılı veya sözlü sorular sorarak denetleme yapılmaktadır. Anayasa’da düzenlenen dilekçe hakkı (mad. 74) ile bireylere kamu ile ilgili hususlarda Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne başvurma imkânı sağlanmıştır. Vatandaşlar, milletvekilinin yanında dilekçe hakkını kullanarak denetimi başlatabilirler. TBMM, başvuru üzerine harekete geçmekte ve ilgili konuya müdahil olmaktadır.

TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu da önemli bir denetim işlevi görmektedir (Kullukçu, 2006). Meclisteki bütçe görüşmeleri de yönetim faaliyetlerinin denetlenmesinin başka bir politik yöntemidir. Bu yolla bazı kurumların harcamaları kısıtlanabilir.

1.2.5.2.2.2.Yargı Denetimi

İdarenin idari eylem ve işlemlerinin, yargı organları tarafından denetlenmesi, hukuk devleti anlayışının bir sonucudur. Bu durum hukuk devletinin temel güvencesidir (Kullukçu, 2006).

Yargı denetiminin temel amacı, vatandaşları idare karşısında korumaktır. Yönetimin yargı tarafından denetlenmesi, hukuk devleti düşüncesinin yerleşmesine, kişi hak ve hürriyetlerinin gelişmesine paralel olarak ortaya çıkmıştır (Eryılmaz, 2016).

Yargı denetimi, idari organların iyi işlemlerini amaçlar. Kamu idaresi karşısında vatandaşlar ile kamu memurlarının haklarını korurken, politik iktidarın ve yönetimlerin yasalara ve hukuk kurallarına bağlı kalmasını sağlamış olur. Yönetimlerin yargı denetimi dünyada genellikle iki şekilde olur. Birincisi ve en yaygın şekliyle, yönetimlerin idari yargı organları tarafından denetlenmesidir. İdari yargı denetimi Türkiye ve Kıta Avrupa'sı ülkelerde olduğu gibi (Anayasanın 125. Maddesi) Bölge İdare Mahkemeleri, Danıştay, Sayıştay gibi organlar eliyle yürütülmektedir. İkincisi ise Anglo-Amerikan sistemi yönetimlerde olduğu gibi -idarelerin işlemleri de tıpkı vatandaşların eylemleri gibi- sivil yargı organları ile denetlenmesidir.

1.2.5.2.2.3.Kamu Denetçisi Denetimi (Ombudsman Denetimi)

Ombudsmanlık sistemi, 1712'de Osmanlı Devleti'ne sığınan İsveç Kralı'nın (12. Karl) burada gördüğü halkı korumak üzere oluşturulan padişahlık mahkemesi (kadılık) fikrinden etkilendiği ve İsveç'e döndüğünde askeri ve diplomatik işlerin yükü nedeniyle, merkezde güvendiği bir kişiyi ülkenin uzak yerlerine temsilci (ombudsman) olarak görevlendirmesiyle başlamış ve hızla yaygınlaşmıştır.

Gücünü parlamentodan alan ve parlamento tarafından seçilen, yürütmeden ve parlamentodan bağımsız olarak faaliyet gösteren kurum, yönetimin eylem ve işlemlerini denetlemektedir. Uluslararası Barolar Birliğinin tanımına göre: "Yönetimin (hükümet kuruluşları, yetkilileri ve çalışanları) tarafından haksızlığa uğramış kişilerin şikâyetleri doğrultusunda veya kendi isteği ile harekete geçen disiplin uygulaması önerme ve rapor yayınlama hakkı olan bir ofis" (Babüroğlu, 1997) olarak tanımlanmaktadır.

1.2.5.2.2.4.Baskı Grupları ve Kamuoyu Denetimi

Demokrasinin bir gereği olarak medya ve baskı grupları tarafından iktidarlar veya kamu yöneticileri üzerinde yapılan denetimdir. Yasama organının, kamu yöneticilerine önemli ölçüde düzenleme ve siyasa yapma gücü vermesi baskı guruplarının kamu yönetimleri üzerinde etkili olmasına sebep olmuştur (Tortop vd. 2016).

Kamuoyunca yapılan denetim hem demokrasinin bir gereği hem şikâyetlerin yönetim tarafından dikkate alınması ve vatandaşların taleplerini rahatça ifade edebilmeleri açısından önemlidir. Halkı etkileme ve ondan etkilenme bakımından halkla ilişkiler önemlidir. Bu denetim kamuoyunun uyanık, duyarlı olması açısından da önemlidir. Kamuoyu ve baskı gruplarıyla yapılan denetimin etkili olabilmesi için duyarlı vatandaşlara gerek vardır (Göksu, 2012).

Baskı grupları amaçlarını gerçekleştirmek veya kendi sorunları ile ilgili gündem oluşturmak için değişik faaliyetlerde bulunurlar. Bürokratik sorunları bakanlara, milletvekillerine ve üst düzey yöneticilere iletirler. Alınan kararları etkilemek ve alınması düşünülen kararlar için bilgi edinmek isterler. Yetkili otoritelere hazırlattıkları raporlarla, yönetimleri psikolojik olarak ikna etmek, lehlerine yönelik politik kararlar aldırmaya çalışırlar (Eryılmaz, 2016).

Baskı grupları yönetim gibi dolaylı olarak yönetimi etkilemesi için kamuoyunu etkilemeye çalışırlar. Kamuoyu yönetimin işleyişi ile ilgilenir, yolsuzluk gibi olaylara tepki gösterir. Meslek grupları şeklinde örgütlenmesi durumunda yönetimlerin yolsuzlukları önleyici doğrultuda bir denetim sağlar.

1.2.5.2.2.5.Uluslararası Denetim

İnsan haklarına saygı, çevrenin korunması, terör, demokrasi, gibi uluslararası nitelikte olan ve ulus düzeyinde çözülemeyeceği düşünülen konular, uluslararası örgütlenmeler aracılığıyla çözümlenmeye çalışılmaktadır. Her geçen gün önemi artan bu yöndeki örgütlenmeler, baskı aracı olarak, örgüt üyesi olan ülkelerin ulusal politikalarına yön vermekte ve uluslararası denetimi de beraberinde getirmektedir. ILO, AIHM, BM, Avrupa Parlamentosu gibi örgütlenmelerin bazılarının kararları iç hukukta ve dolayısıyla yönetimde bağlayıcı iken bazılarının böyle bir niteliği yoktur. Özellikle Türkiye'nin de 1954'te onayladığı Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi bireyi

uluslararası hukuk ile korumakta ve hak sahibi yapmaktadır. Uluslararası örgütlenmeye farklı bir boyut kazandırmış olan AB, uyum süreci çerçevesinde aday devletlerin hukuksal, ekonomik, sosyal, kültürel, siyasal yapılarını, bütünleşmeye uygun hale getirmelerini istemektedir. Bu maksatla ülke politikalarının oluşumunu etkilemekte, uyum süreçlerini, verilen taahhütlerin yerine getirilip getirilmediğini denetlemektedir (Akpınar, 2006).



İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK YÖNETİMİ, TARİHSEL GELİŞİM

“Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi, olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi” diyerek başlayan ve birçok sağlık kuruluşunun duvarında yazılı olan Kanuni Sultan Süleyman’ın bu meşhur şiirini hasta olduğu bir anda yazdığı rivayet edilmektedir. Osmanlı İmparatorluğu’nun en güçlü padişahının yazmış olduğu bu dizeler sağlığın önemini vurgulamak açısından son derece önemlidir.

Bu bölümde ilk olarak sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması açıklanacak; sağlık hizmetleri yönetiminin özellikleri tanımlanarak, özellikle Türkiye’deki tarihsel gelişimine değinilecektir.

2. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

2.1.Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı basitçe hastalığın olmaması durumu olarak tanımlanmaktadır (Önder, 2014). Bakıldığında bu tanımlama hastalık kavramı ile bağlantılı negatif bir durumu belirten mesaj taşımakta ve hastalık ile birlikte açıklanmaktadır. Ancak günümüzde sağlığa atfedilen önem nedeniyle çağın gerisinde kalan dar bir tanımlama olmuştur. Buna karşın Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) kuruluş yasasında “Sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır (Fişek, 1982, s. 1).

Sağlık mevzuatımızın kilometre taşlarından olan 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun 2. maddesi de DSÖ’nün tanımıyla benzer “sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.” şeklinde tanımlanmaktadır (TBMM, 1961).

2.2.Hastalık Kavramı

Hastalık kavramı ise hekimlik mesleğinin uzmanlık alanına girdiğinden “doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı hal”

şeklinde tanımlanabilir (Fişek, 1982, s. 1). Biyolojik anlamda belki doğru bir tanımlama olsa da hastalık sadece biyolojik bir süreç değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel bir süreçtir.

Her insanın kendini algılama biçimi ve buna uygun olarak da sağlık ve hastalık anlayışı vardır. Kişi açısından bakıldığında hastalık öznel (subjektif) bir nitelik taşır. Kişinin kendinde meydana gelen bedensel ve ruhsal olağandışı değişiklikleri ve rahatsızlıkları ifade eder.

Bir olgunun hastalık olarak tanımlanmasında, kişilerin sosyal gelişmişliği ve yaşadığı kültürün etkisi bulunmaktadır. Hastalık kavramı her ülkede sosyal ve kültürel açıdan farklılık gösterebilir. Bu farklılık içinde bulunulan kültürün hastalık anlayışı ile sağlık konusundaki bilgi düzeyinden kaynaklanmaktadır (Hayran & Sur, 1998, s. 6).

2.3.Sağlık Hizmetleri Kavramı

Kamuoyunda sağlık hizmeti denince sadece hasta tedavi hizmeti anlaşılır. Oysaki sağlık hizmetleri, önem sırasına göre, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici hizmetlerdir. Koruyucu hekimlik hizmetleri hastalıklardan koruma yanında erken tanı, tedavi (ikincil koruma) ve hastalığın nüküs ve komplikasyonlarından korumayı (üçüncül koruma) da kapsar (Fişek, 1982).

Sağlık Hizmetleri (*Health Services*) İngilizcede kamu sağlık örgütlerinin çalışmasını kapsarken, Türkçede sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmaları kapsayan bir anlam ifade etmektedir (Fişek, 1983, s. 4)

Dilimizdeki anlamı ışığında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesinde "sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörün tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler" şeklinde tanımlanmıştır (TBMM, 1961)

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yapmış olduğu tanımlamada "sağlık hizmetleri devletin iktisadi işlevinin en az seviyede olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir." der. Bu tanımlama sağlık hizmetini devletin zorunlu bir ödevi haline getirir.

İnsanlık tarihine bakıldığında yüzyıllar boyunca hastaların hekim hizmetinden yararlanabilmesi için hekim hizmetini satın alabilecek güçte olmaları doğal bir gereklilik olarak görülmüştür. Bu gücü olmayanların kaderine razı olması da

yadırganmamıştır. Bu duruma ilk tepki 19. yüzyıl ortalarında Almanya’da işçilerden geldi. Oluşan tepki sonucu ‘Sağlık Sigortası’ sistemi doğdu. Almanya’yı diğer gelişmiş sanayi ülkeleri takip etti ve onlarda da sağlık sigorta sistemi kabul edildi. Bunun yanında bir kısım ilerici hekim ve düşünürler de herkesin sağlık hizmetinden yararlanması olanağının sağlanmasını ve bunun bir devlet görevi olduğunu savunmaya başladılar. Bu düşünce akımı 1948 Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi ile amacına erişti. Bu bildirmede “Yaş, cins, ırk, din, siyasal inanç ve sosyo-ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın herkesin mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık hizmetine kavuşması doğal hakkıdır” yargısı yer almıştır (Fişek, 1982).

Sağlık hizmetleri hakkı ile ilgili hükümler, Anayasamızın 56. maddesinde düzenlenmiştir. Bu maddeye göre,

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurabilir.”

Görüldüğü gibi Anayasamızın 56. maddesi kişinin toplumdan ve devletten, sağlığının korunması, gerektiğinde tedavi edilmesi ve toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesi gibi bir hakkının olduğunu ve bu hakkı karşılığında devletten sağlık hizmetlerinin sağlanmasını talep edebileceğini belirtmektedir (Çamcı, 2007, s. 29).

2.4.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, klasik olarak birincil (koruyucu), ikincil (iyileştirici-tedavi edici) ve üçüncül (rehabilite edici) sağlık hizmetlerini kapsayan ve vatandaşların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla ülke genelinde örgütlenmiş kurumlarca verilen hizmetlerdir. Günümüzde devletin sağlık örgütlenmesi dışında özellikle ikincil ve üçüncül sağlık hizmeti sunan birçok özel sağlık kuruluşu da vatandaşların sağlık

ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Çalışmamız resmi sağlık örgütlenmesi üzerine olması nedeniyle verilecek bilgilerde ağırlıklı olarak bu yönde olacaktır. Ancak günümüzde özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin artması ve kamu-özel ortaklıklarının da gelişmesiyle özel sağlık hizmetlerine ayrı bir başlık altında değinilecektir.

2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kısaca hastalık oluşmadan önce alınacak önlemleri kapsar. Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler bu grupta yer almaktadır. Bu hizmetler çevreye ve kişiye yönelik olarak ikiye ayrılır.

Kişiye Yönelik Koruyucu Hizmetleri: Kişisel düzeyde sağlığın geliştirilmesi amacıyla hekim, ebe ve hemşire gibi sağlık hizmeti veren meslek mensuplarınca yürütülen hizmetlerdir. Bunlar:

- ❖ Bağışıklama,
- ❖ Hastalıkların erken tanı ve tedavisi,
- ❖ İlaçla koruma,
- ❖ Kişisel temizlik ve bakım,
- ❖ Yeterli ve dengeli beslenme,
- ❖ Aşırı doğurganlığın kontrolü,
- ❖ Sağlık eğitimidir.

Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler: Bu hizmetlerin amacı çevremizde sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetler:

- ❖ Besin kontrolü ve güvenliği
- ❖ Yeterli ve temiz su sağlanması
- ❖ Hava kirliliği kontrolü
- ❖ Atıkların kontrolü
- ❖ Konut sağlığı
- ❖ İş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolüdür (Hayran & Sur, 1998, s. 18).

Koruyucu sağlık hizmetleri devletin sağlık sisteminin maddi anlamda, vatandaşların maddi ve manevi anlamda yıpratılmaması için önem verilmesi gereken bir konudur.

2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kalmasından veya başka türlü sebeplerden sağlığı bozulan kişilerin sağlıklı günlerine kavuşturulmasına yönelik sunulan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri sunan kurumlar ayakta ve yataklı olarak iki ana grupta toplanabilmektedir. Ancak sunulan hizmetin kapsamı ve yoğunluğu açısından bakıldığında birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır (Kızılhan, 2017).

2.4.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastalıkların evde ve daha çok ayakta (günübirlik) teşhis ve tedavi edildiği hizmetlerdir. Sağlığı bozulan kişilerin ilk başvurduğu kurumlarda sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Ülkemizde Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri, özel muayenehane, tıp merkezi ve hastaneler birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara örnek verilebilir.

2.4.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

İkinci basamak tedavi hizmetleri, birinci basamak sağlık kurumlarında teşhis ve tedavisi yapılamayan hastaların yatırılarak tedavi edilmesi amacıyla düzenlenmiş hizmetlerdir. Tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler ve kamu-özel ortaklı şehir hastaneleri bu hizmetin sunulduğu kurumlardır.

2.4.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri ise ileri tetkik ve tedavi gerektiren üniversite hastaneleri gibi eğitim araştırma hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri tarafından verilen, yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren tedavi hizmetleridir. İkinci basamak tedavi hizmetlerinde teşhisi konulamayan ya da tedavisinin daha karışık (komplike) olduğu hastalıklar için kurulmuş, en ileri tetkik ve tedavilerin yapıldığı kurumlardır (Kızılhan, 2017).

Üçüncü basamak tedavi edici hizmet veren kuruluşlar arasına vakıf ve dernekler tarafından kurulan hastane ve poliklinikleri de katmak gerekir. Lösemili Çocuklar Vakfı (LÖSEV)'in kurmuş olduğu LOSANTE Çocuk ve Yetişkin Hastanesi örnek olarak verilebilir.

2.4.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitate edici sağlık hizmetleri, insanlarda hastalık ve kazalar neticesinde meydana gelen kalıcı bozukluk ve sakatlıkların hayat kalitelerini olumsuz yönde etkilemesini önlemek ya da bu etkiyi minimuma indirmek için sunulan sağlık hizmetleridir. Kişinin bedensel ve ruhsal olarak başkalarına bağımlı olmaksızın yaşamasını sağlamak temel hedeftir (Hayran & Sur, 1998, s. 19).

Bu hizmetler tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki şekilde verilmektedir:

- ❖ Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel bozukluk ve kalıcı sakatlıkların düzeltilmesidir. İşitme, görme vb. bozuklukların minimize edilmesidir.
- ❖ Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlık veya başka bir kusur sebebiyle engelli olan kişilerin günlük yaşama aktif olarak katılmaları, birine bağlı olmadan bağımsız şekilde yaşayabilme ve işe uyum sağlama gibi çalışmaları kapsar (Hayran & Sur, 1998, s. 19).

2.5.Özel Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de sağlık hizmetleri 1923 yılında Cumhuriyet’in kuruluşundan itibaren 1982 yılına kadar devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiştir. 1980’de meydana gelen askeri darbe ve sonrasında değişen anayasa ile birlikte sağlık sisteminde hizmeti devletin sorumluluğu altından çıkarıcı politikalar izlenilmeye başlanmıştır. 1982 Anayasasına göre devlet sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemekle görevlendirilmiştir. Anayasaya göre devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirecektir. İlgili madde özel sağlık ve sigortacılık sektörlerini teşvik edici niteliktedir.

1990’lar ve 2000’ler, Türkiye’de özel hizmet sunan sağlık kuruluşları sayısında hızlı artış ve özel sağlık sigortası için sağlık alanının bir ‘pazar’ olarak

gelişmesinin yaşandığı yıllar olmuştur. Örneğin Türkiye’de 2002 yılında 271 olan özel hastane sayısı iki kat artarak 2012’de 541’e yükselmiştir (Ertem & Çan, 2014). Yine 2002 yılında 73.408 olan özel hastane yatak sayısı 2012 yılında 77.750’ye çıkmıştır. Yatak sayısının aynı oranda artmadığı bu dönemde özel sağlık kurumlarının ayakta tedavi hizmetlerini daha fazla verdiği anlaşılmaktadır.

Özellikle 2002’den sonra Türkiye’de bir yandan toplam sağlık harcamaları artarken diğer yandan da sosyal güvenlik kurumlarının özel sektörden sağlık hizmeti satın almasının yolu açılarak özel sağlık sektörü desteklenmiştir. “Sağlık Reformları” adıyla dile getirilen bu değişiklikler 2003 yılına gelindiğinde ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’ olarak isimlendirilmiştir. SDP ile Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) adı altında önemli girişimler gündeme gelmiştir. Bu ortaklık devletin özel bir şirket / şirket grubu ile uzun süreli (49 yıla kadar) sözleşme ile ilişki kurması esasına dayanmaktadır. Sözleşme ile kamu hizmeti verilecek sağlık tesisi özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete kiraya verilmekte, devlet de hem kira ödemekte hem de bu tesiste verilecek ‘çekirdek hizmet’ dışındaki hizmetleri şirketlere devretmesi söz konusu olmaktadır. Bu düzenlemeler günümüzde ‘Şehir Hastaneleri’ projeleri ile karşımıza çıkmaktadır.

Özel sağlık hizmetleri sektörü geçtiğimiz 15 yıl içerisinde, özel sektörü destekleyici politikaların da etkisiyle gelişme göstermiştir ve önümüzdeki dönemde bu pozisyonunun devam etmesi beklenmektedir. Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği’nin (TOBB) Aralık 2017’de yayınlamış olduğu ‘Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış’ belgesinde Şehir Hastaneleri projelerinin başarısına ve sağlık turizmi alanında da kamu - özel ortaklıklarının kurulmasına değinilmekte, bu alanlar yatırım alanı olarak değerlendirilmektedir (TOBB, 2017).

Yaşlı nüfus oranının artması ve hastalıkların kronikleşmesi ile beraber sağlık hizmetlerine ve dolayısıyla özel sağlık hizmetlerine ihtiyacın artarak devam etmesi beklenmektedir. Kamu-özel sektör ortaklığının gelişmesi, sağlık hizmetlerinin karşılanmasında özel sektörün payının giderek artması gibi sebepler devletin bu alandaki koordinasyon ve denetim sorumluluğunu da artırmaktadır. Özellikle acil sağlık hizmetlerinin karşılanması noktasında 112 ile özel hastaneler arasında bir eşgüdüm ihtiyacı duyulmaktadır. Özel hastanelerin sayısındaki artış da devletin denetim görevini ifa etmesini daha önemli hale getirmektedir.

2.6.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin iki temel amacı bulunmaktadır. Birincisi kişilerin sağlıklı olmasını sağlamak ve bunu koruyup geliştirmek, hastalıklara karşı gerekli önlemleri alarak toplumun sağlık standardını yükseltmektir. İkinci temel amaç ise alınan önlemlere karşın meydana gelen sağlık sorunlarına düşük maliyetle, en kısa sürede ve etik ilkelere uygun yanıt vererek kişilerin/toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktır (Karaçor & Arkan, 2014).

Diğer hizmet türleri incelendiğinde sağlık hizmetleri bazı özellikleri bakımından ayrılmaktadır. Bu özellikler (Öztürk, 2007):

- ❖ Tüketicilerin tüm bilgilere sahip olmaması,
- ❖ Hizmeti sunanların bilgi gücü,
- ❖ Tüketicilerin akılcı olmayan davranışları,
- ❖ Tıp mesleğinin kuralları,
- ❖ Ürün, kalite ve talepte belirsizlik,
- ❖ Dışsalılıklar nedeniyle yarı kamusal mal olması ve devlet müdahalesine açık olması, şeklinde sıralanmaktadır.

Ayrıca, sağlık hizmetinin ertelenemez ve ikame edilemez oluşu, tüketiminin belirsiz oluşu, boyut ve kapsamının hizmet sunan hekimler tarafından belirlenmesi, sağlık hizmeti pazarının tekelleşmeye müsait olması, fiyatlarla gerçek maliyetler arasındaki ilişki (korelasyon) zayıflığı da sağlık hizmetlerinin ayırıcı özelliklerindendir (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2012).

2.7.Sağlık Yönetimi

İnsanlar birey olarak başaramadıkları amaçlarına ulaşabilmek için gruplar oluşturmaya başladıklarından beri bireysel çabaların koordinasyonunu sağlamak için yönetim gerekli olmuştur. Toplumlar grup çabasına giderek daha fazla bağımlı hale geldikçe ve örgütlenmiş grupların büyüklük ve karmaşıklığı arttıkça yönetimin önemi de artmaktadır. Bu nedenle günümüzde insan faaliyetlerinin en önemlisinin yönetim olduğunu söylemek mümkündür.

Yönetim kavramı, uzunca bir süre iş ve işletme yönetimi ile aynı anlamda kullanılmış ve gerçekten büyük iş kuruluşlarından çıkmış olsa da zamanla sadece ticaret ve kâr amacı güden kuruluşları kapsayan bir kavram olmaktan çıkmıştır.

Yönetim; ister kamu yararına bir kuruluş, ister kamu kurumu, isterse gönüllü kuruluş olsun tüm kurum ve kuruluşlar için gerekli bir kavramdır. Hatta bugün ticari olmayan kuruluşlar için daha fazla önem taşımaktadır. Bundan dolayı özellikle sağlık hizmetleri yönetiminin çağdaş yönetim ilkelerine göre hareket etmesi kaçınılmazdır (Hayran & Sur, 1998).

Genel yönetimin fonksiyonları olan planlama, örgütlenme, yönetme, eşgüdüm ve denetim fonksiyonlarına ait bilgi, teknik ve uygulamalar sağlık yönetimi için de geçerlidir (Ak, 1990).

2.7.1. Sağlık Yönetimi Kavramı

Yönetim yöntem bakımından evrensel, uygulama bakımından kültüre bağlı bir bilimdir. Yönetim biliminin tanımına koşut olarak sağlık yönetimi: “Bir topluma sağlık hizmeti sunma amacı ile bir örgütte çalışan kişilerin yaptıkları eylemlerden oluşan bir süreci inceleyen bilimdir.” Bu sürecin ögeleri planlama, örgütlenme, insan gücü, finansman, yönlendirme, eşgüdüm ve denetimdir (Fişek, 1983, s. 11).

Daha kapsamlı bir tanımlama ile sağlık yönetimi, “halk sağlığı korunarak insan hayatı için problem teşkil edebilecek ulusal ekonomiye ve insan gücüne etkisi olan hastalıkların tedavisi, sağlık ve sosyal yardım tesislerinin kurulması, sağlık sorunları için plan ve programlar ve gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, hizmet çeşitleri ve ihtiyaçları doğrultusunda personel yetiştirilmesi ve dolayısıyla sağlığın elde edilmesi faaliyetlerinin yönetimidir” (Çamcı, 2007, s. 41).

Sağlık hizmetleri yönetiminin tanımı ise “kişilerin, toplumların, ya da kurumların sağlık ve tıbbi bakım ile iyi bir ortamda yaşamalarını sağlamak için, kullanılan kaynakları, yürütülen faaliyetleri ihtiyaç ve talepler doğrultusunda, planlamak, örgütlemek, yönlendirmek, denetlemek ve koordine etmektir.” şeklindedir (Hayran & Sur, 1998, s. 114)

2.7.2. Sağlık Yönetiminin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, sunumu açısından çeşitlilik göstermesi ve insan hayatının devamı veya kalitesiyle doğrudan ilişkili olduğundan yönetim açısından özellikleri olan bir alandır.

Koruyucu ve birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri yönetiminde, topluma yönelik sektörler arası bir faaliyet yönetimi gerektirir. İkinci ve nc basamak tedavi edici hizmetlerinin verildiği sağlık merkezlerinde poliklinik, laboratuvar, röntgen, ameliyat ve otelcilik hizmetleri gibi geniş bir alanda yönetsel faaliyetler gerektirir. Bu durum sağlık hizmetlerinin yönetimini oldukça karışık bir hale getirmektedir.

Sağlık hizmetleri yönetiminin diğer kâr amaçlı kuruluşlardan ayrılan bir diğer özelliği ise, sağlık yönetimindeki yanlış kararların hayati sonuçlarının olmasıdır. Sanayi işletmelerinde yanlış yönetsel kararlar üretim düşüklüğü veya maddi zarar gibi sonuçlar doğururken, sağlık yönetiminde alınan yanlış bir kararda ise insan hayatının kalitesinde düşme, toplumsal sağlık sorunları gibi sonuçlar meydana gelmektedir. Diğer sektörlere göre yanlış kararın bedeli maddi zararlarla değil insan hayatı ile ödenebilmektedir.

Sağlık hizmetleri yönetimi özellikle insan sağlığı konusunda olduğu kadar, psikoloji, sosyoloji, insan kaynakları, iletişim, işletme, muhasebe, ekonomi, hukuk konularında da bilgi sahibi olmayı gerektirmektedir (Hayran & Sur, 1998, s. 142,143).

2.7.3. Sağlık Yönetiminin Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetlerinin dünyadaki örgütlenme yapıları incelendiğinde karşımıza büyük bir çeşitlilik çıkmaktadır. Kurumsallaşma, kültür, taleplerin farklılığı, ekonomi gibi etkenler sağlık yönetimi örgütlenmesini toplumdan topluma çeşitlendirmiştir.

Sağlık hizmetleri, dünyada sanayi devriminin gerçekleşmesiyle birlikte kentleşme, sanayileşme ve nüfus hareketlerinden etkilenmiştir. Bu dönemde hastalık ve bilim alanında yargıların değişmesi, sağlık alanında iş bölümü ile birlikte örgütlenmenin gelişmesi, ilk olarak Almanya’da risk paylaşımından hareketle sigortacılığın ortaya çıkmadı, hayırseverlerin yerine yöneticilerin geçmesi gibi türlü etmenler nedeniyle her ülke kendine özgü sağlık sistemlerini geliştirmiştir (Hayran & Sur, 1998, s. 217). Türkiye’de sağlık yönetimin gelişim süreci ise Selçuklu Devletinden başlanarak aktarılmaktadır.

2.7.3.1.1920 Öncesi Sağlık Yönetimi

Anadolu coğrafyasında sağlık hizmetlerinin gelişimi, 1206'da Selçukluların Kayseri'de kurduğu Gevher Nesibe Hastanesi ve Tıp Medresesi ile başlar. Bu dönemde hükümdarlar ve beyler farklı şehirlerde vakıflar bünyesinde sağlık tesisleri kurmuş, bu tesisler için yurtdışından hekimler getirterek sağlık hizmeti verme ve hekim yetiştirme çabasına girişmişlerdir. Hükümdarlar, kurdukları vakıf hastanelerini yönetmiş, denetlemiş ve hastane haricinde hekim geçinenlerle mücadele etmişlerdir (Fişek, 1983, s. 155).

Osmanlıda Fatih Sultan Mehmet döneminde Hekimbaşılık Kurumu kurulmuştur. Hekimbaşılar, sağlık yönetiminde bugünkü sağlık bakanına eşdeğer kişilerdir. Hekimbaşılar, resmi ve özel bütün sağlık kuruluşlarını düzenleme ve denetleme yetkilerine sahipti. 1469-1850 yılları arasında devam eden hekimbaşılık dönemi, 1849 yılında kurulan Mekteb-i Tıbbiye Nezareti (Tıp Okulu Bakanlığı) ile son bulmuştur (Hayran & Sur, 1998, s. 220).

II. Mahmut (1808-1839) döneminde ülkede vilayet-liva-kaza-bucak şeklinde idari bir örgütlenme oluşturulması ile beraber sağlık örgütü şekli de buna göre değişmiş ve sağlık hizmetlerinde reform gerçekleşmiştir (Çamcı, 2007, s. 73).

Sağlık hizmetlerinin yönetim sorumluluğu 1914 yılında çıkarılan bir kanun ile Dâhiliye Nezareti (İçişleri Bakanlığı) bünyesinde kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiye'lerine (Sağlık Genel Müdürlüğü) verilmiştir. Osmanlı İmparatorluğu'nun son döneminde sağlık hizmetleri, Dâhiliye Nezaretine bağlı ikinci derecede bir devlet örgütü olarak teşkilatlanmıştır.

2.7.3.2.1920-1923 Dönemi

TBMM Hükümetinin kuruluşu ile birlikte sağlık hizmetleri bir devlet görevi olarak ele alınmaya başlanmış ve modern anlamda temelleri atılmıştır. Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde sağlık hizmetleri, İçişleri Bakanlığına bağlı bir genel müdürlük tarafından yürütülürken 23 Nisan 1920'de kurulan Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Hükümeti, sağlık teşkilatını İçişleri Bakanlığı bünyesinden ayırmış, 3 Mayıs 1920'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığını kurmuştur. İlk Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. Adnan Adıvar (3 Mayıs 1920-10 Mart 1921) döneminde yeni yapılanma üzerinde durulmuştur. Kurtuluş Savaşı'nda Sağlık Bakanlığı hem

kendi örgütünü oluşturmaya çalışmış hem de göçmenlerin ve Ankara'ya cephelerden getirilen yaralıların tedavileriyle uğraşmıştır. Bu dönemdeki sağlık yönetiminin öncelikli amaçları şunlar olmuştur (Çamcı, 2007, s. 76):

- ❖ Merkezden köylere kadar uzanan örgütlenmenin oluşturulması,
- ❖ Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
- ❖ Sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından desteklenmesi,
- ❖ Savaş sonrası problemlerin çözülmesi.

2.7.3.3.1923-1937 Dönemi

Cumhuriyet dönemi ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam 14 yıllık bakanlığı süresince sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve gelişmesine damga vurmuştur. Dr. Refik Saydam'ın 1923-1937 yılları arası bakanlık yaptığı dönemlerde koruyucu sağlık hizmetleri ön planda tutulmuş, bu hizmetleri devletin görevi sayan politikalar uygulanmıştır. Salgın ve bulaşıcı hastalıklarla savaş devletçe yapılmıştır. Hasta tedavi hizmetleri ise hükümet görevi olarak kabul edilmemiş, bu hizmetler belediye ve özel idarelere yani yerel yönetimlere bırakılmıştır. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile özellikle yerel yönetimlere rehber olması için örnek sağlık kuruluşları (Numune Hastaneleri) açılmıştır (Metintaş ve Elçioğlu 2007, s. 166).

Dr. Refik Saydam tarafından yerel yönetime paralel olarak kurulan sağlık örgütü ise illerde valiye bağlı ve onun sağlık işleri konusunda danışmanı olan sağlık müdürü, ilçelerde kaymakama bağlı olarak faaliyet gösteren ve kaymakamın danışmanı olan hükümet tabibinden oluşmaktadır (Çamcı, 2007, s. 79).

Şekil 3. Dr. Refik Saydam Dönemi Sağlık Örgütü



Nüfusunun %90'ından fazlası kırsalda yaşayan dönemin Türkiye'sinin sağlık teşkilatı için hükümet tabiplikleri önem arz etmekte ve farklı görevleri bulunmaktadır. Bu görevler başlıca aşağıdaki gibidir (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2017, s. 133):

- ❖ Koruyucu hekimlik görevi,
- ❖ İyileştirici hekimlik görevi,
- ❖ Adli hekimlik görevi,
- ❖ Sağlık yöneticiliği görevidir.

Önemli hastalıklarla mücadele, en sık görülen, çok öldüren ve sakat bırakan iş gücüne engel olan hastalıklar ile savaşmak anlamına gelmektedir. Bu nedenle bu dönemin önemli hastalıklarından sıtma, trahoma, frengi ve lepra gibi salgın hastalıklarla mücadele için 'dikey örgütlenme' biçiminde örgütler kurmuştur (Hayran & Sur, 1998, s. 224).

Kamu sektöründe çalışan tüm personelin atama, yükselme ve cezalandırma işleri tek elde, Sağlık Bakanlığında toplanmış, böylece bakanlık işleri yürüten asıl kurum haline gelmiş, özel idareler ve belediyeler ise hastaneleri finanse eden kuruluşlar olarak kalmıştır (Çamcı, 2007, s. 79).

2.7.3.4.1938-1960 Dönemi

Sağlık yönetiminde Dr. Saydam dönemi sonrası en önemli gelişme, zamanın Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 'Birinci On Yıllık Sağlık Planı'nın hazırlanması olmuştur. Plan sağlık hizmetlerinin entegrasyonunu sağlayarak, sağlık hizmetlerini yurdun geneline yaygınlaştırmayı amaçlamaktadır. Dolayısıyla sunulan

sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu kapsamına alınmıştır (Çavmak & Çavmak, 2017).

“Behçet Uz Planı” diye anılan plana göre ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölge kendi kendine yeter hale getirilecektir. Ayrılan bölgelerde her 40 köy için 10 yataklı sağlık merkezleri oluşturulacaktır. Sağlık merkezlerinde iki hekim ve on bir hekim dışı sağlık personeli bulunacaktır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini birleştirerek entegre hizmet verecek olan “sağlık merkezleri” tamamlandığında ise bölgeye bir adet tıp fakültesi kurulması planlanmıştır. Behçet Uz’un bakanlığı sonrasında (1955) uygulama alanı bulamayan planlama, her ilçeye bir sağlık merkezi açılması haline dönmüştür (Aydın, 2002).

Sağlık hizmetleri yönetimi anlamında diğer önemli gelişme ise, 1945’te işçi sağlığının bir sosyal sigorta sistemi içinde korunup sağlanması amacıyla işçi sigortaları kurulmuş ve 1952’den itibaren de özel sektörde çalışan işçilere ve kamu sektöründeki mavi yakalılara sağlık sigortası sağlamak üzere SSK hastaneleri açılmaya başlanmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumunun (SSK) ülkede sağlık hizmeti sunumuna ve sağlık personeli istihdamına başlamasıyla Sağlık Bakanlığının işleri yürüten asıl kurum olma anlayışının dışına çıkmıştır (Fişek, 1983, s. 162).

1950 yılı seçimlerinden sonra iktidara gelen Demokrat Parti sağlık merkezlerinin yapımını hızlandırmış ve buralarda koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetlerini birlikte vermiştir.

1950-1960 yılları arasındaki en önemli değişikliklerden biri de Dr. Refik Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi edici sağlık hizmetlerinin resmen Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenilmiş olması ve hastanelerin Bakanlık tarafından devralınmasıdır (Hayran & Sur, 1998, s. 225).

2.7.3.5.1960-1980 Dönemi

1960 yılından sonra ülkemizde planlı kalkınma dönemine girilmiştir. 1963-1967 dönemini içeren Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (BBYKP), Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından hazırlanmış ve büyük ilgi ve heyecan ile karşılanmıştır (Çamcı, 2007).

Sağlık hizmetlerinde ülke gereksinimlerine uygun bir hizmet gerçekleştirebilmesi için, 12 Ocak 1961 tarih ve 224 sayılı ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’ yürürlüğe konmuştur. Bu kanun ile temel bir

insanlık hakkı olan sağlık hizmetlerinden tüm vatandaşların sosyal adalete uygun olarak yararlanmaları amaçlanmıştır. Kanun, tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, birinci basamak sağlık hizmetlerinin köylere kadar yaygınlaştırılarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılmasını, koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamu sektörü sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesini, halk ile bütünleşilmesini ve kamu sektörü hekimlerinin tam gün çalışmasını öngörmüştür (Fişek, 1983, s. 163).

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın temel ilkeleri eşit hizmet, sürekli hizmet, entegre hizmet, kademeli hizmet, öncelikli hizmet, katılımlı hizmet, uygun hizmet, denetlenen hizmet, ekip hizmeti ve nüfusa göre hizmet şeklindedir.

Taşrada sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri biçiminde bir yapılanmaya gidilmiştir. 224 sayılı kanun, hükümet tabiplikleri yerine 5.000-10.000 arası nüfusa hizmet verecek sağlık ocaklarının kurulmasını hedeflemektedir. Kanun ilkeleri ışığında tasarlanan ve içerisinde bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru, 2-4 köy ebesi, bir tıbbi sekreter, hizmetli ve şoför bulunan sağlık ocakları sağlık örgütünün taşradaki temel birimi sayılmaktadır (Hayran & Sur, 1998, s. 226).

Kanun programının başarısız olması sebebiyle, 1978 yılında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için yeni önlemlere gereksinim duyulmuştur. Bu amaçla 2162 sayılı “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Kanunu” çıkarılmıştır. Kanun kapsamında Türkiye 16 bölgeye ayrılarak geri kalmış bölgelerde görev almayı özendirici koşullar getirilmiştir (Tengilimoğlu vd. 2017).

2.7.3.6.1980-2002 Dönemi

Bilindiği üzere Türkiye 12 Eylül 1980 tarihinde ikinci bir askeri darbe daha yaşamış ve 1982 yılına gelindiğinde yeni anayasa yürürlüğe konulmuştur. 1982 Anayasasının sağlık ile ilgili 56. Maddesine 2. Bölüm ‘Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması’ başlığında değinilmişti.

Devlet adına Anayasa’da belirlenen sağlık ile ilgili görevler, 1983 yılında yayımlanan 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Sağlık Bakanlığına verilmiştir. Kararname gereğince Türkiye’de sağlık ile ilgili kamu veya özel herhangi

bir kurum işlev görecekse Sağlık Bakanlığı'nın denetimi altına girmektedir (Hayran & Sur, 1998, s. 229).

1961 Anayasasında “sağlık hakkı” devletçe korunup gözetilmesi gereken bir görev iken 1982 anayasasında “sosyal devlet” ilkesi ile devletin düzenleyici ve denetleyiciliğine atıf yapılması sağlık politikalarında değişime gidildiğinin belirgin bir ifadesidir. 1983 genel seçimleri ile beraber iktidara gelen hükümetin benimsediği liberal politikalar değişimi hızlandırmıştır.

Dünya Bankası geliştirmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin reformu için 1987 ve 1989 tarihli gündemler yayınlamıştır. Bu gündemlerde sağlık sorunlarının çözümü için reformlar önermektedir. 2000’li yıllarda çıkan kanunlar ve günümüz sağlık sisteminin oluşmasına etkisi olan bu öneriler şunlardır (Yılmaztürk, 2013):

- ❖ Kamu sağlık kurumlarından yararlananlardan katkı payı alınması,
- ❖ Kâr amacı gütmeyen kurumlar, özel hekim, eczacı gibi hükümet dışı kaynakların etkili kullanımı,
- ❖ Hükümetin sağlık hizmetlerini yerinden yönetime (desantralizasyon) kaydırması,
- ❖ Yeni vergilerin konulması,
- ❖ Özel sektörün teknik ve finansman açısından desteklenmesidir.

Dünya Bankası’nın tavsiyeleri ile birlikte sağlık reform çalışmaları Türkiye’de ivme kazanmıştır. Sağlık politikalarının değişimi açısından başlangıç sayılabilecek ve dolayısıyla sağlık yönetimini etkileyen gelişme 1989 yılında Price Waterhouse tarafından Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) için hazırlanan “Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü” dür. Bu dokümanda ilk olarak, Türkiye’de sağlık sektörünün mevcut durumu en ince ayrıntısına kadar incelenmiş ve daha sonra sektör için bundan sonra geliştirilebilecek politika önerileri ele alınmıştır. Bu politika önerileri dört alternatif çevresinde gelişmiştir. Bunlar (Yüce, 2016, s. 42):

- ❖ Mevcut durumun devam ettirilmesi,
- ❖ Ulusal sağlık hizmeti seçeneği,
- ❖ Serbest piyasa seçeneği,
- ❖ Ara yol seçeneği.

Bunlar arasından dördüncü seçenek Price Waterhouse tarafından DPT’ye önerilmiş ve resmi olarak sağlık hizmeti reformunda en iyi yaklaşım olarak benimsenmiştir. Önerilen politikanın ana temaları, sağlık hizmetlerin sunumunun

finansmanından ayrılması, sağlık hizmetlerinde yerelleşme (desantralizasyon) ve nüfusun tamamını kapsayacak bir genel sağlık sigortasıdır.

Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü doğrultusunda 1992 yılında 1. Ulusal Sağlık Kongresi toplanarak yeniden yapılanma süreci başlatılmıştır. Sağlık sektörü, kurum, üniversite, mesleki birlik ve basını da içine alan yaklaşık 500 kişilik bir katılımcı grubu sağlık sektörünün örgütlenmesine ilişkin kapsamlı bir çalışma yapmıştır. Toplantıda hizmeti sunan ile satın alanın ayrıldığı bir reform önerisi getirilmiştir (Yılmaztürk, 2013).

1993 yılında toplanan 2. Ulusal Sağlık Kongresi'nde 'Ulusal Sağlık Politikaları' son şekli verilerek aşağıda belirtilen maddeler belirlenmiştir.

Bunlar (Akdağ, 2008, s. 20):

- ❖ Genel Sağlık Sigortasının (GSS) kurulması ve sosyal güvenlik kurumlarının tek şemsiye altında toplanması,
- ❖ Hizmet sunma ile finansman sağlama fonksiyonlarının birbirlerinden ayrılması,
- ❖ Sağlık hizmetleri planlama ve denetleme görevlerinin etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi için Sağlık Bakanlığı'nda yeniden yapılanmaya gidilmesi,
- ❖ Hastanelere özerklik verilmesi,
- ❖ Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi,
- ❖ Birinci basamak sağlık hizmetlerinin Aile Hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi şeklindedir.

Bu kongrede alınan kararlar doğrultusunda günümüze kadar uzanan bazı düzenlemeler yapılmıştır. Ancak bu dönemde liberal politika benimseyen hükümetlerin siyasi ve politik istikrarsızlıkları neticesinde 'Ulusal Sağlık Politikası' ile belirlenen hususlarda yapılan çalışmalar sonuçsuz kalmıştır.

Türkiye'de 1980 ve 1990'lı yıllarda belirlenen politikalar sağlık sektöründeki hedeflenen reformları gerçekleştirememiş olsa da 2002 yılı ile birlikte sağlık yönetimi, finansmanı ve sağlık hizmetleri sunumunun dönüşümüne kaynak teşkil etmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI İLE SAĞLIK ÖRGÜTÜNDE YAŞANAN DEĞİŞİM VE YENİ SAĞLIK YÖNETİMİ

Bu bölümde 2002 seçimleri ile iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi'nin sağlık politikası olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında, sağlık teşkilatı örgüt yapısını ve işleyişini değiştiren düzenlemelerden bahsedilecektir. Özellikle 2011 ve 2017 yılındaki düzenlemelerle oluşan taşra teşkilat yapısından bahsedilecek, taşra yönetimi ve görevleri açıklanacaktır.

3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLATI

3.1.2002-2011 Dönemi

Sağlık hizmetlerinde ve yönetiminde 1980 sonrası hayata geçirilmek istenen liberal sağlık politikaları 2002 seçimlerinden itibaren daha somut hale gelmiştir. Kurulan 58. Hükümet tarafından 16 Kasım 2002 tarihinde Acil Eylem Planı açıklanmış, “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirlenmiştir. Bu planda tüm nüfusu kapsayan bir sosyal güvenlik sisteminin kurulacağı ve devletin tüm vatandaşlara temel sağlık hizmetini sunmakla sorumlu olacağı ifade edilmektedir (Tengilimoğlu vd. 2017, s. 140).

Acil Eylem Planının hedeflerinden sağlık yönetimi ve teşkilat yapısını ilgilendiren maddeleri şunlardır (Akdağ, 2008, s. 21):

- ❖ Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- ❖ Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- ❖ Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- ❖ Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri yapılmasıdır.

Acil Eylem Planı çerçevesinde Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) hazırlanmıştır. SDP ile sağlık hizmetlerinin sunumundan yönetimine kadar sekiz ana ilke etrafında dönüşüm hedeflenmiştir.

Bu hedefler (Akdağ, 2008, s. 21):

- ❖ Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- ❖ Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,

- ❖ Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- ❖ Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- ❖ Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- ❖ Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- ❖ Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- ❖ Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

Belirlenen hedefler doğrultusunda sağlık hizmetlerinde radikal değişikliklere gidilmiş, sağlık örgütlenmesinde değişimler yaşanmıştır. SDP kapsamında uygulanan ve Türkiye’deki sağlık örgütlenmesini doğrudan etkileyen reformlardan biri, üniversite hastaneleri ile Millî Savunma Bakanlığına ait sağlık kuruluşları hariç tüm kamu sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı bünyesine dâhil edilmesidir. Bu bütünleşme, 1952-2005 yılları arasında faaliyet gösteren SSK hastanelerini Sağlık Bakanlığına bağlamış, SSK’nın hizmet sunumu işlevini bırakmasına ve sadece satın almaya odaklanmasına neden olmuştur (OECD, 2008).

SDP’nin ana reform başlıklarından biri de sosyal güvenlik sisteminin düzenlenmesidir. 5502 sayılı ve 5510 sayılı Kanunlarla hedeflenen, birbirinden ayrı üç sosyal güvenlik- sağlık sigorta sistemini (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) tek bir sosyal güvenlik kurumu altında birleştirmeyi amaçlamıştır. Sağlığın finansman ayağını oluşturan Genel Sağlık Sigortası (GSS) reformu dönemin önemli gelişmelerindendir.

Dünya Sağlık Örgütü 2010 yılına kadar, insanların aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşılabilmesi adına 21. yüzyılda ‘Herkes için Sağlık’ anlayışını hedefleri arasında saymaktadır. Sağlık Bakanlığı da SDP ile bu hedefi gerçekleştirmek istemiş, aileye dayalı temel sağlık hizmetlerinin, gerekli eğitim ve beceri ile donanmış sağlık ekipleriyle, entegre bir şekilde sunmayı planlamıştır. Bu kapsamda 2004 yılında çıkarılan “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanunu” ile 2005 yılında Düzce ilinde aile hekimliği uygulamasına başlanmış, aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten sağlık ocaklarının yerine geçmeye başlamıştır. 2010 yılı sonu itibarıyla tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi de taşra sağlık örgütlenmesi açısından bu dönemin önemli gelişmelerindendir.

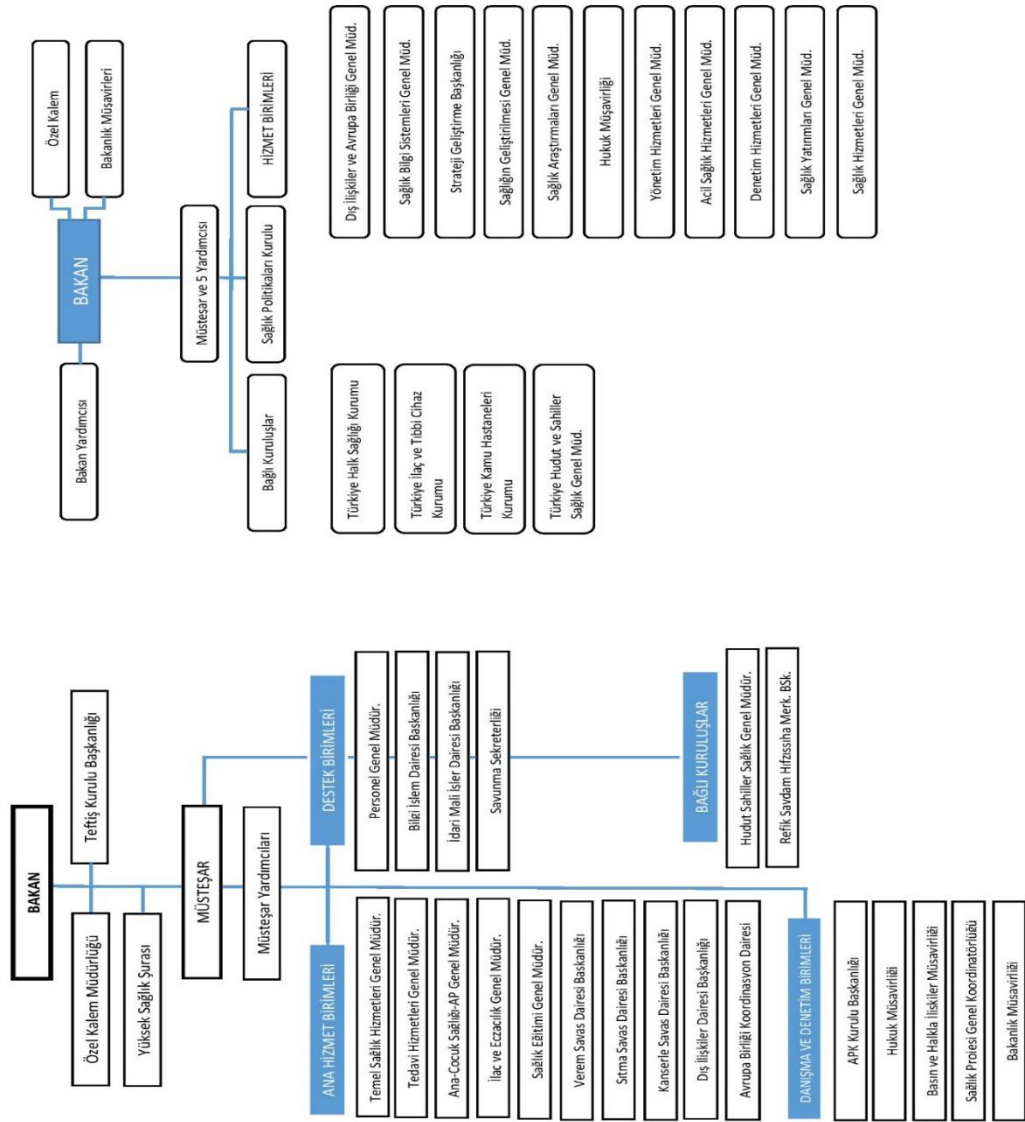
Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık örgütünde başlattığı değişimi üç ana başlık ile özetlersek; örgüt yapısında “desantralizasyon”, finansman ayağında “GSS” ve birinci basamak sağlık hizmetinin planlanması ve sunumunda sağlık ocaklarının yerini alan “aile hekimliği” uygulaması olarak ifade edilen aile sağlığı merkezleri olmuştur.

3.2.2011-2016 Dönemi

Sağlık yönetimini etkileyen, Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında köklü değişiklikler getiren bir diğer önemli gelişme ise 2011 yılında yaşanmıştır. 02.11.2011 tarih ve “663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” (KHK) ile Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatlarında değişikliğe gidilmiştir.

663 sayılı KHK ile Bakanlık teşkilat yapısı, “Bağlı Kuruluşlar”, “Sağlık Politikaları Kurulu” ve “Hizmet Birimleri” şeklinde belirlenerek merkeziyetçi bir yapıdan daha fonksiyonel bir yapıya dönüştürülmek istenmiştir. SDP’nin devamı niteliğindeki düzenlemenin amacı, politika belirleyen birimler ile sağlık hizmeti sunan birimleri ayırmaktır. Yapılan düzenlemelerle birlikte sağlık kurumları, özel sektör işletmecilik anlayışı doğrultusunda ve özel sektör ile rekabet edebilecek bir şekilde yeniden yapılandırılmak istenmiştir. 663 sayılı KHK sonrası Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı yapısının bir önceki sisteme göre değişimi Şekil 4’te görülebilir.

Şekil 4. 181 ve 663 sayılı KHK Dönemleri Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat



Kaynak: (Lamba vd. 2014, s. 13)

KHK ile sağlık kuruluşlarıyla doğrudan hizmet sunumu Bakanlığın görevi olmaktan çıkarılarak bu görev bağlı kuruluşlara bırakılmıştır. Bakanlığa, sağlık sistemini yönetmek ve politikalar belirlemek, bu amaçla strateji ve hedefler belirlemek, planlama, düzenleme ve koordinasyon, ulusal ve uluslararası iş birliği, rehberlik, izleme, teşvik, yönlendirme, denetleme, müeyyide uygulama, sağlık hizmetine eşit erişim için tedbirler alınması gibi görevler yüklenmiştir (KHK/663, 2011, md.2).

Burada en önemli değişiklik daha önce Genel Müdürlük seviyesinde bulunan birimlerin sağlık hizmetlerinin sunulması noktasında ‘kurum’ olarak yapılandırılmasıdır. KHK ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuş, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ile birlikte bu kurumlar bağlı kuruluşlar statüsüne alınmıştır.

Bakanlığın doğrudan sağlık hizmeti sunma görevini yerine getirmek amacıyla kurulan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, temel sağlık hizmetlerinin yürütülmesi (KHK/663, 2011, md.26); Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi, denetlenmesi ve bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesiyle görevlendirilmiştir (KHK/663, 2011, md.29).

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ile birlikte taşra teşkilatlarında da fonksiyonel ayrışma ve uzmanlığa dayalı yeni hizmet birimleri oluşturulmuştur. Bakanlığın görevlerine paralel olarak taşra düzeyinde görevleri yerine getirmek üzere mevcut il sağlık müdürlüklerinin yanında ihtiyaca göre ilçelerde ilçe sağlık müdürlükleri oluşturulmaya başlanmış, ilçe sağlık müdürlüklerinin kurulmadığı yerlerde ise sağlık grup bakanlıkları oluşturulabileceği belirtilmiştir. Daha önce il düzeyinde Bakanlığa bağlı tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olan il sağlık müdürlükleri 663 sayılı KHK sonrası, ildeki sağlık hizmetlerinin koordinasyonunun sağlanmasından ve acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu tutulmuştur. Bu durum taşra yönetimindeki tek yetkili makamın üçe ayrılması ve il sağlık müdürlerinin eski güçlü yapısını kaybetmesi şeklinde yorumlanmıştır.

2011 yılı ve 663 sayılı KHK ile bağlı kuruluşların taşra örgütleri de oluşturulmuştur. Buna göre, temel sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile görevli Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra teşkilatı, İl Halk Sağlığı Müdürlükleri; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunma ile görevli Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra örgütü ise tüm devlet hastanelerinin çatısı altında birleştiği Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğidir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı ve taşrada sağlık müdürlüklerinin sorumluluğundan çıkarak yürütmeleri, ayrı bütçeleri, ayrı idari yapıları ve bağlı kuruluş statüsünde geniş bir bürokratik yapılanmaları olmaları dolayısıyla yarı özerk bir kurum kimliğine bürünmektedirler.

2011 yılı ve 663 sayılı KHK'nın taşra sağlık sunumunda getirdiği bir diğer değişiklikte hastanelerde başhekim üstünde koordinatör bir hastane yöneticisi kadrosunun oluşturulmasıdır. Hastane yöneticisi altında başhekim, başhekim yardımcıları ile idari hizmetler, mali hizmetler ve tıbbi hizmetler için ayrı ayrı hastane müdürleri görevlendirmiş ve bu yöneticilerle performansa dayalı sözleşmeler imzalanmıştır.

2011 yılı ve 663 sayılı KHK ile hizmet üreten ve politika belirleyen birimlerin ayrıldığı; hizmet sunan birimlere sonuçlardan sorumlu profesyonel liderlerin görevlendirildiği; sözleşmeli, özel sektörden görevlendirmeye açık, performansa dayalı, esnek istihdam modelinin benimsendiği; çıktı / sonuç odaklı; daha yatay, yalın ve uzmanlığa dayalı birimler şeklinde örgütlenen; ölçek ekonomisinin avantajlarından yararlanmaya çalışan; rekabetçi anlayışa açık ve hiyerarşik denetimden çok performans denetimine önem veren bir Sağlık Bakanlığı teşkilatı oluşturulmaya çalışıldığı görülmektedir (Lamba vd. 2014, s. 72).

3.3.2016 Sonrası Dönem

Türkiye 15 Temmuz 2016 tarihinde bir darbe girişimine maruz kalmıştır. Darbe girişimi sonrası TBMM, hükümete -uzatılarak yaklaşık iki yıl süren- Olağanüstü Hal (OHAL) yetkisi vermiş; hükümet tarafından OHAL süresince 31 adet KHK çıkarılmıştır. 16 Nisan 2017 anayasa değişikliği ve ardından 24 Haziran 2018 genel seçimleri sonrası Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine geçilmiş ve bu tarih ile beraber birçok Cumhurbaşkanlığı kararnamesi de yayımlanmıştır.

Yaşanan olağanüstü durum sonucu çıkarılan KHK ve kararnameler ile neredeyse tüm kamu kurumlarının teşkilat yapısında önemli değişim meydana gelmiştir. Bu değişimden Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra örgütleri de etkilenmiştir. Konumuz açısından özellikle 694 ve 703 sayılı KHK'lar ile 1 No'lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi önemlidir.

663 sayılı KHK'da verimlilik, etkinlik, kârlılık gibi kavramların öne çıkmasına rağmen Sağlık Bakanlığı'ndaki dönüşüm çabaları istenen düzeyde gerçekleşmemiş, özellikle maliyetlerin azaltılması, insan kaynakları yönetimi ve yönetimde uzmanlaşma konularında sağlık hizmetlerinde istenen standartlara ulaşamamıştır (Çavmak & Çavmak, 2017, s. 32). Bununla birlikte sağlık dışı alanda eğitim almış yöneticilerin sayısının fazla olması, sağlık hizmeti ile sağlık işletmesi arasındaki

dengeinin bozulmasına neden olduğu da ortadadır. Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra teşkilatları olan Genel Sekreterlik ve Halk Sağlığı M¼d¼rl¼klerinin kurulması ve İl Sağlık M¼d¼rleri ile birlikte taşrada ¼ç başlı bir sağlık y¼netiminin oluşması da eleştirilen diğer bir noktadır.

T¼m bu olumsuzluklar eleştirilere konu olmuş ve 15.08.2017 tarihinde (OHAL d¼nemi i¼erisinde) yayımlanan 694 sayılı Olaęan¼řt¼ Hal Kapsamında Bazı D¼zenlemeler Yapılması Hakkında KHK ile Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kaldırılmıştır. KHK ile kaldırılan kurumların bağlı kuruluş stat¼ř¼ de son bulmuş, taşra yapılanmaları, g¼rev ve yetkileri yeniden İl Sağlık M¼d¼rl¼klerine devredilmiştir (KHK/694, 2017). 694 sayılı KHK'nın (aşağıda belirtilen) 184. maddesi ile adı ge¼en kurumların yerine g¼revlerini yapmak ¼zere - aşağıda verildiği şekliyle- Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ ve Kamu Hastaneleri Genel M¼d¼rl¼ę¼ oluşturulmuştur.

“694 S.KHK. MADDE 184- 11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve G¼revleri Hakkında Kanun H¼km¼nde Kararnamenin 7'nci maddesinin birinci fıkrasına (f) bendinden sonra gelmek ¼zere aşağıdaki bentler eklenmiş ve diğer bentler buna g¼re tesels¼l ettirilmiştir.

g) Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼.

ę) Kamu Hastaneleri Genel M¼d¼rl¼ę¼”

185. madde ile de oluşturulan iki genel m¼d¼rl¼ę¼n g¼rev ve sorumlulukları belirlenmiştir.

Bakanlar Kurulunun 02.07.2018 tarihinde ¼ıkarmıř olduğu 703 sayılı “Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun H¼km¼nde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun H¼km¼nde Kararname” de Sağlık Bakanlığı merkez ¼rg¼t¼ndeki teşkilatlanmayı değişirmiştir. KHK'nın ge¼ici 32. maddesi ile bakanlık ve bağlı kuruluşlardaki en ¼řt d¼zey b¼rokrat olan m¼řteřara ve yardımcıları kadroları iptal edilmiştir (KHK/703, 2018). M¼řteřara ait g¼revler ise 2011 tarih ve 643 sayılı KHK ile tahsis edilen bakan yardımcılara verilmiştir.

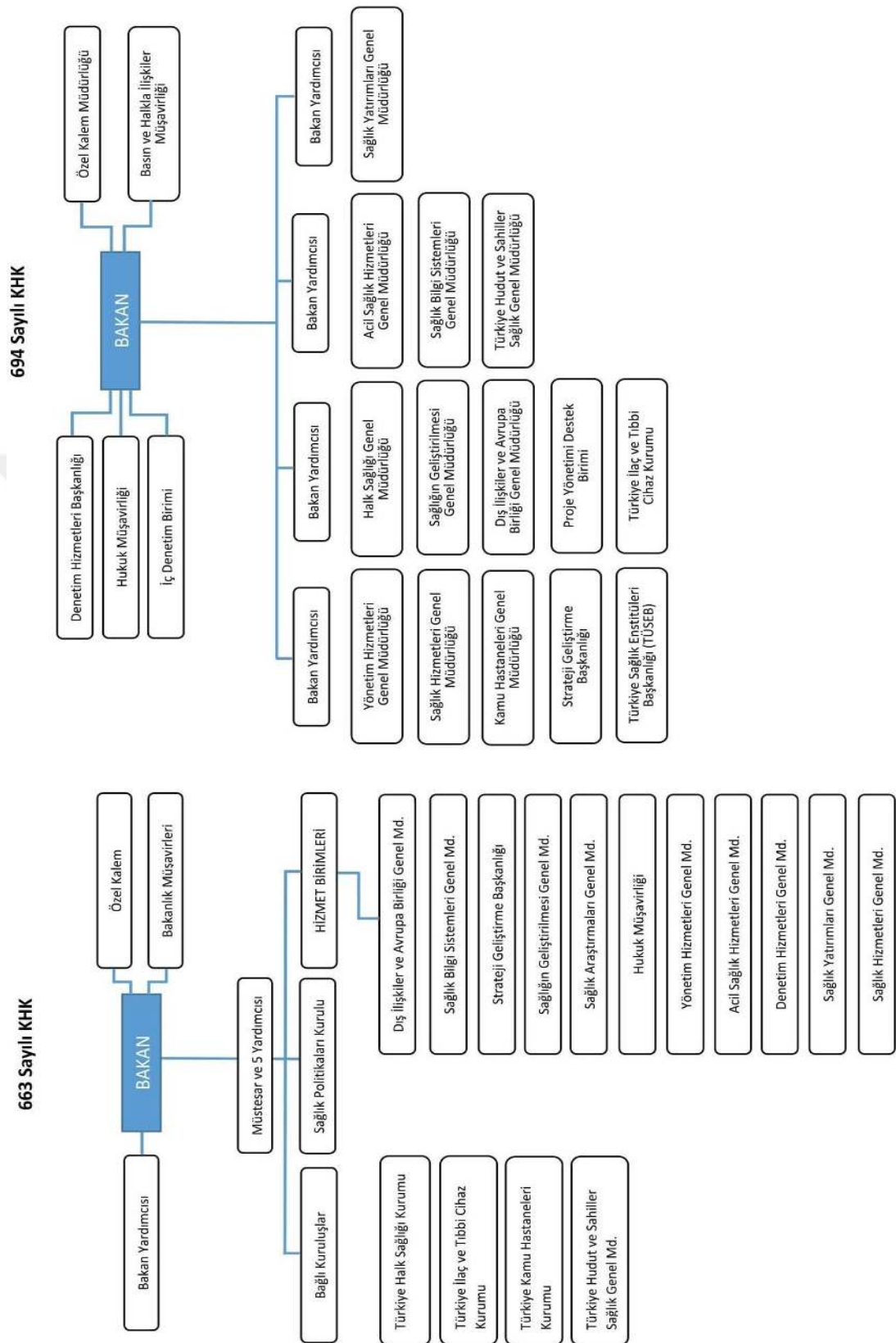
Son olarak 10.07.2018 tarihli Resm¼ Gazetede yayımlanan 1 No'lu Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Sağlık Bakanlığının g¼rev, teşkilat ve hizmet birimleri ¼nceki mevzuatlar ışığında d¼zenlenmiřtir. Kararnamede merkez ¼rg¼tlenmesi ve taşra teşkilatının g¼revleri ile ilgili hususlar KHK'lerle değiştirilmiş son şekliyle yayımlanmıştır. Buradaki en

önemli değişiklik Sağlık Bakanlığının “hükümet yönetim sistemi” değişikliği nedeniyle Cumhurbaşkanlığına bağlanmasıdır.

2016 OHAL ve sonrası düzenlemeler ile son şeklini alan Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının bir önceki düzenlemeye göre değişimi Şekil 5’te görülebilir.



Şekil 5. 663 ve OHAL Dönemi Sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı



3.4.Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı

Sağlık Bakanlığı teşkilatı, 2017 yılı ve 694 sayılı KHK'dan sonra Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin de etkisiyle 2011 yılı ve 663 sayılı KHK'ye göre daha dikey bir örgütlenmeye evrilmiştir. Bu tip örgütlenmelerde belirli görev ve sorumlulukları yerine getirmek için aşağıya doğru inen birimler ve alt birimler gereklidir. Haliyle bu birimlerin başına da alt yöneticiler atanır. Bu şekilde her birimin görev alanları ve sorumlulukları oluşmaktadır. Yoğun hiyerarşiye dayanan bir örgütlenmede birim içi dikey ve birimler arası yatay bir eşgüdümlemede kaçınılmaz hale gelmektedir. Bu bölümde bakanlık merkez teşkilatı birimleri, bakan ve bakan yardımcılıkları, bağlı kuruluşlara kısaca, taşra teşkilatı birimlerine ve bu birimlerin görev ve sorumluluk alanlarına detaylıca değinilecektir.

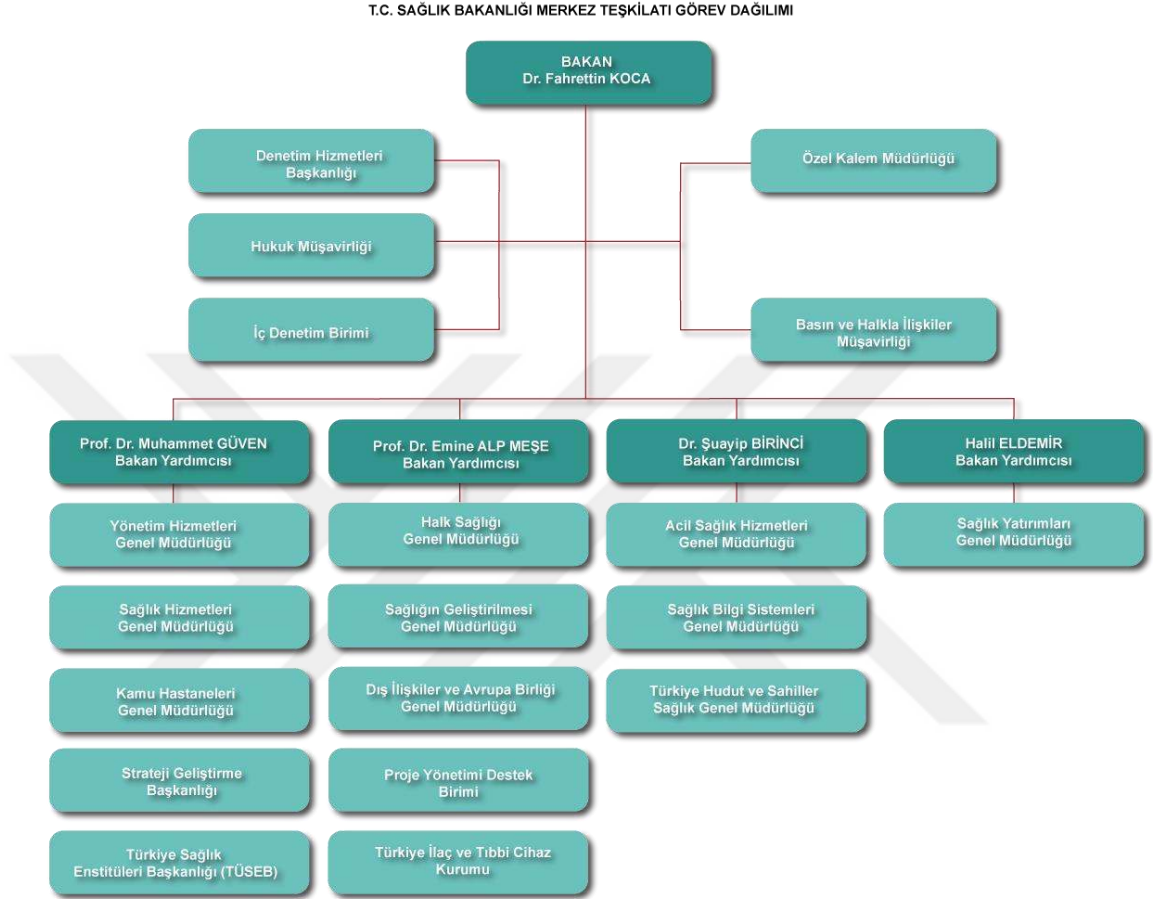
3.4.1. Merkez Teşkilatı Hizmet Birimleri

Sağlık Bakanlığı ile ilgili son düzenleme olan 1 No'lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 354. maddesinde bakanlık merkez teşkilatı hizmet birimleri şu şekilde yer almaktadır:

- ❖ Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
- ❖ Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
- ❖ Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü,
- ❖ Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü,
- ❖ Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü,
- ❖ Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü,
- ❖ Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,
- ❖ Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü,
- ❖ Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
- ❖ Denetim Hizmetleri Başkanlığı,
- ❖ Strateji Geliştirme Başkanlığı,
- ❖ Hukuk Müşavirliği,
- ❖ Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği,
- ❖ Özel Kalem Müdürlüğü (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2018).

Bakanlığın hizmet birimlerine göre oluşturulmuş son görev dağılımı Şekil 6’da görülebilmektedir.

Şekil 6. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı



Kaynak: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>

(ErişimTarihi:02.10.2018)

3.4.2. Bakan ve Bakan Yardımcıları

Bakan, bakanlık kuruluşunun en üst amiri olup, bakanlık icraatından ve emri altındakilerin faaliyet ve işlemlerinden sorumlu, bakanlık merkez, taşra ve yurtdışı teşkilatı ile bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşların faaliyetlerini, işlemlerini ve hesaplarını denetlemekle görevli ve yetkilidir (KHK/663, 2011, madde 4).

Bakan, kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli kullanımı amacıyla, bakanlık hizmetlerini mevzuata, Cumhurbaşkanının genel siyasetine, Cumhurbaşkanı karar ve talimatlarına, kalkınma planlarına ve yıllık programlara uygun olarak

yürütmekle, bakanlığın faaliyet alanına giren konularda diğer bakanlıklarla iş birliği ve koordinasyonu sağlamakla görevli ve Cumhurbaşkanına karşı sorumludur (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2018, s. Madde 503).

2018 yılı ve 703 sayılı KHK ile müsteşar ve yardımcılar kadroları kaldırılmış yerlerine bakan yardımcısı kadroları teşkil edilmiştir. Bakan yardımcılar Cumhurbaşkanlığı kararıyla atanmaktadır. Bakan yardımcılar, bakanın emrinde ve onun yardımcısı olup bakanlık hizmetlerini bakan adına ve bakanın direktif ve emirleri yönünde, bakanlığın amaç ve politikalarına, kalkınma planlarına ve yıllık programlara, stratejik plan ve performans hedefleri ile hizmet gereklerine, mevzuat hükümlerine uygun olarak düzenler ve yürütür. Bu amaçla bakanlık teftiş kurulu hariç bakanlık kuruluşlarına gereken emirleri verir ve bunların uygulanmasını gözetir ve sağlar. Bakan yardımcılar yukarıda belirtilen hizmetlerin yürütülmesinden Bakan karşı sorumludur. Bakanlıklar 15'i geçmemek üzere bakan müşaviri istihdam edebilmektedirler. Bakan, sınırları belli olmak kaydıyla her kademedeki alt yöneticiye yetki devrinde bulunabilmektedir.

Bakanlık, hizmet ve görevleriyle ilgili konularda, diğer bakanlıkların ve kamu kurum ve kuruluşlarının uyacakları esasları mevzuata uygun olarak belirlemekle, kaynak israfını önleyecek ve koordinasyonu sağlayacak tedbirleri almakla görevli ve yetkilidir.

Bakanlık, diğer bakanlıkların hizmet alanına giren konulara ilişkin faaliyetlerinde, ilgili bakanlıklara danışmak ve gerekli iş birliği ve koordinasyonu sağlamaktan sorumludur.

İlgili mevzuatlar ile yapısı şekillenen T.C. Sağlık Bakanlığının resmi internet sitesinde bulunan merkez teşkilat şeması incelendiğinde; dört bakan yardımcılığı, on genel müdürlük, üç başkanlık, iki birim, iki müşavirlik, bir kurum ve bir müdürlükten oluştuğu görülmektedir.

3.4.3. Bağlı Kuruluşlar

2011 tarihli ve 663 sayılı *Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*'nin altıncı bölümünde Sağlık Bakanlığının Bağlı Kuruluşları belirtilmektedir. Ancak 694 sayılı KHK kapsamında bu kurumlardan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri

Kurumunun bakanlık bünyesinde genel müdürlük düzeyine çekildiğini önceki bölümlerde ifade etmiştik. Bu değişiklik sonrası Bağlı Kuruluşlar bölümünde sadece:

- ❖ Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) ile
- ❖ Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü yer almaktadır.

Bağlı Kuruluşlar, *Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları ve Hizmet Birimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik* kapsamında faaliyetlerini yürütmektedirler. Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü merkez ve taşra teşkilatından; Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu ise merkez teşkilatından meydana gelir. Ancak TİTCK, taşradaki görevlerini il sağlık müdürlüğü marifetiyle yürütebilir.

3.4.4. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

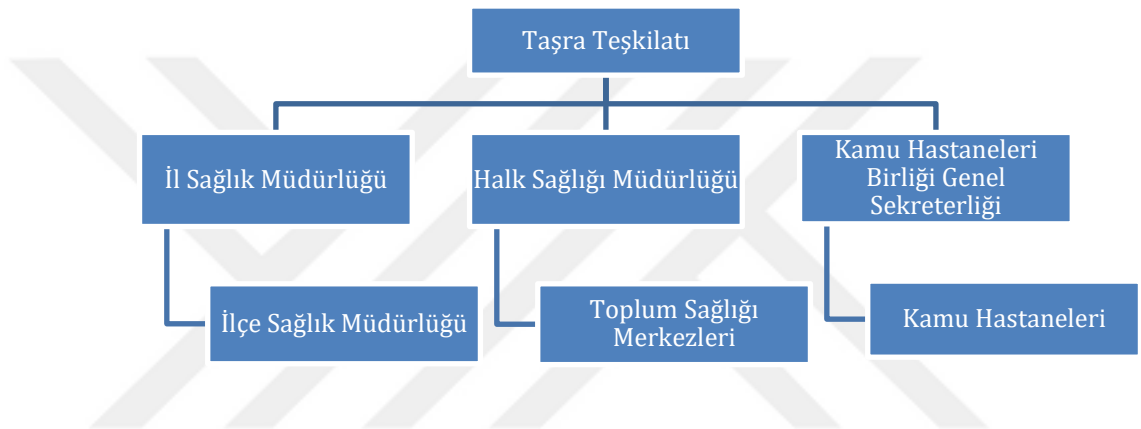
Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında bir değişim dönüşüm süreci yaşamıştır. Yukarıda değinilen program kapsamında özellikle milat sayılabilecek tarihler 2011 ve 2017 yıllarıdır. Bu yıllarda yayımlanan KHK'lar ile sağlık mevzuatı ve örgüt yapısı büyük bir değişime uğramıştır. Bu değişimden en çok etkilenen ise taşra teşkilatı ve yönetimi olmuştur.

Sağlık Bakanlığı taşra sağlık örgütünün görevleri, kadroları, işleyişi ile organizasyon yapısında 2011'den sonra değişiklik meydana getiren mevzuat düzenlemeleri kronolojik olarak şu şekilde sıralanmaktadır:

- ❖ 2 Kasım 2011 tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,
- ❖ 4 Ocak 2012 tarih ve 28163 sayılı Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği,
- ❖ 25 Ağustos 2017 tarih ve 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,
- ❖ 7 Ekim 2017 tarih ve 30203 sayılı Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik,
- ❖ 7 Kasım 2017 tarih ve 51275 sayılı Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge,
- ❖ 10 Temmuz 2018 tarihli ve 1 No'lu Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi.

663 sayılı KHK öncesi Sağlık Bakanlığı taşra teşkilat yapısında, il düzeyindeki tüm sağlık hizmetlerini il sağlık müdürlüğü bünyesinde yürütülürken bu tekli yapı yeni sistemde değiştirilmiştir. Fonksiyonel bir ayrıma gidilerek birinci basamak tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü il halk sağlığı müdürlüğü, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü kamu hastaneleri birliği ile acil sağlık hizmetleri ile kurumlar arası koordinasyon görevi verilen il sağlık müdürlüğünden oluşan üç başlı bir taşra teşkilatına dönüştürülmüştür (Yüce, 2016, s. 77).

Tablo 1. 2011 Yılı 663 Sayılı KHK Sonrası Taşra Sağlık Yönetimi



Ancak 2017 yılında “694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”nin yayımlanması ile Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatlanmasında eskiye dönüş yaşanmıştır. KHK ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Halk Sağlığı Kurumu Genel Müdürlüğe dönüştürülmüş, bu kurumların taşra teşkilatı olan genel sekreterlik ve il halk sağlığı müdürlükleri lağvedilmiştir. Taşra sağlık örgütünde tüm yetki yeniden il sağlık müdürlüklerine geçmiştir.

İlgili mevzuatlarla yapılan düzenlemeler sonrası son şeklini alan Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı il ve ilçe sağlık müdürlüğü ile sağlık tesislerinden oluşmakta, sağlık tesislerinden hastaneler il müdürlüğüne, diğer tesisler ise ilgisine göre il veya ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı olarak görev yapmaktadır (KHK/694, 2017).

3.4.4.1. İl Sağlık Müdürlüğü

694 sayılı KHK ile görev alanı yeniden belirlenen ve 1 No'lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesiyle aynı şekilde teyit edilen il sağlık müdürleri, Bakanlığın il düzeyindeki tüm sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesinden sorumlu tutulmaktadırlar. İlgili mevzuatlara göre ildeki sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi amacıyla her ilde bir müdürlük kurulur ve kurulan müdürlükler Bakanlığın taşradaki yönetim görevini yerine getirir. 2011 yılı ve 663 sayılı KHK'de ayrı kurumlar bünyesinde yürütülen sağlık hizmetlerinin yönetim görevi,

“...il sağlık müdürlüğü bünyesinde ihtiyaca göre halk sağlığı, kamu hastaneleri, ilaç ve tıbbi cihaz, sağlık ve acil sağlık hizmetleri ile personel ve destek hizmetlerini yürütmek üzere başkanlıklar kurulur...”

şeklinde değişiklik yapılarak hiyerarşik olarak il sağlık müdürünün altında birleştirilmektedir (KHK/694, 2017; T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2018).

Mevzuatların ildeki sağlık hizmetlerini yönetme sorumluluğunu tekrar verdiği il sağlık müdürlüğünün başlıca görevleri ise şu şekildedir:

İl Sağlık Müdürü, Bakanlığın il düzeyindeki hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesinden, acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresinden sorumlu tutulmakta ve bu konuda yetkili kılınmaktadır. Bakanlık düzenlemeleri kapsamında taşra düzeyindeki tüm personelin adil ve dengeli dağılımını yapmak ve bu doğrultuda il içerisinde personelin nakil ve görevlendirme işlemlerini doğrudan gerçekleştirmekle görevlendirilmiştir.

Birden fazla ildeki sağlık hizmetlerinin bir arada değerlendirilmesi, gelişmişlik farklarının giderilmesi ve hizmetlerin ve ihtiyaçların müşterek planlanması amacıyla Bakanlıkça belirlenen illerdeki müdürlerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilmektedir. (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2018, s. 163)

Sağlık Bakanlığı “7 Ekim 2017 tarih ve 30203 sayılı Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile nüfus oranlarını esas alarak illeri aşağıda verilen şekilde gruplandırmıştır. Bu gruplandırmalar ile de taşra teşkilatlarının idari ve hizmet birimlerinin azami kadro standartlarını belirlemiştir.

<u>TÜİK İl nüfusu</u> :	<u>Grubu</u> :
10.000.000'den büyük olan iller	İ1,
4.500.000 ile 10.000.000 olan iller	İ2,
3.500.000 ile 4.500.000 olan iller	İ3,
2.500.000 ile 3.500.000 olan iller	İ4,
1.500.000 ile 2.500.000 olan iller	İ5,
720.000 ile 1.500.000 olan iller	İ6,
500.000 ile 720.000 olan iller	İ7,
250.000 ile 500.000 olan iller	İ8,
250.000'den küçük olan iller	İ9 grubu olarak tanımlanmıştır.

Yapılan bu gruplandırma ile illerin taşra teşkilatlarında görevlendirilecek İl ve İlçe Sağlık Müdürü, Başkan ve Başkan Yardımcısı ve Sözleşmeli Uzman dağılımı Sağlık Bakanlığının 30203 sayılı Yönetmeliği ile belirlenmiştir. Sağlık hizmeti verilen nüfus veya nüfus yoğunluğunda ciddi artışlar olması, Bakanlık, özel sağlık kuruluşu veya üniversite sayısının artması veya ihtiyaç olduğunda Bakanlık Makam Onayı ile İl Sağlık Müdürü kadrosu hariç diğer kadroların sayısını artırılabilenmekte, sayıların artırılmasına ilişkin usul ve esasları belirleyebilmektedir.

Araştırmanın Manisa örneğini kapsamı ve 2018 yılı itibarıyla Manisa'nın nüfusunun 1.429.643 kişi olmasından dolayı Manisa İl Sağlık Müdürlüğünde (İ6) grubu için belirlenen standartlarda yönetici görevlendirmesi yapılabilmektedir. Aynı yönetmelikte Manisa için görevlendirilebilecek Sözleşmeli Uzman sayısı da 28 olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda taşrada görev yapacak azami yönetici sayısının iller bazında dağılımı Şekil 7'de görülebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017a).

Şekil 7. Taşrada Görev Yapacak Azami Yönetici Sayıları

POZİSYON	İ1	İ2	İ3	İ4	İ5	İ6	İ7	İ8	İ9
İl Sağlık Müdürü	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Başkan	11	7	7	5	5	4	4	4	2
Başkan Yardımcısı	30	17	13	11	9	8	5	4	3
İlçe Sağlık Müdürü	38	16	25	13	15	12	7	4	-

SÖZLEŞMELİ UZMAN POZİSYON DAĞILIM CETVELİ			
İL	UZMAN SAYISI	İL	UZMAN SAYISI
İSTANBUL	260	ÇANAKKALE	11
ANKARA	90	ŞIRNAK	10
İZMİR	75	GİRESUN	9
BURSA	43	ISPARTA	9
ANTALYA	40	YOZGAT	9
ADANA	38	MUŞ	8
KONYA	37	EDİRNE	8
GAZİANTEP	36	AKSARAY	8
ŞANLIURFA	34	KASTAMONU	8
KOCAELİ (İZMİT)	33	DÜZCE	7
MERSİN	32	UŞAK	7
DİYARBAKIR	30	KIRKLARELİ	7
HATAY	30	NİĞDE	7
MANİSA	28	BİTLİS	7
KAYSERİ	27	RİZE	7
SAMSUN	26	AMASYA	7
BALIKESİR	24	SİİRT	6
KAHRAMANMARAŞ	22	BOLU	6
VAN	22	NEVŞEHİR	6
AYDIN	22	KARS	6
DENİZLİ	21	KIRIKKALE	6
SAKARYA	20	BİNGÖL	6
TEKİRDAĞ	20	HAKKÂRİ	5
MUĞLA	20	BURDUR	5
ESKİŞEHİR	17	KARAMAN	5
MARDİN	16	KARABÜK	5
MALATYA	16	YALOVA	5
TRABZON	16	KIRŞEHİR	5
ERZURUM	15	ERZİNCAN	5
ORDU	15	BİLECİK	4
AFYONKARAHİSAR	15	SİNOP	4
SİVAS	13	IĞDIR	4
ADIYAMAN	12	BARTIN	4
TOKAT	12	ÇANKIRI	4
ZONGULDAK	12	GÜMÜŞHANE	4
ELAZIĞ	12	ARTVİN	4
BATMAN	12	KİLİS	4
KÜTAHYA	12	ARDAHAN	4
AĞRI	11	BAYBURT	4
ÇORUM	11	TUNCELİ	4
OSMANİYE	11		

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2017a)

Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının, görev yetki ve sorumlulukları, kadro ve pozisyon standartları, birim adları ile çalışma usul ve esasları ise “7 Kasım 2017 tarih ve 51275 sayılı Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge” ile belirlenmiştir.

Yönerge ile -taşrada görev yapacak yönetici sayıları esas alınarak- illere ve hizmet alanlarına göre görev yapacak başkan ve başkan yardımcılarının kadro ve pozisyon dağılımı yapılmıştır. İllerin nüfus yoğunluklarının temel alındığı gruplandırma ile nüfus azaldıkça başkan ve başkan yardımcı sayıları da azaltılmıştır. Örneğin 10.000.000’den büyük iller (İ1) grubundaki tek il olan İstanbul’a 11 başkan, 30 başkan yardımcısı kadrosu tahsis edilirken, 2018 nüfusu 1.429.643 kişi olan ve (İ6) grubunda yer alan Manisa iline 1 il sağlık müdürü, 4 başkan, 8 başkan yardımcısı ve 12 ilçe sağlık müdürü kadrosu tahsis edilmiştir. İllere göre yapılan dağılım Tablo 2 incelendiğinde, (İ1) ilinde belirlenen 6 hizmet alanı için 5 ayrı başkanlık birimi tahsis edilirken, (İ9) grubunda yer alan 16 ilde aynı hizmet alanları 1 başkanlık biriminde toplanmıştır.

Tablo 2. İllere ve Hizmet Alanlarına Göre Başkan ve Başkan Yardımcıları

İl Grubu /Sayısı	Kamu Hastaneleri Hizmetleri	Halk Sağlığı Hizmetleri	Acil Sağlık Hizmetleri	Sağlık Hizmetleri	İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri	Personel Hizmetleri	Destek Hizmetleri
İ1 1	6 Başkan 12 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 6 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 4 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 4 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 4 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı
İ2 1	2 Başkan 4 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 4 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı
İ3 1	2 Başkan 4 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı
İ4 1	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı
İ5 9	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı
İ6 17	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı
İ7 12	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı

İ8	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı
23				
İ9	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı		
16				

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2017d)

İl sağlık müdürlüğünün hizmet alanlarına göre oluşturulmuş başkanlıklar bünyesindeki iş ve işlemleri yürütmek üzere alt birimler kurulabilme yetkisi de 51275 sayılı Yönerge ile il sağlık müdürüne verilmektedir. Yönergenin Ek-3 cetvelinde ise il nüfus oranlarına göre yapılan gruplandırmalar esas alınarak il sağlık müdürlüklerinde kurulabilecek azami birim sayıları ve adları tanımlanmıştır. Kurulabilecek birimlerin sorumluluğu ise şube müdürleri ve/veya sözleşmeli uzmanlar tarafından yerine getirilmektedir. İl gruplarına göre oluşturulabilecek birim dağılımları ve adları Şekil 8 Birim Dağılım Cetvelinde görülebilmektedir.

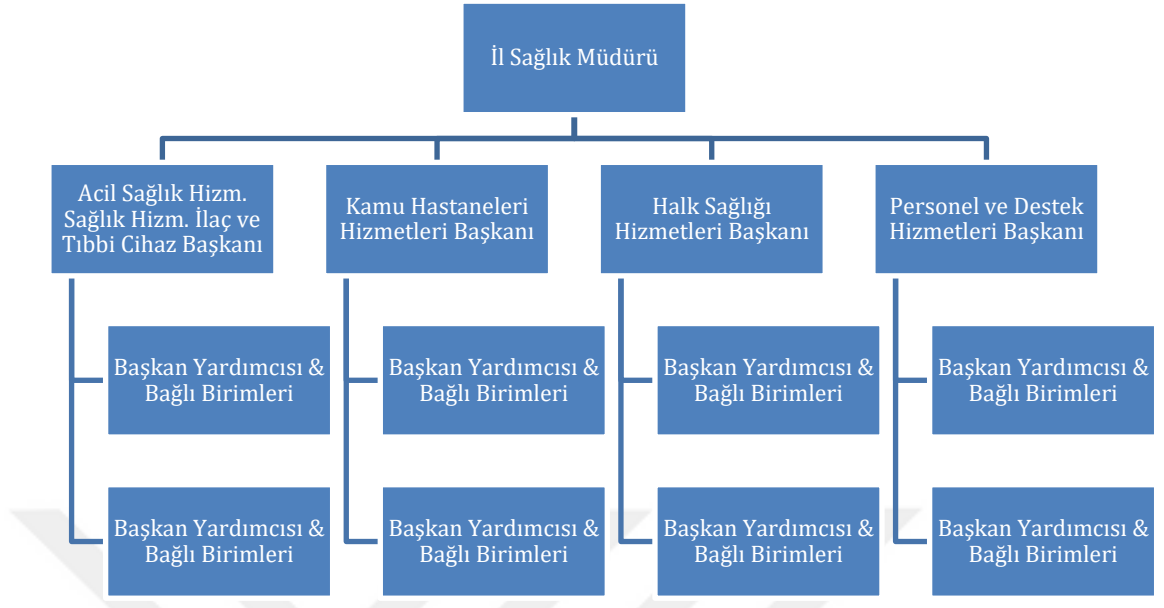
Şekil 8. Birim Dağılım Cetveli

BİRİM ADI		İL GRUPLARI								
		İ1	İ2	İ3	İ4	İ5	İ6	İ7	İ8	İ9
HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ	Aile Hekimliği Birimi									
	Toplum Sağlığı Birimi									
	Goç Sağlığı Birimi									
	Aşı Programları Birimi									
	Bulaşıcı Hastalıklar Birimi									
	Tüberküloz Birimi									
	Çalışan Sağlığı Birimi									
	Cevre Sağlığı Birimi	15	13	11	11	9	7	5	3	1
	Kanser Birimi									
	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Birimi									
	Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi									
	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi									
	Ruh Sağlığı Birimi									
	İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Birimi									
	Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Birimi									
KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ	İzleme, Değerlendirme ve Raporlama Birimi									
	İdari Hizmetler Birimi									
	Mali Hizmetler Birimi									
	Hastane Hizmetleri Birimi	8	7	6	6	5	5	4	3	2
	Hasta ve Çalışan Hakları Birimi									
	Özellikli Sağlık Hizmetleri Birimi									
	Tıbbi Cihaz ve İlaç Birimi									
	Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Birimi									
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ HİZMETLERİ	Tıbbi Cihaz ve Biyomedikal Birimi	2	2	2	2	1	1	1	0	0
	Eczacılık Birimi									
SAĞLIK HİZMETLERİ	Sağlık Hizmetleri İzleme, Değerlendirme ve Denetimi Birimi									
	Sağlığın Geliştirilmesi Birimi									
	Sağlık Meslekleri Birimi	6	5	4	4	4	4	2	1	1
	Özel Ağız Ve Diş Sağlığı Birimi									
	Özel Teşhis Ve Tedavi Merkezleri Birimi									
	Özel Yataklı Birimi									
ACIL SAĞLIK HİZMETLERİ	Acil Sağlık Hizmetleri Birimi	2	2	2	2	2	2	1	1	1
	Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi									
PERSONEL HİZMETLERİ	Atama Birimi									
	Personel Planlama Birimi	4	4	4	4	3	3	2	1	1
	Özlük Birimi									
	Disiplin Birimi									
DESTEK HİZMETLERİ	İstatistik ve Bilgi İşlem Birimi									
	İdari Hizmetler Birimi	4	4	4	4	3	3	3	2	1
	Yatırımlar Birimi									
	Mali Hizmetler Birimi									
	Hukuk ve Muhakemat Birimi									

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2017e)

KHK, Yönetmelik ve Yönergeler gereği (İ6) grubunda yer alan Manisa İl Sağlık Müdürlüğünün son teşkilat ve yönetim yapısı Tablo 3’de belirtildiği gibi şekillenmiştir.

Tablo 2. İ6 Grubu İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması



İl sağlık müdürlüğü ve birimlerinin ilgili hizmet alanlarına göre detaylı bir şekilde oluşturulmuş görevleri de yine 51275 sayılı Yönerge ile belirlenmektedir. Yönerge Ek-2’de müdürlüğün görevleri aşağıda verilen ana başlıklar altında tanımlanmaktadır:

- ❖ Müdürlüğün Halk Sağlığına İlişkin Görevleri (23 madde),
- ❖ Müdürlüğün Kamu Hastane ve Hizmetlerine İlişkin Görev Yetki ve Sorumlulukları (10 madde),
- ❖ Müdürlüğün Sağlık Hizmetlerine İlişkin Görev Yetki ve Sorumlulukları (23 madde),
- ❖ Müdürlüğün Acil Sağlık Hizmetlerine İlişkin Görev Yetki ve Sorumlulukları (11 madde),
- ❖ Müdürlüğün İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanlığına İlişkin Görev Yetki ve Sorumlulukları (14 madde),
- ❖ Müdürlüğün Personel Hizmetlerine İlişkin Görev Yetki ve Sorumlulukları (14 madde),
- ❖ Müdürlüğün Destek Hizmetlerine İlişkin Görev Yetki ve Sorumlulukları (37 madde) (Sağlık Bakanlığı, 2017c)

Taşra örgütünün her kademesindeki yöneticiler görevlerini mevzuata ve sözleşme hükümlerine, stratejik plan ve programlara, performans ölçütlerine ve hizmet kalite standartlarına uygun olarak yürütülmesinden üst kademelere karşı sorumludur.

Müdürlüğün ilgili hizmet alanlarına göre oluşturulmuş görevleri başkanlar eliyle yürütülmekte olup, başkan ve başkan yardımcılarının başlıca görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2017b):

Başkan, müdürlüğün görev alanlarından Ek-1'e uygun olarak kendisine verilen görevleri yerine getirmekle yükümlü ve müdüre karşı sorumludur. Görevlerin usulüne uygun, zamanında ve düzenli olarak yürütülmesinde müdüre yardımcı olur. Görev alanı ile ilgili üç aylık durum raporunu hazırlayarak müdüre sunar ve müdürün verdiği diğer görevleri yerine getirir.

Başkan yardımcısı ise, başkana ve müdüre karşı sorumlu olup müdür tarafından ilgili başkanlık hizmet alanlarına yönelik olarak yapılacak görev dağılımı çerçevesinde hizmetlerin yürütülmesinden sorumludur. Müdürün ve başkanın verdiği diğer görevleri yerine getirir.

İl sağlık müdürlüklerinde kurulabilecek başkanlık sayılarının Yönerge Ek-1'e göre belirlenmesi ve araştırmamızın “Manisa Örneği” olması sebebiyle Manisa ili (i6) il grubunu esas alarak kurulan başkanlıkların görevlerinden kısa bahsetmemiz yerinde olacaktır.

3.4.4.1.1. Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

694 sayılı KHK ile kapatılan Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerin faaliyetleri Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı ve alt birimlerince yerine getirilmektedir. Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreteri taşradaki 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu en üst yetkiliyken, 694 sayılı KHK sonrası bu yetki İl Sağlık Müdürüne geçmiştir. Taşrada yaşanan dönüşüm neticesinde İl Müdürlüğü altında kurulan başkanlık Yönerge Ek-2 de tanımlanan “*Müdürlüğün Kamu Hastaneleri Hizmetlerine İlişkin Görev Yetki ve Sorumlulukları*” yerine getirmektedir. Bu görevler şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2017c):

- ❖ Kamu hastaneleri ve ağız dış sağlığı merkezlerinin faaliyet ve işlemlerini, izlemek, değerlendirmek, denetlemek.
- ❖ Kamu hastaneleri ve ağız dış sağlığı merkezlerinin yönetim sistemlerini değerlendirerek yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesini sağlamak.

- ❖ Kamu hastaneleri ve ağız diş sağlığı merkezlerinde sunulan hizmetlere ait altı ayda bir performans karnesi ve faaliyet raporlarını hazırlamak.
- ❖ Kamu hastaneleri ve ağız diş sağlığı merkezlerinde verilen hizmetler ile ilgili ihtiyaçları tespit ve temin etmek.
- ❖ Acil servis, yoğun bakım, perinatal merkez, organ ve doku nakli merkezleri, travma merkezleri, onkoloji, kalp-damar cerrahi, anjiyografi, üremeye yardımcı tedavi merkezleri gibi özellikli planlama gerektiren tıbbi hizmet birimlerinin belirlenmiş planlamalara uygun olarak kurmak, hizmet rolünün gerektirdiği seviye ve kapasitede hizmet vermesini sağlamaya yönelik gerekli tedbirleri almak.
- ❖ Sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan hastane otelcilik hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.
- ❖ Evde sağlık hizmetlerinin koordinasyon merkezini kurmak ve işletmek, diğer birimler ile koordinasyonunu sağlamak.
- ❖ Kamu hastaneleri ve ağız diş sağlığı merkezlerinin insan gücü planlamasına katkı sağlamak, öneride bulunmak ve koordinasyonu sağlamak (Sağlık Bakanlığı, 2017b, s. 2).

3.4.4.1.2. Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

694 sayılı KHK ile kapatılan İl Halk Sağlığı Müdürlüklerinin faaliyetleri de Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı ve alt birimlerince yerine getirilmektedir. İl Halk Sağlığı Müdürü de taşradaki 1. basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu en üst yetkiliyken, yine 694 sayılı KHK sonrası bu yetki İl Sağlık Müdürüne geçmiştir. Taşrada yaşanan dönüşüm neticesinde İl Müdürlüğü altında kurulan başkanlık, Yönerge Ek-2 de tanımlanan *“Müdürlüğün Halk Sağlığı Hizmetlerine İlişkin Görev Yetki ve Sorumlulukları”* başlıklı görevleri yerine getirmektedir. Başlıca görevler (Sağlık Bakanlığı, 2017c):

- ❖ Aile sağlığı merkezlerinin ve aile hekimliği birimlerinin açma, kapama ve yer değiştirme işleri ile ilgili çalışmalarını yapmak. Aile hekimliği ile ilgili; yerleştirme, gruplandırma, gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, eğitim ve çalışma planları iş ve işlemlerini yürütmek. Aile hekimliği hizmetlerinin il düzeyinde tanıtımı ile bu hizmetlerin nitelik ve nicelik bakımından en uygun

şekilde sunumunu sağlamak. Aile hekimliği izleme ve değerlendirme iş ve işlemlerini yürütmek.

- ❖ Göç sağlığı kapsamında verilmesi gereken sağlık hizmetlerini sağlık kurum ve kuruluşları arasındaki eşgüdümü de gözeterek yürütmek veya yürütülmesini sağlamak.
- ❖ Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ilçe sağlık müdürlükleri vasıtasıyla sunulmasını sağlamak. Koruyucu diş sağlığı, adli tabiplik ve ölüm bildirim, cezaevi, okul ve toplu yaşam alanları gibi yerlerde sunulacak sağlık hizmetlerini planlamak ve bu hizmetleri vermek veya verilmesini sağlamak.
- ❖ Kanseri erken teşhis ve tarama ile aktif ve pasif kanser kayıtçılığı hizmetlerinin sunulmasını sağlamak. Kanseri mücadele ve kansere yol açan çevre ve mesleki faktörlerden tüm halkın/çalışanların korunmalarına ve ilgili tarafların bilinçlendirilmesine yönelik gerçek/tüzel kişiler ve gönüllü kuruluşlarla çalışmalar yapmak.
- ❖ Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleriyle verilmesi, bütünleştirilmesi ve geliştirilmesine yönelik çalışmaların yürütülmesini sağlamak.
- ❖ Bulaşıcı ve zoonotik hastalıkların zamanında ihbarını sağlamak, oluşabilecek salgınlara karşı gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak, gerekli malzemenin envanter kayıtlarını tutmak, ihtiyaç duyulanların planlanmasını yapmak ve tüberküloz kontrolü hizmetlerinin yürütülmesi sağlamak vb. görevlerdir (Sağlık Bakanlığı, 2017b, s. 1,2).

3.4.4.1.3. Acil Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanlığı

Manisa İl Sağlık Müdürlüğü il grubunun esas alınması ve Manisa'nın Ek-1 i6 grubunda yer alması nedeniyle 'Müdürlüğün Acil Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri ve İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetlerine İlişkin Görev Yetki ve Sorumlulukları' tek bir Başkanlık bünyesinde birleştirilmektedir. Bu görevler başlıca şunlardır:

Acil Sağlık Hizmetleri görevleri:

- ❖ Acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişilere ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresine ilişkin iş ve işlemleri yürütmek.

- ❖ Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine ait birimlerin kurulması ve işletilmesi, gerektiğinde hastane acil servisleri ile entegre edilmesi, ilgili birimlerin faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi, hasta nakil ve sevk koordinasyonunun sağlanması işlemlerini yürütmek.
- ❖ İl düzeyinde kara, hava ve deniz ambulanslarının sevk ve idaresini sağlamak.
- ❖ Acil durum ve afetlerde tıbbi kurtarma ve acil sağlık hizmetlerinin ilgili tüm taraflarla iş birliği ve koordinasyon içinde sağlamak.
- ❖ Acil sağlık hizmetlerinin ilde etkin yürütülmesi için gerekli koordinasyon çalışmalarını yürüterek, il düzeyinde sağlık tesislerinden yapılan hasta sevklerini, il içinde sağlık tesisleri arasındaki hasta hareketlerini incelenmesi, iyileştirici tedbirlerin alınması, uygulatılması ve kayıt altına alınması işlemlerini yapmak.
- ❖ Acil durum ve afetlerde sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulacak haberleşme, ilaç, tıbbi ve teknik malzemelere yönelik planlama yapmak, koordine etmek ve yürütülmesini sağlamak.
- ❖ Acil durum ve afetlerde sağlık afet koordinasyonunun sağlamak, ASKOM hizmetlerinin yürütmek.
- ❖ Ulusal medikal kurtarma ekiplerinin (UMKE) oluşturulması, işletilmesi ve gerekli araç, donanım ve malzeme temininin sağlanması vb. görevler (Sağlık Bakanlığı, 2017b, s. 4).

Sağlık Hizmetleri görevleri:

- ❖ İl genelinde kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kurum ve kuruluşlarının ilgili mevzuat ve Bakanlık politikaları çerçevesinde denetlemek ve gerekli yaptırımları uygulamak.
- ❖ İl genelinde hasta hakları ile hasta ve çalışan güvenliğine yönelik Bakanlık politikaları çerçevesinde çalışmalar yapmak, hasta ve çalışan memnuniyeti ile hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetleri yürütmek, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerini uygulamak.
- ❖ Bakanlık tarafından izin verilen geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili denetleme yaparak Bakanlık politikaları çerçevesinde yaptırım uygulamak.
- ❖ Kamu sağlık tesislerinde tıbbi hizmet alımlarını planlamak... (Sağlık Bakanlığı, 2017b, s. 3).

İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri görevleri:

- ❖ Sağlık beyanı ile satışa sunulacak ürünlerin sağlık beyanlarını izinsiz veya gerçeğe aykırı sağlık beyanı ile yapılan satışları denetlemek, gerektiğinde durdurma, toplama, toplatma ve imha iş ve işlemlerini yapmak veya yaptırmak, izin ve sağlık beyanları yönünden bunların her türlü reklam ve tanıtımlarını denetlemek ve aykırı olanları durdurmak, piyasaya arz edilen ilaç ve ürünlerin reklam ve tanıtımının usul ve esasların uygulanmasını denetlemek.
- ❖ Görev alanına giren ilaç ve ürünlerin piyasa gözetimi ve denetimini yapmak.
- ❖ İlaç ve ürünlerin ülkeye girişinin yapıldığı noktalardan itibaren, soğuk zincir koşullarında ve kurallara uygun olarak nakledilmesini, il düzeyinde ecza depoları ve eczanelerde sağlıklı koşullarda saklanılmasını takip etmek.
- ❖ Özel ve kamu kuruluşlarına ait kimyevi madde ve ecza deposu, eczaneler, tıbbi sarf depoları ve ecza dolaplarının açılışları ve çalışmaları işlemlerini düzenlenmesi, faaliyetlerinin izlenmesi ve denetlenmesi işlemlerini yürütmek (Sağlık Bakanlığı, 2017b, s. 5).

3.4.4.1.4. Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığı

Müdürlüğün Personel Hizmetleri ve Destek Hizmetlerine İlişkin Görev Yetki ve Sorumlulukları'da Manisa'nın Ek-1 (İ6) grubunda yer alması nedeniyle tek bir başkanlık bünyesinde birleştirilmektedir. Başkanlık bünyesinde yürütülen başlıca görevler şunlardır:

Personel Hizmetleri görevleri:

- ❖ Müdürlük ve bağlı birimlerde insan gücü planlaması ile insan kaynakları sisteminin geliştirilmesi ve performans ölçütlerinin oluşturulmasına yönelik çalışmalar yapmak.
- ❖ İl düzeyinde personel ihtiyaçlarını belirleyerek personelin adil ve dengeli dağılımını yapmak ve bu amaçla il içinde personel nakil ve görevlendirme işlemlerini doğrudan gerçekleştirmek.
- ❖ Personelin sicil, terfi, emeklilik ve benzeri özlük işlemlerini yürütmek.
- ❖ Aile hekimliği uygulaması kapsamına geçen personelin atama işlemlerini yürütmek, aile hekimliğine yerleştirmesi yapılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının sözleşmelerini hazırlamak, ücretsiz izin onaylarını almak ve takibini yapmak.
- ❖ Personel dosyalarının arşivlenmesi işlemlerini yürütmek.

- ❖ Sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli personelin disiplin işlemlerini yürütmek, vb. görevlerini yerine getirmek.

Destek hizmetleri görevleri:

- ❖ 5018 sayılı Kanun kapsamında kiralama ve satın alma işlerini yürütmek, temizlik, güvenlik, aydınlatma, ısınma, onarım, taşıma ve benzeri destek hizmetlerini yapmak veya yaptırılmasını sağlamak.
- ❖ Aile hekimlerinin kullandığı demirbaş ve bina kira bedellerini belirlemek, demirbaşlarının satış, takip ve tahsil ile ilgili işlemlerini yürütmek.
- ❖ Sağlık hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarımı arşiv, idari ve mali hizmetlerin il düzeyinde yürütülmesini sağlamak.
- ❖ Kamu sağlık tesislerinin ihtiyacı olan her türlü mal ve hizmet alımları ile yapım işi ihalelerinin ihale ve ihale sonrası süreçlerini yürüterek takip etmek.
- ❖ İç kontrol ve ön mali kontrole ilişkin iş ve işlemleri yürütmek, bütçe hazırlık ve ödenek iş ve işlemlerini yürütmek.
- ❖ Vb. idari, mali, teknik destek iş ve işlemleri yürütmek (Sağlık Bakanlığı, 2017b, s. 6,7,8)

3.4.4.2. İlçe Sağlık Müdürlüğü

Bakanlığın ilçe düzeyindeki hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla nüfusu 30.000 ve üzerinde olan ilçelerde müdürlüğe bağlı olarak ilçe sağlık müdürlüğü kurulabilmektedir. Nüfusu 15.000 ila 30.000 arasında olan ilçelerde, sağlık hizmet sunumunun planlanması, coğrafi koşullar, dönemsel nüfus artışları gibi hususlar esas alınarak ilçe sağlık müdürlüğü kurulabilir. Büyükşehir belediyesi statüsü bulunmayan illerin merkez ilçelerinde ilçe sağlık müdürlüğü kurulmaz. İlçe sağlık müdürlüğünün kurulmadığı ilçelerdeki hizmetler ise ilçe devlet hastanesi başhekimliği ve/veya toplum sağlığı merkezi başkanları tarafından yerine getirilir. Bu birimlere ayrıca kadro veya pozisyon tahsisi yapılmaz ve buralarda gerek duyulan hizmetler ilgili ilçede bulunan personel eliyle yürütülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017a).

İlçe sağlık müdürlüğü bünyesindeki iş ve işlemleri yürütmek üzere, TÜİK verileri esas alınarak nüfusu:

200.000 ila 350.000 arasında olan ilçelere 2'yi,

350.000 ila 500.000 arasında olan ilçelere 3'ü,

500.000 ila 750.000 arasında olan ilçelere 4'ü,

750.000'in üzerinde olan ilçelere 5'i geçmemek üzere il müdürü tarafından birim kurulabilir. Birimlerin sorumluluğu şube müdürleri ve/veya uzmanlar tarafından yerine getirilir.

İlçe Sağlık Müdürü, İl Sağlık Müdürü tarafından verilen görevleri ilçe düzeyinde yerine getirmek, yapılan düzenlemelere uyumu denetlemek ve gerekli yaptırımları uygulamakla İl Sağlık Müdürüne karşı sorumludur (Sağlık Bakanlığı, 2017b, s. 3).

3.4.4.3.Kamu Hastaneleri

694 sayılı ve 2017 tarihli KHK ile yaşanan bir diğer değişiklik hastane yönetimlerinde olmuştur. KHK'nın 188. maddesinde, "*Hastaneler hastane başhekimî tarafından yönetilir*" denilerek, ilk defa 663 sayılı 2011 tarihli KHK ile oluşturulan başhekim üstü 'hastane yöneticisi (CEO)' kadrosu kaldırılmış, CEO=başhekim ayırımına son verilmiştir. Hastane yöneticisi dışındaki sözleşmeli personele ise dokunulmamıştır.

İlgili yönergede başhekimin görev, yetki ve sorumlulukları detaylı olarak tanımlanmıştır. Başhekim öncelikle hasta ve çalışan hakları, güvenliği, memnuniyeti ile sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesinden ve sağlık tesislerinin yönetiminden sorumludur. Başhekim, kendisine verilen görevlerin gereği gibi yapılmasından il sağlık müdürlüğüne karşı sorumludur.

Başhekim yardımcısı ise, başhekimin görev alanına giren konularda vereceği görevleri yerine getirmekle yükümlü ve başhekime karşı sorumludur (Sağlık Bakanlığı, 2017b, s. 5-8).

663 ile oluşturulan ve hastane yöneticisine bağlanan, idari ve mali hizmetler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri 694 sayılı KHK'de korunmuş ve başhekim emrine verilmiştir. KHK kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde yönetim görevleri tek kişiye verilebilmekte veya hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir.

Hastanelerde görev yapacak sözleşmeli müdür, müdür yardımcısı ve başhekim yardımcısı standartları *Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge* 'ye göre hastanelerin yatak sayısı, rolleri,

kapasitesi ve hizmet alanları esas alınarak belirlenmiştir. Yönerge Ek-5’de yer alan kadrolar Şekil 9’da görülebilmektedir.

Bu bölümde kısaca hastanelerin rollerine değinmek de yerinde olacaktır. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmet sunumunda, sağlık insan gücü, bina, tıbbi teknoloji ve finansman gibi, sağlığa ayrılan kaynakların dengeli dağılımını sağlamak, bunları etkin ve verimli bir şekilde kullanmak için -2010 yılı itibariyle- ‘Bölge Sağlık Planlaması’ anlayışını benimsemiştir. Bu anlayış çerçevesinde Bakanlıkça “Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerinin Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterler”in yürürlüğe konulması ve yataklı sağlık tesisi yatırımlarına ilişkin planlamaların bu kriterler çerçevesinde yürütülmesi için genelge yayımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Genelge kapsamında yapılan çalışma ve değerlendirmeler neticesinde Bakanlığa ait tüm yataklı sağlık tesisleri yani hastaneler; yerleşim merkezi nüfusu, yatak sayısı, dal ünitesi olanakları (yanık, yoğun bakım), acil servis seviyesi vb. kriterler ile kurum bazında mevcut ve nihai rolleri belirlenmiş ve tüm hastaneler hizmet rolüne uygun olarak A-I, A-II, B, C, D ve E (I, II ve III) grubu şeklinde sınıflandırılmıştır.

Şekil 9. Sözleşmeli Başhekim, Başhekim Yardımcısı, Hastane Müdürü, Müdür Yardımcı ve Standartları Cetveli (Ek-5)

ROL	Başhekim	İdari ve Mali İşler Müdürü	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	Destek ve Kalite Müdürü	Başhekim Yardımcıları/ Müdür Yardımcıları
A1	1	1	1	≥400 yatak	100 yataktan az ise 1 başhekim yardımcısı/müdür yardımcısı sonraki her 100 yatak için 1 başhekim yardımcısı/müdür yardımcısı ilave edilir ve bu sayı 10'u geçemez. Ancak bu sayıya, Bakanlıkça uygun görülmesi halinde şehir hastanelerinde 1 başhekim yardımcısı/müdür yardımcısı daha ilave edilebilir.
A1-DAL	1	1	1	≥400 yatak	
A2	1	1	1	≥400 yatak	
A2-DAL	1	1	1	≥400 yatak	
B	1	1	1	≥400 yatak	
C	1	1	1		
D	1	1	1		
E1	1	1			
ADSH	1	1	1		<50 ünit ise 1 50-74 ünit ise 2 ≥ 75ünit ise 3
ADSM	1	1	≥50 ünit		<50 ünit ise 0 50-74 ünit ise 1 ≥ 75ünit ise 2

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2017f)

3.4.4.3.1. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü

Sağlık tesisine başvuran hastaların kabulünden ayrılış işlemleri tamamlanana kadar geçen süre içerisinde, müdavi hekimin teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hususlarındaki direktifleri dikkate alınarak hasta ve çalışan hakları, güvenliği ile memnuniyeti ilkeleri çerçevesinde sunulan hizmetler ile hastanın nakli, sosyal destek sağlanması, hizmete erişiminin kolaylaştırılmasını sağlamaya yönelik sunulan hizmetlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık bakım hizmetleri müdürü, başhekiye karşı sorumlu olup görev, yetki ve sorumlulukları ilgili yönergede detaylı şekilde tanımlanmıştır. 2011 yılı ve 663 sayılı KHK ile iptal edilen başhemşire kadrosunun görevleri, sağlık bakım hizmetleri müdürü tarafından yerine getirmekte olup özetle görevleri şunlardır: Sağlık bakım hizmetlerinin planlanması, etkin ve verimli hizmet sunulması, hasta bakım hizmetleri personelinin görev yerlerinin planlanması, her türlü ilaç, tıbbi sarf malzeme ve cihazların yeterli miktarda hazır bulundurulması, dezenfektasyonu, sterilizasyonu, tıbbi hizmet alanlarının temizliği, yemek sunum vb. hizmetlerin yürütülmesi (Sağlık Bakanlığı, 2017b, s. 6).

3.4.4.3.2. İdari ve Mali Hizmetler Müdürlüğü

Bütçe ve muhasebe, raporlama, mali kontrol, akılcı malzeme yönetimi ve tedarik, muayene kabul ve stok yönetimi gibi hizmetlerin bütünü olarak tanımlanmıştır.

İdari ve mali hizmetler müdürü başhekiye karşı sorumlu olup görev, yetki ve sorumlulukları özetle şunlardır: Mali hizmetlerin planlanması, etkin ve verimli sunulması, her türlü ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların yeterli miktarda bulundurulması, bakım ve kalibrasyonlarının yapılması, hazır ve çalışır durumda bulundurulması, satın alma hizmetlerinin yürütülmesi, bütçe işlemleri, taşınır mal kayıt işlemleri, sağlık tesisi içerisinde personelin her türlü özlük işleri, evrak yönetim hizmetleri ve sağlık tesisi faaliyetlerine ait raporların hazırlanması vb. iş ve işlemlerini yürütmektir (Sağlık Bakanlığı, 2017b, s. 7,8).

3.4.4.3.3. Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürlüğü

Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürlüğü 51275 sayılı Yönerge Ek-5'e göre sadece 400 yataklı hastaneler bünyesinde kurulabilmektedir. Destek ve kalite hizmetleri müdürü başhekiye karşı sorumlu olup görev, yetki ve sorumlulukları özetle şunlardır: Refakat, temizlik, yemek, hasta bakımı, karşılama ve yönlendirme gibi sağlık otelciliği hizmetleri, taşınır bakım ve onarım, ulaşım, kütüphane, tıbbi fotoğrafane, iletişim, kuaförlük, terzihane, morg, otopark bahçe ve çevre düzenlemesi hizmetleri, arşiv hizmetleri, acil yardım ve güvenlik hizmetleri. Bu görevler, destek ve

kalite hizmetleri müdürünün bulunmadığı tesislerde idari ve mali hizmetler müdürlüğü tarafından yürütülmektedir.

Temel olarak sağlık tesislerinde sağlık hizmeti sunan personelin hizmetlerini kolaylaştırmak amacıyla sunulan, genel evrak, arşiv, atık hizmetleri, temizlik, mutfak, güvenlik ve afet planlaması, teknik destek ve sağlık tesisinin türüne uygun olarak yürütülen hizmetlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır.

Hastanenin kapasitesine göre yönerge ile belirlenen sayıda görev yapacak müdür yardımcıları da bağlı bulunduğu müdürün görev alanlarıyla ilgili iş ve işlemler vereceği görevleri yerine getirmekle yükümlü ve bu müdüre karşı sorumludurlar (Sağlık Bakanlığı, 2017b, s. 8).

3.4.4.3.4. Hastanelerin Denetimi

İlk defa 2011 yılı 663 sayılı KHK ile başlayan ve 2017 yılı ve 694 sayılı KHK'nın 188. maddesinde de '*Hastanelerin Yönetim ve Denetimi*' başlığı ile yer alan, son olarak 2018 yılı 1 No'lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 372. maddesinde aynı şekilde korunan hastanelerin gruplandırılması sitemine devam edilmektedir.

Bu maddelere göre hastanelerin tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle performans karnesi kullanılarak değerlendirmeye tabi tutulacağı belirtilmektedir.

Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılacak, hastanelerin ağırlıklı ortalaması, il düzeyinde hastanelerin grubunu belirleyecektir. Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre il düzeyinde hastanelerin,

- a) Grup düşürülmesi,
- b) (D) grubunda devralınması halinde, üçüncü değerlendirme sonucunda üst gruba çıkarılmamış olması,
- c) (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirme sonucunda üst gruba çıkarılmamış olması,
- ç) Bünyesindeki hastanelerden birinin ard arda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi,
- d) Bünyesindeki hastanelerden birinin (E) grubu olarak devralınması halinde, ikinci değerlendirme sonucunda bu hastanenin bir üst gruba çıkarılmamış olması,

hallerinde Bakanlıkça il sağlık m¼d¼r¼n¼n ve ilgili başkanın g¼revine son verilecek. Bu durumların fıkranın (a), (b) ve (c) bentlerinde sayılan hallerin hastane ¼lçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise başhekimin g¼revine son verilecektir (KHK/694, 2017, s. 3,4).

Başarısızlık sebebiyle il sağlık m¼d¼r¼n¼n değişmesi halinde başarısızlığa sebebiyet veren başkan ve yardımcıları ile ilçe sağlık m¼d¼rleri ve başhekimlerin s¼zleřmeleri kendiliğinden sona erecektir. Başarısızlık sebebiyle başhekimlerinin s¼zleřmesinin sona erdirilmesi halinde ise başhekim yardımcıları ile m¼d¼r ve yardımcılarının s¼zleřmeleri de kendiliğinden sona erecektir.

3.4.4.4.Aile Hekimliği Birimi (AHB) / Aile Sağlığı Merkezi (ASM)

Sağlık Bakanlığı, 31 Aralık 2010 tarihinden itibaren T¼rkiye'nin tamamında Aile Hekimliği uygulamasına geçmiş, bu tarihe kadar aile hekimliği ve diğer birinci basamak sağlık hizmetlerini s¼rd¼ren sağlık ocaklarının faaliyetleri sona ermiştir.

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu'nda aile hekimi: "kişiye y¼nelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle y¼k¼ml¼, gerektiği ¼l¼de gezici sağlık hizmeti veren ve tam g¼n esasına g¼re çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının ¼ng¼rd¼ę¼ eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir" şeklinde tanımlanmaktadır (TBMM, 2004).

Bir Aile Hekimi b¼lgesinde bulunan asgari 1000 azami 4000 kişiye aile hekimliği hizmeti vermekle sorumludur. Kanunda yapılan tanım ekseninde başlıca g¼revleri şunlardır:

- ❖ çalıştığı b¼lgenin sağlık hizmetinin planlamasında b¼lgesindeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak,
- ❖ Birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- ❖ Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana ocuk sağlığı ve ¼reme sağlığı hizmetlerini vermek.
- ❖ Periyodik sağlık muayenesi yapmak,

❖ Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik aşağıda belirtilen:

- Kanser,
- Kronik hastalıklar,
- Gebe,
- Lohusa,
- Yeni doğan,
- Bebek,
- Çocuk sağlığı,
- Adölesan (ergen),
- Erişkin,
- Yaşlı sağlığı ve benzeri izlem ve taramalarını yapmaktır.

Aile Hekimliği ve Aile Sağlığı Merkezi olarak ifade edilen yapının anlaşılabilmesi için aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarının belirlendiği 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*'ndeki tanımların açıklanması gerekmektedir.

Yönetmelikte geçen *Aile hekimliği birimi* ifadesi, bir aile hekimi ile en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıyı, *Aile sağlığı elemanı*, aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru acil tıp teknisyeni gibi sağlık elemanını, *Aile sağlığı merkezi (ASM)* ise, bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca hizmet verilen sağlık kuruluşunu ifade etmektedir.

Aile sağlığı merkezinde birden çok aile hekimi hizmet veriyor ise, aile hekimleri kendi aralarında bir yönetici belirler. Yönetici, aile sağlığı merkezinin işletilmesinden birinci derecede sorumlu olduğu gibi bu merkezin müdürlük ve toplum sağlığı merkezi ile eşgüdümünü sağlamakla da görevlidir.

Aile sağlığı elemanları, aile hekimi tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen, kurumlarınca da muvafakati verilen bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve bunlar sözleşmeli olarak çalıştırılır. Aile hekimleri ve aile sağlığı merkezi elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda bakanlık, ilgili mülkî idare amiri ve sağlık idaresinin denetimine tâbidir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve taşra teşkilatlarının kapatılması sonucu aile hekimliği izleme, değerlendirme vb. tüm iş ve işlemlerinin yürütülmesi, il sağlık

müdürlüğünün halk sağlığına ilişkin görevleri arasında sayılmaktadır. İl sağlık müdürlükleri bünyesinde kurulan halk sağlığı hizmetleri başkanlığı ve aile hekimliği birimleri ile aile hekimleri ve ASM'lerin gözetim ve denetimini yerine getirmektedir.

3.4.4.5. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve Bağlı Birimler

Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı yapılanmasında yer alan TSM ve bağlı birimlerinin açılması, kapatılması, organizasyonu ve görevleri ile ilgili usul ve esaslar, 7/5/1987 tarihli ve “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”, 24/11/2004 tarihli ve “5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu”nun 5’inci maddesi ile 11/10/2011 tarih ve “663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”nin 36’ncı maddesine dayanılarak hazırlanan 05/02/2015 tarih ve “29258 sayılı Toplum Sağlığı ve Bağlı Birimleri Yönetmeliği” ile düzenlenmiştir.

TSM, bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlayarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunlara ilişkin düzeltici ve önleyici faaliyetleri planlayan ve gerçekleştiren, birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini İl Sağlık Müdürlüğünün sevk ve idaresinde organize eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşlarıdır.

10.7.2004 tarihli ve “5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu”na tabi olmayan il merkezlerinde ve nüfusu 15.000’e kadar olan ilçelerde bir TSM kurulur. Nüfusu 15.000 ila 30.000 arasında olan ilçelerde, sağlık hizmet sunumunun planlanması, coğrafi koşullar, dönemsel nüfus artışları gibi hususlar dikkate alınarak ilçe sağlık müdürlüğü kurulmamış ise toplum sağlığı merkezi kurularak sağlık hizmetleri yürütülür. Nüfusu 30.000 ve üzerinde olan ilçeler ile ilçe devlet hastanesi bulunan yerlerde toplum sağlığı merkezi kurulmaz. TSM’nin kurulmadığı ilçelerde ve yönetmelik ile öngörülen hizmetler ilçe sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüğünün de kurulmadığı yerlerde ise ilçe devlet hastanesi tarafından yürütülür. Toplum sağlığı merkezleri ile ek ve bağlı birimlerinin açılması, kapatılması ve yer değişikliği ilgili müdürlüğün teklifi ve bakanlığın onayı ile gerçekleştirilir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

TSM’ye müdürlüğün teklifi bakanlığın onayı ile bir hekim, TSM başkanı olarak görevlendirilir.

TSM'lerin görev ve yetkileri detaylı bir şekilde yönetmelikte belirtilmiştir. Buna göre başlıca görevleri şunlardır (Yönetmelik md. 8-37): İdari ve mali işler, kayıt ve istatistik, plan ve program yapma, diğer kurumlarla işbirliği, izleme ve değerlendirme çalışmaları, sağlığın geliştirilmesi ve teşvikine ilişkin hizmetler, bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü, tüberküloz kontrolü, zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, kadın ve üreme sağlığı, çocuk ve ergen sağlığı, kanser erken teşhis, tarama ve muayene eğitimi vb. sağlık hizmetlerini yürütmektir.

Toplum sağlığı merkezi bünyesinde “Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM), Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi (ÇEKÜS), Enfeksiyon Kontrol, İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG), Diyabet ve Obezite, Göçmen Sağlığı Merkezi, Sağlık Evi” gibi belirli hizmetleri yoğun olarak sunmak üzere bağlı birimler açılabilir. Bu birimler, ihtiyaç doğrultusunda bakanlıkça belirlenen hedeflere uygun olarak, müdürlüğün teklifi ve bakanlığın onayı ile açılır ya da kapatılabilir (Sağlık Bakanlığı, 2017b, s. 9).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ALAN ARAŞTIRMASI

4. MANİSA İLİ ÖRNEĞİNDE TAŞRA SAĞLIK YÖNETİMİNİN EŞGÜDÜM İLKELERİ AÇISINDAN ANALİZ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık yönetiminde yeniden yapılanma çabalarının başlıca amacı tüm sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde organize edilerek sunulmasıdır. Bu hedeflere ulaşmak için sürdürülebilirlik, insan merkezilik, kalitenin sürekli hale getirilmesi, katılımcılığın artırılması, uzlaşmacı kültür, gönüllülük gibi belirlenen ilkelere dayandırılmak istenmiş ve bu kapsamda yasal düzenlemelere gidilmiş taşra teşkilatında farklı bir yapıya gidilmiştir. Ancak istenen hedeflenen amaçlar gerçekleşmemiş taşra teşkilatı ve yönetim yapısı gözden geçirilerek revize edilmiştir. 2017 yılında yayımlanan 694 sayılı KHK ve “51275 sayılı Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge” ile teşkilat yapısı, görev ve sorumluluk alanları belirlenen taşra sağlık yönetimi son şeklini almıştır. Bu değişiklikler taşra sağlık örgütünün yapısını, örgütlenme şeklini, kurumların ve yöneticilerinin sayılarını, görev, yetki ve sorumluluk alanlarını, yasal statülerini ve doğal olarak müdürlük birimlerinin kendi içerisinde ve tüm sağlık kurumlarıyla olan iletişimini ve eşgüdümünü de etkilemiştir.

Araştırmanın bu bölümünde ilgili yasal düzenlemelerle değişim dönüşüm yaşayan ve son şeklini alan taşra sağlık yönetiminin; eşgüdüm anlamında görevlerini nasıl yerine getirdiğinin, değişimin olumlu ve olumsuz yönleri ile eksik kalan yanlarının eşgüdüm ilkeleri açısından analizi ve değerlendirilmesi yapılacaktır.

4.1.Yöntem

Araştırma derinlemesine görüşme yöntemiyle yürütülen nitel bir çalışmadır. Nitel çalışmalar öğrenilmek istenen konuya ilişkin sayısal verilerden çok mevcut durumun doğasını ve nedenlerini anlamaya dönük tasarlanmış araştırmalardır. Olayın ya da olgunun özelliklerini yapısını ve işlevlerini değerlendirmek için daha küçük bir grupta genişlemesine ve derinlemesine bilgi edinilmesi hedeflenmektedir. Derinlemesine görüşme, araştırılan konunun tüm boyutlarını kapsayan, çoğunlukla

açık uçlu soruların sorulduğu ve detaylı cevapların alınmasına imkân veren, yüz yüze görüşmelerle gerçekleştirilen bir veri toplama tekniğidir (Tekin & Tekin, 2006)

4.2.Örnekleme

Araştırma, tesadüfi olmayan amaçlı ve yargıya dayalı olarak belirlenmiştir. Örnek çalışma grubu, evreninden rastgele değil belli özelliklerinden dolayı ve/veya araştırmacının kendi kararına göre seçilirler. Amaçlı örnekleme, örneğin seçileceği evren hakkında araştırmacının oldukça kapsamlı bir bilgiye ve tecrübeye sahip olmasını gerektirir. Bu yöntem kullanılarak araştırmacı, çalışma için önemli gördüğü özelliklerin örnek grupta olmasını sağlar. Her ne kadar bu yöntem kullanılarak bulgulardan elde edilecek çıkarımlar araştırmacının sağduyusuna dayansa da elverişlilik örneklemesine göre daha kuvvetli çıkarımlarda bulunma şansı sunar (Böke, 2014).

Araştırma sağlık yöneticileri, uygulayıcıları ve sağlık kolunda faaliyet yürüten sendika yöneticileri üzerinde yürütülecek nitel görüşmeler üzerine kurgulanmıştır. Bu kapsamda kamuda sağlık yöneticisi ve uygulayıcısı olan 6 kişiyle sağlık örgütünde en yüksek üyeye sahip 3 sendika yöneticisiyle ve 2. basamak özel sağlık hizmeti sunan 1 sağlık yöneticisi ile görüşme yapılması hedeflenmiştir. Araştırmaya dâhil olma kriterleri içerisinde değişen mevzuat süresince taşra sağlık örgütünde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ve özel sağlık kuruluşunda yönetici olarak çalışmakta olan ya da son iki yıl içerisinde yöneticilik yapmış olan kişiler ve sağlık kolunda faaliyet yürüten ve halen sendika yöneticiliği yapan kişilerdir. Bu kriterlerin seçilmesindeki amaç sağlık yönetim yapısının değişim sürecinde yöneticilik yapan, bu sürece tanıklık eden kişilerin değişim öncesi ve sonrasındaki farkı görebilecek ve karşılaştırma yapılabilecek durumda olmalarıdır. Sendika ve özel sağlık yöneticisinin seçilme kriterleri ise değişim ve sonrası işleyişin dışarıdan bakan aktörler gözünden görülmek istenmesidir.

Tablo 3. Örneklem Grubunun Sosyodemografik Özellikleri Tablosu

KOD	YAŞ	CİNSİYET	MEZUNİYET	İKAMETGÂH	GÖREVİ	GÖREV SÜRESİ	ÖNCEDEN YÖNETİCLİK YAPTI MI?
KSY1	40	E	LİSANS	MANİSA	SAĞLIK YÖNETİCİSİ	2 YIL	EVET
KSY2	50	E	LİSANS	MANİSA	SAĞLIK YÖNETİCİSİ	2 YIL	EVET
KSY3	38	E	YÜKSEK LİSANS	MANİSA	SAĞLIK YÖNETİCİSİ	2 YIL	EVET
KSY4	48	E	TIPTA UZMANLIK	MANİSA	SAĞLIK YÖNETİCİSİ	2 YIL	EVET
KHY1	52	E	LİSANS	MANİSA	HASTANE YÖNETİCİSİ	7 YIL	EVET
KHY2	46	E	LİSANS	MANİSA	HASTANE YÖNETİCİSİ	2 YIL	EVET
SY1	44	K	YÜKSEK LİSANS	MANİSA	SENDİKA YÖNETİCİSİ	2 YIL	HAYIR
SY2	39	E	LİSANS	MANİSA	SENDİKA YÖNETİCİSİ	2 YIL	EVET
ÖHY	58	E	TIPTA UZMANLIK	MANİSA	HASTANE YÖNETİCİSİ	7 YIL	EVET
KSY	KAMU SAĞLIK YÖNETİCİSİ						
KHY	KAMU HASTANE YÖNETİCİSİ						
SY	SENDİKA YÖNETİCİSİ						
ÖHY	ÖZEL HASTANE YÖNETİCİSİ						

4.3.Araştırma Veri Toplama Aracı

Araştırmada bireylere ait sosyodemografik özelliklerin yanı sıra araştırma amacına uygun olarak hazırlanmış eşgüdüm ilişkili yarı yapılandırılmış görüşme soruları kullanılmıştır. Sorular yönetimin temel fonksiyonu olan eşgüdüm ilke ve çeşitlerini temel alan kategoriler halinde hazırlanmıştır. Sorular yöneltilmeye başlamadan önce alanda uzman bir akademisyenin görüşleri alınmış, pilot bir çalışma yapıldıktan sonra veri toplama sürecine geçilmiştir.

4.4.Araştırmanın Sınırlılıkları

Etik Kurul Onayı alınmasına rağmen il sağlık müdürlüğü tarafından araştırma izni verilmemesi, bu sebeple sağlık yöneticileri ile görüşmelerin kısmen ve toplum temelli yapılabilmesi bir sınırlılık olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ayrıca sendika yöneticilerinin ikisiyle görüşülmüş ancak üçüncü yönetici görüşmeyi kabul etmesine karşın bir türlü uygun olmaması sebebiyle görüşülememiştir. Sözleşmeli sağlık yöneticiliği yapısı nedeniyle bazı sağlık ve hastane yöneticilerinin çekinmesi ve görüşmek istememesi de araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

4.5.Verİ Toplama Süreci

Araştırmanın verileri Mart 2019 - Nisan 2019 tarihleri arasında yapılan yüz yüze ve derinlemesine görüşmelerden elde edilmiştir. Bu süre zarfında sağlık yöneticisi uygulayıcısı ve sendika yönetici olan toplam 9 kişiyle toplam 7 saat 40 dakika görüşme yapılmıştır.

4.6.Verilerin Çözümlemesi

2017 yılında yayımlanan 694 sayılı KHK'nın taşra sağlık teşkilatının örgütlenme şeklini, kurumların ve yöneticilerinin görev, yetki ve sorumluluk alanlarını değiştirdiğine yukarıda değinilmişti. KHK ile oluşan yeni yapının taşra sağlık örgütüne somut yansıması ise 04.01.2012 tarih ve 28163 sayılı "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği" ne dayanılarak hazırlanan 07.11.2017 tarih ve 51275 sayılı "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge" ile kendini göstermektedir.

Yönerge ile il sağlık müdürlüğü içerisinde kadrolar ve görev dağılımları yeniden oluşturulmuştur. Yönergenin 2. ekinde de il sağlık müdürlüğü birimlerince yürütülecek görevler detaylı şekilde açıklanmıştır. Ancak kadro standartlarının belirlenmesi, görevlerin dağıtılması ve birimlerin ve yöneticilerin eşgüdümü konusunda belirgin standartlar getirilmemektedir.

Aşağıda yer alan tablo ile taşra sağlık yönetiminin hizmet başkanlıklarına verilen -eşgüdüm gereksinimi olan- görevleri: eşgüdümün doğrudan ilişkisi, süreklilik,

erkenlik, etkileşim, örgütlenme yoluyla eşgüdüm, teşkilat yapısında sadelik, politika ve programlarda birlik temini, haberleşme kanallarının düzenlenmesi gibi ilkeleri ile ilişkilendirilmektedir. Tablonun sütun kısmında taşra sağlık yönetiminin hizmet alanlarına ilişkin görev başlıkları, satır kısmında ise eşgüdüm ilkeleri verilmekte, satır ve sütunların kesiştiği alanlarda ise taşra yönetiminin eşgüdüm gereksinimi olan görevleri eşgüdüm ilkeleri ile ilişkilendirilmektedir. İlişki kurulamayan alanlar için ise teşkilat yapısındaki değişimin eşgüdüm ilkesi açısından uyum durumu bulgu olarak verilmektedir.

Tablo 4. Taşra Sağlık Yönetiminin Eşgüdüm İlkeleriyle İlişkilendirilmiş Görevleri

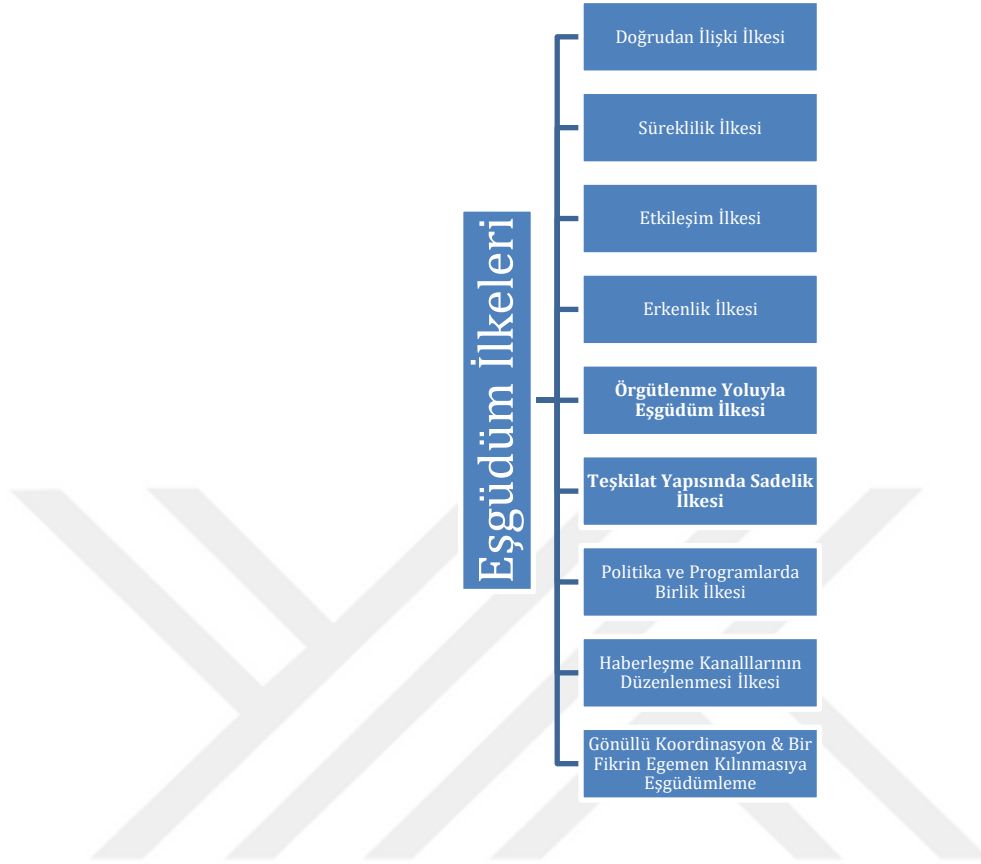
	HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ	KAMU HASTANE HİZMETLERİ	SAĞLIK VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ	PERSONEL VE DESTEK HİZMETLERİ
Doğrudan İlişki İlkesi	Başkanlıkların diğer başkanlıklarla, başkanlık birimlerinin sağlık tesisleri birimleriyle yatay ilişkiler yoluyla gerçekleştirdiği iletişim eşgüdümlemenin doğrudan ilişki ilkesiyle uyumludur.			
	Personel özlük ve mali iş ve işlemlerin yürütülmesinde tüm birimler Personel ve Destek Hizmetleri ilgili birimleriyle doğrudan ilişki içerisindedir.			
	Tüm kamu sağlık tesislerinin tıbbi hizmet ihtiyaçlarının tespiti, temini görevi başkanlıkların ve alt birimlerinin doğrudan ilişki kurmasına neden olmaktadır			
Süreklilik İlkesi	Aile Hekimliği izleme, değerlendirmek ve denetlemek	Kamu hastanelerinin faaliyetlerini izleme, değerlendirmek ve denetlemek	Özel sağlık kuruluşlarının denetlemek	Ön mali kontrol, satın alma, taşınır kayıtlara ilişkin iş ve işlemleri yapmak
Etkileşim İlkesi	İl Sağlık Müdürlüğü ve alt birimleri hizmet alanlarına giren tüm (kamu-özel) sağlık kuruluşları ile karşılıklı etkileşim içindedir Taşra sağlık yönetiminin tekli yapısı, taşrada bir bütünlük arz etmesi, tüm sağlık kurumlarının karşılıklı etkileşim içinde olmasını sağlamaktadır			
Erkenlik İlkesi	Halk sağlığına ilişkin her türlü koruyucu sağlık hizmetlerini ve eğitimlerini planlamak	Kamu hastaneleri ve ağız diş sağlığı merkezlerinin insan gücü planlamasına katkı sağlamak, öneride bulunmak ve koordinasyonu sağlamak	Kamu sağlık tesislerinde tıbbi hizmet alımlarını planlamak	Kamu sağlık tesislerinde destek hizmetleri ile ilgili demirbaş ve sarf malzemesi ihtiyaçlarını planlamak

Politika ve Programlarda Birlik Temini İlkesi	Halk sağığını ilgilendiren ulusal politika ve programların Müdürlük eşgüdümünde yürütülmesi	Tüm kamu hastanelerindeki hizmetlerle ilgili ihtiyaçların tespit ve teminini sağlamak	Bakanlığın sağık turizmi politikaları çerçevesinde il düzeyinde koordinasyonu sağlamak	Tüm kamu sağık tesislerinin tıbbi hizmet ihtiyaçlarının tek bir birim tarafından satın alınması
Örgütlenme Yoluyla Eşgüdüm İlkesi	Halk Sağığı Hizm. Başkanlığı ve alt birimlerinin birinci basamak sağık hizmetlerinin yürütülmesi	Kamu Hastane Hizm. Başkanlığı ve alt birimlerinin, ikinci basamak sağık hizmetlerinin yürütülmesi	Acil Sağık hizmetlerinin yürütülmesi	İl düzeyinde personelin adil ve dengeli dağılımını yapmak, içinde personel nakil ve görevlendirme işlemleri
Teşkilat Yapısında Sadelik İlkesi	Taşrada üçlü yapıdan tekli yapıya geçilmesi, ayrı hizmet veren kurumların birleştirilmesi eşgüdümün teşkilat yapısında sadelik ilkesi açısından olumlu görünmektedir			
Haberleşme Kanallarının Düzenlenmesi İlkesi	Halk sağığıyla ilgili aşı ve ilaçların takibi, çevre ve halk sağığı ilişkin sağık istatistiklerinin takibi, tüm tanıtım faaliyetleri	Denetim raporlarının düzenlenmesi. Evde Sağık Hizmetlerinin koordinasyonu	Acil Sağık Hizmetlerinin koordinasyonu, Organ, doku ve kan naklinin koordinasyonu	Personel özlük vb. faaliyetlerin yürütülmesi Bilgi edinme hizmetlerinin koordinasyonu
Bir Fikrin Egemen Kılınması & Gönüllü Eşgüdümüne Yardımcı Olma İlkeleri	Taşra sağık yönetiminin, tüm sağık personelini ikna etme yoluyla, gönüllü koordinasyona sevk eden, birlikte çalışma duygusunu veren, bu duyguyu özümseten kapsayıcı, egemen bir amacı var mı?			

Tablo ile elde edilen bulgular ışığında yarı yapılandırılmış görüşme soruları hazırlanmış, alanda bu konuda yetkin sağık yöneticileri ve sağık çalışanı temsilcilerinden veriler toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin çözümlenmesinde ise tematik analiz yöntemi kullanılmıştır.

Konumuzun alt başlıklarında ise araştırma grubu ile yapılan görüşmeler ve gözlemler sonucu elde edilen veriler ışığında taşra sağık yönetiminin eşgüdüm ilkeleri açısından analizi yapılmakta, eşgüdüm çeşitlerine de değinilerek mevcut durum değerlendirilmekte ve önerilerek getirilmektedir.

Şekil 10. Eşgüdüm İlkeleri



4.6.1. Doğrudan İlişki İlkesi

“Eşgüdüm emirle gerçekleşmez” anlayışından doğan doğrudan ilişki ilkesi, kurumların özellikle de sağlık hizmeti sunan kurumların işleyişi ve örgüt amaçlarını gerçekleştirmesi açısından son derece önemli bir ilkedir. Follett, örgüt içerisindeki kişilerin uyumlu bir şekilde doğrudan iletişim kurarak yaptığı bilgi alışverişinin emir yoluyla gerçekleşen eşgüdümle kıyasla daha etkili olduğunu belirtmektedir (Doğan, 1999).

Taşra örgütünün de üçlü yapıdan tekli yapıya geçilmesiyle kişiler ve birimler arasındaki doğrudan iletişime olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple kamu sağlık yöneticileriyle yapılan görüşmelerde, “694 sayılı KHK sonrası oluşan teşkilat yapısıyla başkanlıklar arasında haberleşme ve iletişim nasıl etkilendi, bu iletişim hızlandı mı?” şeklinde yöneltilen soruya:

KSY4 “Aynı binadayız yan yana, eskiye nazaran daha kolay 2 kat ötedeyiz” cevabını vermiştir. 694 sayılı KHK öncesi taşrada üç ayrı kurum olan hizmetlerin müdürlük çatısı altında birleştirilmesi ile daha etkili bir iletişime sahip olabilecekleri

ve doğrudan ilişki kurabilmelerinin daha kolay olacağı ifade edilmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin sunulması noktasında karar verici nitelikteki sağlık yöneticilerinin doğrudan iletişim kurmasını kolaylaştırmakta, sağlık hizmetlerinin taşrada bir bütün olarak sunulmasına da katkı sağlamaktadır. Birinci ve ikinci basamak arasında çıkabilen sorunların bu hizmetlerin en üst birimleri olan başkanlar düzeyinde doğrudan gerçekleşen diyaloglar ile çözülebildiğini belirten kamu sağlık yöneticisi:

KSY4“...bu tarz problemleri başkanlıklar arasında genelde kendi aramızda konuşarak hallederiz...” şeklinde ifade edilmiştir. Sağlık yöneticisi kişiler arasında problemler olmasına karşın 663’e kıyasla aynı çatı altında olmanın doğrudan iletişimi zorunlu hale getirerek sorunların çözümüne katkı sağladığını da belirtmiştir.

Taşra sağlık yönetimi birimlerinin örneğin: Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı ve Kamu Hastane Hizmetleri Başkanlığı arasında gerçekleşen yatay iletişim, aynı şekilde başkanlık alt birimlerinin de üstlerinden emir almadan birbirleriyle olan karşılıklı iletişimi eşgüdümlemenin doğrudan ilişki ilkesine uygun bir yaklaşımdır. Müdürlüğün, Destek Hizmetleri Başkanlığı görevleri kapsamında yürüttüğü satın alma, taşınır kayıt ve ön mali kontrol işlemleri sağlık tesislerinin ilgili birimleriyle doğrudan ilişkiler ile eşgüdümlü bir şekilde yürütülmesi gereken hizmetlerden olduğu da görülebilmektedir. Bu bağlamda sağlık tesisi yöneticilerine, “Talepleriniz konusunda hangi birimle, nasıl iletişim, koordinasyon kuruyorsunuz?” sorusu yöneltilmiş:

KHY2: “...Müdürlük Destek Hizmetleri Başkanlığı altındaki satın alma birimiyle sürekli diyalog halinde çalışıyoruz. Başkan yardımcısı ile de etkili bir iletişimimiz var. Ayrıca Sağlık Müdürü veya Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı ve Başkan Yardımcısıyla direk yüz yüze görüşmeler ile talepte bulunuyoruz.” şeklinde cevap alınmıştır.

Yine bir başka hastane yöneticisi bir cihazın temin ediliş sürecindeki il sağlık müdürlüğü tıbbi cihaz birimiyle kurmuş oldukları doğrudan iletişimi şu şekilde ifade etmektedir:

KHY1 “...Bizim bu malzeme talebimizi müdürlük tıbbi cihaz birimi biliyordu, sistemde görür görmez bana haber verdiler.”

Kamu sağlık yöneticisi ile yapılan görüşme sırasında gelen bir başka sağlık tesisi yöneticisi şu ifadelerde bulunmuştur:

“...başka bir İl’den cihaz almaya gitmek için araç talebimi müdür beyi arayarak sözlü talep ettim, onay aldıktan sonra yazıyı yazdım.”

Taşra yönetimin, sağlık tesisi yöneticileri ile kurmuş olduğu doğrudan ilişkiyi anlatan sağlık yöneticisi ise şunları ifade etmiştir:

KSY1 “...Müdür Bey her ay bölge sağlık kurumlarının yöneticileri ile genelde akşamları yemekli yapılan toplantılarla onların istek, şikâyet ve önerilerini dinliyor...”

Aynı uygulamayı kamu hastane yöneticisi de şu şekilde belirtmiştir:

KHY1 “...Sağlık Müdürü her ay bir ilçede mutlaka toplantı yapar. Burada sözleşme imzalayan kim varsa başhekim, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcıları katılır. Bu durum 663’e göre sağlık tesisleri ile müdürlük arasındaki diyalogu hızlandırdı...”

Taşradaki son yapılanma ile sağlık yönetiminde bir bütünlük sağlandığı, il müdürlük birimlerinin kendi aralarında ve diğer sağlık tesisleri ile olan doğrudan iletişiminin olumlu yönde etkilendiği yapılan gözlem ve görüşmelerden anlaşılabilmektedir. Bu bağlamda sağlık örgütüne dışarıdan bakan bir aktör olarak sendika yöneticisine yöneltilen aynı soruya:

SY2 “Önceki sisteme göre Müdürlük ve diğer birimler arasındaki haberleşme, iletişim olumlu yönde etkilendi tabii” şeklinde cevap verilmiştir.

Sağlanan bütünlüğün yaptığı olumlu etkiye karşın sağlık yönetimi içerisinde doğrudan ilişkiyi kesintiye uğratan unsurlar da yok değildir. 663 sayılı ve 2011 tarihli KHK ile örgüt yapılanmasına giren, 694 sayılı ve 2017 tarihli KHK ile genişleyerek tüm sağlık yöneticilerini kapsayan sözleşmeli yapı, yönetim kademesindeki kişilerin rekabete girmesine ve bu rekabetin bir çekişmeye yol açmasına, birimler arasında özellikle başkanlar düzeyinde sorunlar yaşanmasına neden olduğu anlaşılmaktadır. Bu çekişme ve rekabet ortamının da kişiler ve birimler arasında doğrudan ilişkileri aksattığı, doğal olarak işleyişe ve alt birimlere de yansıdığı, kamu sağlık yöneticisinin,

KSY4 “...Bu istişareler şu an olmuyor, altı aydır ekip, aile değiliz, ailenin olmadığı yerde işler yürümez, şu anda işler yürümüyor” şeklindeki ifadelerinde anlaşılmaktadır. Bu sebeple il sağlık müdürü ve başkanların katıldığı “başkanlar toplantısı” diye adlandırılan ve eşgüdümün doğrudan ilişki ilkesine uygun bir yaklaşım olan toplantıların da bir süredir yapılmadığı ifade edilmiştir. Aynı konuyla ilgili olarak sendika yöneticisi;

SY2 “...herkes kendine rakip olabilecek kişileri düşünüyor ve çekişme oluyor ve iş anlamında bir koordinasyonsuzluk yarattığını görüyoruz...” şeklinde açıklamada bulunmuştur.

Sonuç olarak taşrada il sağlık müdürlüğü çatısı altında bir bütün olarak dikey örgütlenmeye gidilmesi, müdürlük birimlerinin kendi içinde ve diğer sağlık tesisleri arasında yatay ilişkiler yoluyla doğrudan ilişki kurmasına olumlu etkisi olmuştur. Kamu sağlık yöneticilerinin sözleşmeli idarecilik yapısı nedeniyle yaşanan çekişme ve rekabet ortamı ise, öne çıkma, rol kapma, bazı birimleri etkisizleştirme gibi çabalara girilmesine ve bu nedenle yöneticiler arasında doğrudan ilişkilerin kesintiye uğramasına neden olmaktadır.

4.6.2. Süreklilik İlkesi

Follett ilkelerinden süreklilik ilkesi eşgüdümün zamanla sınırlandırılmasının yanlış bulan bir yaklaşımdır. Eşgüdüm sürekli ve dinamik bir süreç olup, doğrudan ilişki ilkesinde olduğu gibi yatay ilişkiler yoluyla gerçekleşmesi kişiler ve birimler arasındaki iyi ilişkilerin varlığıyla sürdürülmesi öngörülmektedir. Bu bağlamda kamu hastane yöneticilerine, “müdürlük ve diğer sağlık tesisleri ile olan iletişimi, eşgüdümü nasıl sağladıkları, hangi iletişim kanallarını (formal, informal) etkin olarak kullandıkları, bu iletişimin etkili bir eşgüdüm sağladığını düşünüp düşünmedikleri” hakkında sorular yöneltilmiştir. Kamu hastane yöneticisi 1 bu sorulara şöyle cevap vermiştir:

KHYI “...Örneğin Sağlık Müdürlüğü’nün oluşturduğu. ...birde Bakanlığın oluşturduğu Tüm Türkiye’nin katıldığı bir WhatsApp grubumuz var, ...İl bazında da benzer bir grubumuz var müdürlerin oluşturduğu. Destek Hizmetlerinin oluşturduğu satın alma grubu var, mesela engelli komisyonu grubu var...”

Buradaki ifadelerden taşra yönetiminin yöneticiler ve birimler bazında teknoloji olanaklarını kullanarak benzer görevleri yürüten birimler arasında sürekli bir eşgüdüm sağlamaya çalıştığı anlaşılmaktadır.

Sağlık gibi önemli bir alanda faaliyet gösteren ve birçok alt birimi olan örgütlerde ise sürekli eşgüdümü sağlama aracı olarak yönetimin denetim fonksiyonu önem kazanmaktadır. Bir kurumun/örgütün çalışmalarının devamlı gözetim ve denetim altında tutulması, kaynakların yerinde kullanılıp kullanılmadığının saptanması ve örgüt verimliliğinin sürekli olarak artmasını sağlayacak tedbirlerin alınması zorunludur (Köksal, 1974). Bu bağlamda taşra yönetiminin sözleşmeli olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten aile hekimlerini izleme, değerlendirme ve denetleme görevi, kamu hastanelerinin faaliyetlerini izleme, değerlendirme ve

denetleme görevi, yine il genelindeki kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kurum ve kuruluşlarını denetleme görevleri, ilgili birim ve kurumlarla sürekli bir eşgüdümün yürütülmesini gerektirmektedir. Bu kapsamda kamu sağlık yöneticilerine, “Ne sıklıkla diğer birimler ile iletişim kuruluyor izleme, değerlendirme ve denetleme yapılıyor? Hangi iletişim araçlarını kullanıyorsunuz?” soruları yöneltilmiştir.

KSY2 “...denetleme işlemlerini yine Aile Hekimliği İzleme, Değerlendirme birimimiz vasıtasıyla yerine getiriyoruz... Bir hekim ve sağlık memurlarından oluşan ekibimiz belirli aralıklarla bu denetimleri yürütüyor, burada yapılandırılmış formlarımız vasıtasıyla denetleme ve değerlendirme faaliyetleri yerine getiriliyor. Yine herhangi bir şikâyet durumunda hemen o aile hekimliğine giderek denetimler gerçekleştiriliyor.” şeklinde yanıtlamıştır.

Denetleme faaliyetlerinin Aile Hekimliği, İzleme Birimince sürekli ve etkin bir şekilde yürütüldüğünü de yine katılımcı ifade etmiştir.

Kamu hastane hizmetlerine ilişkin denetleme ile ilgili olarak, il sağlık müdürlüğünün kamu hastaneleri üzerindeki denetleme, izleme faaliyetlerini nasıl yürütüyor şeklinde sorulan soruya ise:

KHY2 “Müdürlük bünyesinde verimlilik ve kalite denetleme birimi bulunuyor. Birimler müdürlük ve sağlık kuruluşlarında bu alanda eğitim almış ve yetişmiş, genellikle uzman kişilerden oluşturulabiliyor. Bunlar il genelindeki tüm sağlık kuruluşlarında denetim faaliyetini yürütmektedir.” şeklinde cevap verilmiş ve bu denetimlerin yılda bir kez ve koordineli bir şekilde yürütüldüğü ifade edilmiştir.

Taşra sağlık yönetim yapısının denetleme ve izleme faaliyetleri konusunda sendika yöneticilerine de aynı soru yöneltilmiş, SY2’nin aşağıda verilen ifadesiyle bir önceki yapıdaki sağlık hizmetlerinin fonksiyonel olarak ayrılması uygulamasının denetleme konusundaki etkinliğine vurgu yapılmıştır.

SY2“...663 daha avantajlı bu konuda...1. Basamak sağlık hizmetleri tek bir başkanlık nezdinde takibi daha iyiydi, bu yetkiyle alakalı 663 başkanlıklara ciddi bir yetki vermişti. Ve bu yetki sahaya yansıyor şimdi bu yetki geri çekilmiş oldu... Denetleme kısmı 663’e göre daha zayıf bu yüzden...”

Özel sağlık tesislerinin denetlenmesi, gerekli yaptırımların uygulanması ve sağlıkta kalite standartları çerçevesinde sağlık istatistiklerinin toplanması görevi de taşra yönetiminin sağlık hizmetlerine ilişkin görevleri arasında sayılmaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2017, s. 3). Bu kapsamda, “İlgili kurum ve kuruluşlarla nasıl iletişim kuruyorsunuz? Denetleme faaliyetlerini nasıl yürütüyorsunuz?” soruları yöneltilmiştir.

KSY3 “Resmi yazışmayla ilgili kurumlarla iletişime geçiyoruz, yılda 2 kez olmak üzere 6 ayda bir denetleme faaliyetlerini yürütüyoruz” cevabını vermiştir.

Bir başka kamu sağlık yöneticisine aynı soru sorulmuş,

KSY4 “...yoğun bakımdır, laboratuvardır hepsini özelliklerine göre düzenli aralıklarla denetliyoruz. Eksiklik olduğunda ceza-i işlem ve kapatma uyguluyoruz” cevabı alınmıştır.

Özel sağlık yöneticisine, “Denetleme faaliyetleri nasıl yürütülüyor? Bu konularda süreç nasıl işliyor? Müdürlükle nasıl bir iletişim ve koordinasyon kuruyorsunuz? Müdürlük özel sağlık kuruluşları ile etkin ve koordineli şekilde bu görevlerini yerine getirebiliyor mu?” soruları yöneltilerek özel sağlık hizmetlerinin denetim süreci öğrenilmek istenmiştir. Özel sağlık yöneticisi ise cevaben:

ÖHY “Yılda iki defa müdürlük denetlemekte, yıllık bina denetimleri, işleyiş denetimleri var, ayrı ayrı tüp bebek, yoğun bakım ve laboratuvar denetimleri var. Bunları müdürlük birimi tek tek denetlenmektedir” ifadesiyle denetleme, ruhsatlandırma gibi faaliyetlerinin sürekli bir eşgüdüm halinde yürütüldüğünü belirtmiştir.

Özel hastane yöneticisine SDP’nin sürekli kalite gelişimi ilkesine dayanılarak, sağlıkta kalite standartları çerçevesinde (SKS) yürütülen faaliyetlerin eşgüdüm bağlamında nasıl işlediğine dair sorular da sorulmuştur.

ÖHY “...il dışından gelen bir ekip tarafından yılda bir kez yapılıyor, ...tek tek her şeye bakılıyor, ...gerçekten etkili ve koordineli bir şekilde yürütülüyor...” şeklinde denetimler konusundaki görüşünü ifade etmiştir.

Gerek planlayıcı gerekse uygulayıcı sağlık yöneticisi olarak çalışmakta olan katılımcılar, denetim ve kalite konusunda müdürlüğün görevlerini bakanlık, ilgili kurum/kuruluşlarla yapılandırılmış form ve yazışma yöntemlerini de kullanarak sürekli bir eşgüdüm içerisinde yürütüldüğünü ifade etmişlerdir. 694 sayılı ve 2017 tarihli KHK öncesi yapılanmada denetim konusunun daha iyi işlediği ise sadece sendika yöneticisi 2 tarafından ifade edilmiştir.

Sonuç olarak bir yönetim fonksiyonu olan denetimin taşra sağlık yönetimi koordinatörlüğünde, bakanlık ve ilgili kurumlar ile iletişim araçları da kurularak ve bu kapsamda denetim komisyonları oluşturularak yapıldığı anlaşılmaktadır. 694 sayılı KHK ile tekli bir yapıya bürünen taşra örgütünün, tüm birimlerinin bu sürece dâhil edilebildiği, denetim görevlerinin yerine getirilmesinde sürekli eşgüdüm ilkesinden yararlanıldığı değerlendirilmektedir.

İl sağlık müdürlüğü bünyesinde bulunan satın alma ve tıbbi cihaz birimlerinin kurulması ve bu birimlerin sağlık tesislerinin ihtiyaçlarını karşılama noktasında bütçe ve yönetim anlamında daha yetkili oluşu, sağlık tesislerinin ilgili birimleriyle sürekli bir eşgüdümü gerektirmektedir. Hastane ve diğer sağlık hizmeti sunan tesislerde kullanılan malzeme, ilaç ve tıbbi cihazların çok çeşitli ve yüksek maliyetli olmasından dolayı taleplerin zamanında ve en uygun maliyetle temin edilmesi süreci, taşra yönetimlerinin önüne meşakkatli bir eşgüdüm problemi olarak çıkmaktadır. Bu bağlamda satın alma sürecinde diğer birimlerle olan eşgüdümün çok iyi olması gerekmektedir. Sağlık yöneticileriyle yapılan görüşmede bu sürecin nasıl işlediği ve sürekli bir eşgüdüm sağlanıp sağlanmadığı araştırılmıştır. Alınan cevaplar ise şu şekildedir:

KSY1 “Bizim KİK-SOFT diye satın aldığımız bir program üzerinden yürütülüyor. Birimler ihtiyaçlarını bu program üzerinden giriş yapıyor ve talepler toplanıyor.” “Bu programı Hastaneler, İlçe Sağlık Müdürlükleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Sağlık Evleri, Ağız Diş Sağlığı Merkezleri ve 112 Başhekimliği tarafından kullanıyor.”

KHY1 “Destek Hizmetlerinin oluşturduğu satın alma (WhatsApp) grubu var”

KHY1 “İletişim ile ilgili bir sıkıntımız yok, bizim elimizde bir malzeme yoksa bu malzeme Türkiye’nin neresinde olduğunu Bakanlığın yazdığı MKYS sisteminden görebiliyoruz... Müdürlük Tıbbi Cihaz Birimi de görebiliyor aynı sistem üzerinden var olan malzemeyi...”

KHY2 “...satın alma birimini iş ve işlemleri için ise Müdürlük Destek Hizmetleri Başkanlığı altında ki satın alma birimiyle doğrudan iletişim ve irtibat kuruyoruz. 30.000 TL üstü satın alma durumlarında müdürlüğe soruyor ve izin verilirse satın alma yapıyoruz. İletişim yazılı ve sözlü olarak yürütülmektedir.”

SY2 “...kaynağın verimli kullanılması adına bugün daha iyi ama beklentinin karşılanması adına olumsuz. Süre uzuyor ve arzu edilen malzemenin hemen ve doğru temin edinilmemesi açısından olumsuz ve koordinasyon yavaş.”

Sağlık yönetiminin aktif olarak yürüttüğü satın alma sürecinde tüm temizlik ve sarf malzeme alımlarının toplu gerçekleştirilmesi, malzemelerin alım sürecinde bütçe, talep, stok, ihale ve taşınır teslim kısmına kadar KİK-SOFT programı üzerinden yapılması, birimler arasında sürekli bir eşgüdümün varlığını ortaya koymaktadır. Diğer malzeme alım süreçlerinde sağlık tesisleriyle olan diyalog ve yazışmalar ile farklı bir birim olan tıbbi cihaz biriminin eşgüdümlü çalışması, işin uzmanı kişilerden

şartname komisyonu oluşturularak ihaleye çıkılması da taşra yönetimince sürekli bir eşgüdüm yapıldığını göstermektedir.

4.6.3. Etkileşim İlkesi

Follett, örgütteki bireylerin gelişimine özel önem vermiş, geleneksel yönetim anlayışına uygun olan birilerinin üzerinde iktidar kavramı yerine, birlikte iktidar kavramını önermiştir. Kişilerin ve kurumların varlığı birlikte çalışmayı, iletişimi ve karşılıklı etkileşimi meydana getirmektedir. SDP'nin uzlaşmacılık, gönüllülük, katılımcılık gibi temel ilkeleri de eşgüdümün etkileşim ilkesiyle örtüşmekte, kişilerin ve birimlerin birbirinden kopuk olmayacağını sürekli, kesintisiz bir ilişkinin varlığını vurgular niteliktedir.

Özellikle sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetimi noktasında karşılıklı iletişim ve eşgüdüm son derece önemli hale gelmektedir. Doğrudan ilişki ve sürekli eşgüdüm ilkelerinde de bahsedildiği üzere sağlık yönetiminin tüm taşra örgütü ve özel sağlık kuruluşları üzerinde bir çatı kurması, hizmet alanlarına göre oluşturulmuş iş ve işlemlerde başkanlık birimlerinin tüm örgüt birimleriyle etkileşim halinde olmasını sağlamaktadır. Bu birimlerde çıkabilecek bir sorunun örgütün diğer birimlerini de etkilememesi neredeyse imkânsız görünmektedir. Örneğin halk sağlığı hizmetleri başkanlığının görevi olan aile hekimliği açma, kapama, yer değiştirme faaliyetlerinde yapılabilecek bir yanlış planlama o bölgedeki diğer aile hekimlerinin yoğunluk yaşamasına, birinci basamak sağlık hizmetlerinden vatandaşların yeterince yararlanamamasına ve en yakın ikinci basamak sağlık kuruluşlarında bir yığılmaya neden olabileceği etkileşim ilkesinden anlaşılabilmektedir.

Bu bağlamda sağlık yöneticilerine, “sağlık merkezleri aracılığıyla yürütülen hizmetlerin eşgüdüm içerisinde sürdürülebilmesi için bu birimlerle ve başkanlıklarla nasıl bir etkileşim içerisindesiniz” şeklinde yöneltilen soruya aşağıdaki cevaplar verilmiştir:

KSYI “Başkanlığımızın hizmet alanına giren tüm görevleri nedeniyle gerek müdürlük birimleri gerekse diğer sağlık tesisleri ile karşılıklı iletişim etkileşim halindeyiz, ...örneğin sağlık tesislerinin tadilat ihtiyaçları, ...talep gelir, yatırım birimizdeki mühendisler gider keşif çıkartır...”

KSYI “...tüm sağlık tesisleri ve başkanlıklarla karşılık görüşme ve sonrasında mutlaka yazışmalar üzerinden iletişim halindeyiz.”

KSY2 “Gerek müdürlük içerisinde gerekse dış kurumlarla telefon ve yazışmalar ile iletişim kuruyoruz. ...birimler kendi aralarında daha rahat irtibat kuruyor ve gerekli işlemleri tesis ediyor... Bir sıkıntı olduğunda biz başkanlıklar olarak devreye giriyoruz.”

KSY3 “...Biz zaten şu an kendi ekibimizin dışında ilgili birimlerden de ek personeller alıyoruz. Mesela acil servis denetimi olacak bir özel sağlık tesisinin, bunun için acil sağlık hizmetlerinden destek alıyoruz. Kamu hastaneleri ile ilgili iş ve işlemler bunların tescillenmesi onaylanması gibi işlemlerde Kamu Hastaneleri Başkanlığı üzerinden devam ettiriyoruz. Yani diğer tüm başkanlıklar ile diyalog ve etkileşim halindeyiz... Ama mesela personelle ilgili işleri çözemiyoruz...”

KSY4 “...İl Sağlık Müdürü en tepede olmalı amma velakin ekibin sağlam ve koordineli olması lazım... Sen, ben olduğunda bu tüm çalışanlara sirayet ediyor ve motivasyon, koordinasyon sorunları meydana geliyor.”

KHY1 “Sistemde bir sıkıntı yok aslında dediğim gibi eski sistemden gelme kişilere göre değişiyor işleyiş.”

KHY2 “...uzun zamandır sağlık camiasında oluşum nedeniyle herkesi tanıyorum bu sebeple cep telefonu genelde, WhatsApp ve santralden iletişim halindeyiz.”

2017 tarihli ve 694 sayılı KHK ile oluşan yapının tüm örgütün iletişimi ve etkileşimine katkı sağladığı, belirli işlerin yürütülmesi sırasında diğer birimlerden destek alınmasının üçlü yapıya göre kolaylaştığı, tüm sağlık hizmetlerinin taşrada bir bütün olarak görülmesiyle 1. ve 2. basamak birimleri arasında iletişimin güçlendiği, birimler arasında çıkabilecek problemlerin başkanların karşılıklı iletişimi ve eşgüdümüyle çözülebileceği görülmektedir. Katılımcılar resmi ve özel iletişim araçlarını da aktif kullanılarak karşılıklı etkileşim halinde olduklarını da ifade etmişlerdir.

Olumsuz anlamda ise önceki sistemin (663'ün) getirmiş olduğu 694 sayılı KHK ile genişleyerek devam eden sözleşmeli idarecilik yapısı olduğu tüm katılımcılar tarafından ifade edilmektedir. Bu durumun önemli görevler yürüten taşra sağlık yöneticilerini hem bireysel olarak hem de bağlı birimlerinin işleyişi anlamında olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Örneğin sendika yöneticisine bu bağlamda sorulan soruya:

SY2 “Yani sistemin eksik yanları bir defa hem 663 hem 694 ün sözleşmeli idarecilik mantığı doğru değil” cevabını vermiştir. Ek olarak “bu durumun bir eşgüdüm sorunu yarattığını mı düşünüyorsunuz?” sorusu sorulmuş, aşağıdaki şekilde cevap vermiştir:

SY2 “Yani sözleşmeli idarecilik sistemi yönetim kademesinde yer alan kişilerde görevini devam ettirme kaygısı yarattığından çok fazla inisiyatif alarak işlerini yürütemiyorlar. Hep bir kaygı var bu sözleşme her an bitebilir ve bir sonraki dönem devam etmeyebilir... Sözleşmeli olarak görev yapan kişiler, bürokratlar, karar mekanizmalarında kendilerini siyaseten mecbur hissediyorlar, bu sebeple inisiyatif alarak, rahat bir şekilde görevlerini yürütemiyorlar. Bu açıdan sıkıntılı bir yapısı var son teşkilat yapısının.”

İfadeden de anlaşıldığı üzere yöneticilik görevinin sonlanması ile maddi ve manevi anlamda büyük bir kayıp yaşama olasılığı, bu kadroların kurum dışından atamalara açık oluşu, herkesin birbirinin yerinde gözü oluşu algısı özellikle hekim olmayan sözleşmeli yöneticiler üzerinde baskı ve endişe yaratmaktadır. Hekim olan sağlık yöneticilerinin en üst kadro için rekabet yaşadıkları, bu sebeple taşra yönetiminde birlikte iktidar yerine tek başına iktidar kavramının ortaya çıktığı, birlikte çalışma karşılıklı etkileşimin ise zayıfladığı görülmektedir.

Taşrada üst düzey yöneticilerin yaşadığı bu durumlar kişiler ve birimler arasındaki birlikte çalışma duygusunu zayıflatarak eşgüdümü olumsuz yönde etkilediği değerlendirilmektedir.

4.6.4. Erkenlik İlkesi

Follett’in erkenlik ilkesi plan ve programların hazırlanması esnasında tüm yetkililerin görüş bildirmesi, karşıt görüşlerin ifade edilerek aynı konu üzerinde tüm yetkililerin bilgi sahibi olması ve ileride yaşanabilecek eşgüdümü engelleyici durumların engellenmesi esasına dayanmaktadır. Örneğin tüm sağlık tesisleri için gerekli olan her türlü mal ve hizmet alımı, yatırım veya sağlık tesislerini açma, kapama yeni birim oluşturulması gibi hizmetlerin planlanması esnasında birim yöneticilerinin görüşlerinin alınması erkenlik ilkesinin önemini ortaya koymaktadır. Bu anlamda daha sonra çıkabilecek sorunlar eşgüdümün erkenlik ilkesi sayesinde giderilmiş olacaktır.

Bu kapsamda sağlık yöneticilerine, “Hastane veya İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde plan ve programların hazırlanması gibi önemli konularda toplantılar düzenlenmekte midir? Bu toplantılarda tüm yetkililerin görüş bildirebildiği, karşıt görüşlerin ifade edilebildiği bir ortam var mı? Kısaca bahseder misiniz?” soruları yöneltilmiştir. Bu sorulara alınan yanıtlar aşağıdaki şekildedir:

KHY1 “...çünkü biliyorum ki ben her ay sağlık müdürü ve başkanlarında olduğu bir toplantıda sorunlarımı anlatabileceğim. Ortak konular önceden belirlenip, herkes görüşünü açıkça ifade edebiliyor ve ortak bir politika oluşturulabiliyor bu toplantılarda.”

KHY2 “Bakanlık hastane yapımı için ihaleye çıkıyor, bakanlık yetkilileri teslim aldıktan sonra İl Sağlık Müdürlüğüne binaları teslim ediyorlar. Aslında Bakanlık tarafından teslim alınması noktasında il ve hastane yöneticilerinin de içinde olduğu bir komisyonca teslim alınması daha uygun olacaktır, bu anlamda eksiklikler hastaneyi kullanacaklar tarafından tespiti daha iyi yapılabilir diye düşünüyorum.”

KHY2 “Sağlık Müdürümüzün güzel bir uygulaması var bu anlamda, Manisa İlini 3 bölgeye ayırdı. Bu Bölgedeki hastanelerle 3’er ayda bir toplantılar gerçekleştiriliyor. Burada tüm müdürler görüşlerini ifade edebiliyorlar. 663 sayılı kanun Sistemde Genel Sekreterce tüm sağlık yöneticileri çağrılarak yapılyordu zaman belirsizdi. ...üç ay sonra toplantının yapılacağını bilmek kendini hazırlamak, eksiklerini gidermek ve isteklerini belirtmek adına iyi bir süreç oluyor.”

KSY2 “...tüm yöneticiler sözleşmeli. Hekim, sağlık memuru ve genel idari hizmetler sınıfındaki yöneticiler farklı çarpanlardan ötürü farklı maaş almaktalar. Kişilerin aldığı ücretler ve statüsü toplantılarda bahsettiğiniz şekilde bir ifade sürecini etkiliyor.”

KSY1 “Karşıt görüşlerin ifade edilmesi işin ehli olmakla alakalı, yaptığınız iş, işgal ettiğiniz koltukta ki tecrübeyle alakalı, doktor veya memur olmasıyla alakalı olduğunu düşünmüyorum.”

KSY3 “...ettik 6 aydır bir toplantı olmadı.”

SY2 “Sözleşmeli olarak görev yapan kişiler, bürokratlar, karar mekanizmalarında kendilerini siyaseten mecbur hissediyorlar, bu sebeple inisiyatif alarak, rahat bir şekilde görevlerini yürütemiyorlar.”

Sağlık hizmetleriyle ilgili büyük plan ve programlar, ülkemizin merkeziyetçi bir yapıda olması sebebiyle Bakanlık bünyesinde hazırlanmaktadır. Örneğin; Salihli ilçesine 400 yataklı bir hastane yapılması kararının Bakanlıkça alındığı, taşra yöneticileri ile bu kapsamda bir görüşme yapılmadığı katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Yine katılımcılar tarafından yeni yapılmış sağlık tesislerinin teslim alınma sürecinde Bakanlık yetkilileri tarafından alındığı, taşra ve hastane yöneticilerinin süreçte yer almamasıyla teslim sonrası sorunlar yaşandığı belirtilmiştir. Manisa özelinde başka bir örnek vermek gerekirse aynı yıl içerisinde hizmete açılmasına karşın Merkez Efendi Devlet Hastanesi bünyesinde bulunan Çocuk Hastalıkları, Kadın Doğum ve Kardiyoloji gibi bölümlerin Manisa Şehir Hastanesine taşınması konusunda yöneticilerle herhangi bir istişare yapılmadığı, bu kararların Bakanlıkça alındığı da katılımcılarca ifade edilmiştir.

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda taşra yönetiminin bir önceki sisteme kıyasla ortak akıl sürecini işletmeye çalıştığı bu kapsamda başkanlarla ve sağlık tesisi yöneticileriyle yapılan toplantılardan anlaşılmaktadır. Bu toplantılarda alt düzey sağlık yöneticilerinin görüşlerini açıkça ifade edebiliyor olması, planlama aşamasında sorunların tespit edilerek çözümlenmesine katkı sunacağı ve ileride yaşanabilecek eşgüdümü engelleyici çatışmaların önüne geçebileceği öngörülebilmektedir. Ancak yöneticilerin mesleki statüsü, yönetici atamalarındaki referans etkisi ve kişiler arasındaki çekişme gibi sebeplerden dolayı bu toplantılarda her şeyin açıklıkla ifade edilemediği, zaman zaman toplantıların kesintiye uğrayabildiği de yapılan görüşmelerden anlaşılmaktadır. Özellikle Bakanlıkça alınan kararlarda taşra sağlık yöneticilerinin etkisinin olmadığı örnek uygulamalardan da anlaşılmaktadır. Bu durum ise eşgüdümün erkenlik ilkesinin uygulanmamasıyla yeterli bilgi sahibi olunmadan eksik ve yanlış kararlar alınmasına, sağlık hizmetlerinin sunumunda sorunlar yaşanmasına ve kamu zararına yol açacağı öngörülmektedir.

4.6.5. Politika ve Programlarda Birlik Temini İlkesi

Farklı birimlerin yöneticileri tarafından hazırlanmış olan planların birbirilerini tamamlar nitelikte bir araya getirilmesi, yapılan planların zaman ve mekân açısından tutarlı olmaları anlamına gelen Newman ilkesi, alt birimleri fazla olan örgütlerin faaliyetlerini eşgüdümlü yürütmesi noktasında önemli bir yer tutmaktadır.

Fayol, planların oluşturulması sırasında yönetimdeki her birimin plan ve politika oluşturma süreçlerine katılmasını önermektedir. Örgütlerdeki tüm kaynaklarının dâhil edilmesi yaklaşımının plan ve politikalara alt yönetim birimlerince daha fazla bağlılık duyulmasını sağlayacağını belirtmektedir (Fayol, 2016).

Taşra yönetiminin görev ve sorumluluklarının belirlendiği mevzuatlarda planlanmaların yapılmasından bahsedilmektedir ancak farklı birimlerdeki birimlerin hazırlamış olduğu planların birleştirilmesi yönünde bir ifade yer almamaktadır. Bakanlık ve taşra yönetimlerince sağlık hizmetlerinin sunumunda yapılacak bir değişiklik tüm örgütü etkileyeceğinden planların eşgüdümlemiş olması önem arz etmektedir.

Taşradaki sağlık hizmetlerinin etkin yürütülmesi bağlamında belki de en önemli gelişme 2017 yılı ve 694 sayılı KHK'nın taşra örgütlenmesine getirdiği bütünlüktür. Eşgüdüm ilkesi açısından birbirinden kopuk olan üçlü yapının terk

edilmesi son derece olumlu gözükmektedir. Çünkü temel sağlık kanunlarımızda da sağlık hizmetlerinin tanımlanması yapılırken toplumun korunması, tedavi edilmesi ve rehabilite edilmesi gibi sağlık hizmetleri bir bütün olarak devletin temel görevleri arasında sayılmıştır. Bu görevin yerine getirilmesi için sağlık hizmetlerinin yönetimi merkezde bakanlığın, taşrada ise il müdürlüklerinin uhdesine verilmiştir. Bu açıdan hizmetlerin ayrılması politikasından vazgeçilmesinin taşradaki birlikteliği güçlendirmiş olduğu değerlendirilmektedir.

İl Sağlık Müdürlüğünün 2017 tarih ve 51275 sayılı yönergedeki planlama ve politika belirleme bağlamındaki görevleri incelendiğinde, devlet politikası olarak ulusal çapta halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi faaliyetleri, halk sağlığına ilişkin görevleri arasında sayılmıştır. Müdürlük, taşra sağlık örgütünün en üst biriminden en alt birimine kadar eşgüdümlü bir şekilde halk sağlığı politikalarının yürütülmesinden sorumlu tutulmuştur. Bu kapsamda sağlık yöneticilerine, “Müdürlüğünüzde halk sağlığına ilişkin çeşitli programları nasıl yürütüyorsunuz? Hastanelerle, diğer başkanlıklar, dış kurum/kuruluşlar ile ortak yürüttüğünüz çalışmalar var mı?” soruları yöneltilmiş, katılımcılardan ise aşağıdaki şekilde cevap alınmıştır:

KSY2 “Programların yürütülmesi noktasında müdürlük olarak biz kurguyu belirliyoruz. Gerek müdürlük içerisinde gerekse dış kurumlarla telefon ve yazışmalar ile iletişim kuruyoruz. ...birimler kendi aralarında daha rahat irtibat kuruyor ve gerekli işlemleri tesis ediyor... 694’ün getirmiş olduğu en güzel yan bu bence; aynı kurum mensubu olması nedeniyle sağlık çalışanları daha koordineli çalışabiliyorlar. 663’te bu durum bu kadar iyi işlemiyordu çünkü farklı kurum mensubuydular.”

Halk sağlığına ilişkin programlar 2011 yılı ve 663 sayılı KHK ile üç kurumca ayrı ayrı yürütülen faaliyetlerdi. Aynı konuda her kurum kendine bağlı sağlık tesislerinde ayrı ayrı faaliyet yürütmekteydi. Ancak 2017 yılı ve 694 sayılı KHK ile il müdürlüğü halk sağlığı başkanlığı eşgüdümünde yürütülmeye başlanması aynı konudaki tekrarları önleyerek zaman ve kaynak israfının önüne geçildiğinin göstergesidir. Ancak burada benzer faaliyetleri ikinci basamakta yürüten ve farklı bir başkanlık altında örgütlenmiş olan ‘Sağlığın Geliştirilmesi Birimi’yle tekrara düşüldüğü sağlık yöneticisinin aşağıdaki ifadelerinden görülmektedir.

KSY2 “Son yapıda bu birim acil sağlık hizmetlerine bağlı. Sağlığın geliştirilmesi birimi aynı iş ve işlemleri yapması hasebiyle halk sağlığının altında olması gerekmekte, yetki karmaşasından dolayı bir koordinasyonsuzluk yaşandığını ifade edebilirim.”

Kamu hastane hizmetleri ihtiyaçları ile kamu sağlık tesislerinin tıbbi ihtiyaçlarının tespiti, temini ve satın alınması, il müdürlüğüne yüklenen görevler arasındadır. Bu kapsamda her birim tarafından ihtiyaçların tespiti ve temini hakkında planlamalar yapılmaktadır. Yapılan planların bütünün bir parçası olacak şekilde yöneticiler tarafından bir araya getirilmesi, -2011 tarih ve 663 sayılı KHK ile sağlanamayan- kaynakların etkin ve verimli kullanımı ve tasarruf gibi hedeflere ulaşılması açısından son derece önemli kılmaktadır. Tam da bu noktada Newman'ın politika ve programlarda birlik temini ilkesinin önemi de ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda, "Tüm birimlerin ihtiyaç ve isteklerinin tespit ve temin edilmesi noktasında ortak bir plan, program var mı? Müdürlük bağlı birimleriyle, sağlık tesisleri arasında plan, politika oluşturmada nasıl bir eşgüdüm vardır?" soruları sağlık yöneticilerine sorulmuştur. Katılımcılar ise cevaben:

KHY1 "Bu önceki dönemde (663'te) biraz sıkıntılı oluyordu, ancak şu dönemde daha iyi. Sağlık Müdürü her ay mutlaka bir ilçede toplantı yapar. Bu toplantılarda, ...1 ay sonraki işlemlerle ilgili ortak bir karar alınır. Bu durum sağlık müdürlüğü ile sağlık kurumları arasındaki diyalogu güçlendirdi, önceden mesela böyle bir şey yoktu. ...ve ortak bir politika oluşturulabiliyor bu toplantılarda."

KHY1 "Küçük çaplı işler, planlamalar başhekimlik birimleri eşgüdümüyle büyük işlerde ise tabi ki müdürlük ve birimleriyle görüşerek koordineli bir şekilde yürütülüyor. 663'e göre daha iyi diyebilirim."

KSY1 "...örneğin tüm birimlerin satın alma işlemleri KİK-SOFT diye satın aldığımız bir program üzerinden yürütülüyor. Birimler ihtiyaçlarını bu program üzerinden giriş yapıyor ve talepler toplanıyor. Bu sayede planları birleştirebiliyoruz..."

KSY2 "...üçlü yapıda aynı iş planını üç birim yapıyordu. Örneğin tuzun zararları ile ilgili broşür yaptırılacak her kurum ayrı ayrı satın alma yaparak broşür yaptırıyordu, şimdi ise tek elden yapılıyor. Birleşme ile çok ciddi bir kaynak israfının önüne geçilmiş oldu." şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir.

Müdürlükçe merkezi yatırım planlama faaliyetleri yürütülmekte midir? Bunlarda biriminiz etkin olarak rol oynar mı? Hangi komisyonlarda yer alır? Karar süreçlerine hangi iletişim kanalları ile katılır? şeklinde yöneltilen soruya sağlık yöneticisi aşağıdaki şekilde cevap vermiştir:

KSY1 "Merkezi yatırım planlamaları genel olarak bakanlıkça yapılıyor. Örneğin Salihli'de 400 yataklı bir hastane yapılması gündemde. Bu hastaneyle ilgili tüm planlamalar örneğin kaç kişi çalışacak, kaç yatak, mobilya, televizyon, odaların kaçar kişilik olacağı vs. tüm planlamalar bakanlıkça yapılıyor, biz bu sürece dâhil değiliz."

Yürütülen görevlerin eşgüdümüne ihtiyaç duyması ve katılımcıların vermiş olduğu cevaplardan yeni sistemin eşgüdüm anlamında olumlu olduğu anlaşılmaktadır. SDP ile hedeflenen kaynakların etkin ve verimli kullanılması 2017 tarih ve 694 sayılı KHK sonrası özellikle satın alma işlemlerindeki planlamalarda il müdürlüğü destek hizmetleri başkanlığı eşgüdümünde ve bilgisayar ortamında birleştirilerek yürütmesi, planlamalarda birlik ilkesinin bu anlamda uygulandığını göstermektedir. Yine taşradaki tüm sağlık tesislerinin bütçe ve yatırım teklifi işlemlerinin birleştirilerek bakanlığa sunulması, plan ve programlarda birlik ilkesine uygun bir yaklaşımdır.

Ancak hastaneler gibi merkezi yatırım planlanmamalarının yapılması, ihaleye verilmesi ve teslim alınması noktasında taşra yöneticilerinin aktif rol oynamadığı katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Bu sebeple müdürlük merkezi yatırım planlarının son safhasında dâhil olmakta ve teslim sonrası bazı eksikliklerinin giderilmesi taşra yönetimine kalmaktadır. Ülkemizdeki merkeziyetçi idari yapılanmanın Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemiyle daha da güçlü hale gelmesi, sağlığın önemli bir siyasi vaat alanı olması, sağlık yöneticilerin sözleşmeli statüsü gibi sebepler taşra örgütlerinin merkezi yatırım planlarında aktif rol alamamasına yol açmaktadır. Bu durum sorunların daha planlama aşamasında tespit edilerek çözülmesine yani eşgüdümün erkenlik ilkesine uymamaktadır.

Yöneticilerin bir araya gelerek oluşturmuş olduğu komiteler/komisyonlar da plan ve programların eşgüdümüne açısından bir gerekliliktir. Tek kişinin yanlış kararlarının önlenmesi veya otoriter kararlarının yumuşatıldığı, sorumluluğun paylaşıldığı toplantılar örgütün işleyişine katkı sağlamaktadır. Özellikle sağlık gibi çok yönlü hizmet üreten kurumların yöneticilerinin bu istişareleri sıklıkla yapması zorunluluğu su götürmez bir gerçektir. Plan ve programların eşgüdümü açısından da komisyonlardan yararlanılması elzemdir. Bu kapsamda, “Taşra yöneticileri ve diğer sağlık tesisleri yöneticileri ile toplantılar yapılmakta mı? Komisyonlarda görev alıyor musunuz?” şeklinde yöneltilen sorulara:

KSY3 “Hasta hakları ile ilgili tüm sağlık tesislerinde birim sorumluları mevcut, yine müdürlük bünyesinde hasta hakları koordinatörümüz var, tüm hastaneler ile koordineli olan. Müdürlükçe hasta hakları ile ilgili olarak toplantılar düzenleniyor.”

ÖHY “Hasta hakları anlamındaki hiçbir komisyona dâhil değiliz. Bundan 5-6 yıl önce bu konuda bir toplantıya gitmiştik.”

KSY4 “ASKOM (Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu) özel veya kamu hastane acillerinde yaşanan sıkıntıları veya ambulans sevklerini en koordineli nasıl yapılacağı hakkındaki toplantı İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde her ay düzenli olarak yapılmaktadır.”

KSY4 “Müdürlük bünyesinde plan, program belirlemek için dört başkan bir müdür eşliğinde yapılan toplantılar vardı ancak 3-4 aydır yok, yapılmıyor, şu an ortak akıl yok”

KHY2 “Bizim 694 öncesi işçi sayısı tespit komisyonumuz vardı ve toplantılar düzenleniyordu... Ancak son 2 yıldır bu toplantılar ve sistem uygulanmıyor. Şu an ise toplantı yapılmıyor müdürler arasındaki görüşmeler neticesinde karar veriliyor.”

KHY1 “...sabah engelli komisyonu gelecek müdürlükten bu şekilde de yapabiliyorlar denetimleri.” cevapları verilmiştir.

İfadelerden son örgüt yapısının komitelerden de yararlanarak plan, program ve denetlemelerin yapılmasına katkı sağladığı anlaşılmaktadır. Taşra içerisinde üst, orta ve alt düzey yöneticilerin katıldığı toplantıların yapıldığı, ancak il sağlık müdürünün inisiyatifinde olduğundan kesintiye uğrayabildiği, böylelikle de ortak aklın zaman zaman çalıştırılmadığı görülebilmektedir. Acil sağlık hizmetleri konusunda düzenli komisyon toplantıları yapılırken hasta ve çalışan hakları gibi konularda toplantıların düzenli yapılmadığı anlaşılmaktadır. Yine personel planlamasında 2017 tarih ve 694 sayılı KHK öncesi yapılan hastanelerin yatak kapasitesi, kapalı alan, doluluk oranı, m² gibi kriterlere göre kaç tane temizlik görevlisi, hemşire, bilgi işlem personeli vb. personel çalışması gerektiğinin takip edildiği, işyeri-işçi tespit sistemi ve komisyonunun da uygulanmadığı, personel planlamalarının müdür ve başkanlar ile yapılan istişarelere dayandığı görülmektedir. Özellikle taşra yönetimince plan ve programların belirlenmesi noktasında komitelerden yeteri kadar yararlanılmadığı ancak alt düzey iş ve işlemlerde komisyonların bazılarının düzenli, bazılarının ise görev gereği kurulduğu ancak çalışmadığı değerlendirilmektedir.

Taşra yönetimlerinin il içerisindeki diğer resmî kurumlarla ve turizm işletmeleriyle eşgüdümlü çalışmasını gerektiren bir görevi de Bakanlık tarafından belirlenen sağlık turizmi politikalarının uygulanmasını taşra düzeyinde sağlamaktır. Sağlık turizmine uygulamaları kapsamında ilgili kurumlarla koordinasyonu sağlamak ve düzenlemeleri takip etmek il müdürlüğünün görevleri arasındadır (Sağlık Bakanlığı, 2017). “Sağlık Turizmi Politikaları ilgili kurumlarla veya il müdürlüğü ile

eşgüdümlü bir şekilde yürütülüyor mu?” şeklinde sağlık yöneticilerine yöneltilen soruya karşılık katılımcılar aşağıdaki cevapları vermiştir:

KSY3 “...ilimizde bulunan Manisa Şehir Hastanesi, Merkez Efendi Devlet Hastanesi ve Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi başta olmak üzere ilimizin tüm kamu ve özel hastanelerinin, Sağlık Turizmi konusunda faaliyet verebilecek yeterlilik belgesine sahip olmaları için planlama çalışmalarımız devam ediyor.”

KSY3 “MCBÜ’den bir Profesör ile ilimizde sağlık turizmini başlatmak adına, sağlık tesisleri yöneticileri, ilgili acente firmalarını bir araya getirerek kongre ve seminerler vermeyi hedefliyoruz.”

KSY4 “İlgili kurumlar ile daha iletişim halinde değiliz, bu konu üzerinde çalışıyoruz.”

Taşra yönetiminin sağlık turizmi konusunda faaliyetlerinin plan aşamasında olduğu, ancak bu konuda ilgili tüm kurum, kuruluş ve turizm konusundaki akademisyenleri içerisine alan bir planlama yapıldığı görülmektedir. Bakanlıkça belirlenen sağlık turizmi politikalarının yerine getirilmesi noktasında ilgili birimlerle dış eşgüdümleme yapıldığı, ildeki diğer paydaşları da plan ve programlara dâhil edildiği anlaşılmaktadır.

Taşra örgütlenmesinde bölgeler arası bir eşgüdüm de önemlidir. Eşgüdüm bağlamında ele alındığında, sağlık hizmetinin sadece il sınırları ile sınırlanamayacağı da göz önüne alınarak 2011 tarih ve 663 sayılı KHK’nın 25. maddesi 5. bendinde bir düzenlemeye gidilmiştir. Düzenlemeyle birden fazla ili kapsayan bir bölgedeki sağlık hizmetlerinin müşterek planlanması ve gelişmişlik farklarının önlenmesi amacıyla bölge bazlı bir koordinatör eşliğinde sağlık hizmetlerin bir arada değerlendirilmesi ve politikaların buna göre belirlenmesi gerekliliği belirtilmektedir. Bu maddeye ilişkin olarak 2017 yılı ve 694 sayılı KHK’nın 187. maddesi 5. bendinde herhangi bir değişikliğe gidilmeden aynı şekliyle yer verilmiştir. Eşgüdüm ilkesi açısından ilgili maddeler ile özellikle bölge düzeyinde politikalarda birlik temini esas alındığı görülmektedir. Katılımcılar ile yapılan görüşmelerde Kızılay ile kan temini konusunda planlamaların yapıldığı, Manisa ve İzmir Kızılay Bölge Müdürlüğü ile görüşmeler yapılarak önceliğin il içine verilmesini daha sonra bölgeden (İzmir) talep edilmesi uygulamasına geçildiği, bu sayede kan imha oranlarında düşüş yaşandığı katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Yine hava ambulansının kullanılması konusunda İzmir Bölge Müdürlüğü ile istişareler yaparak uzak ilçelerdeki vakalara daha sık hizmet götürülmesi kararının alındığı ve uygulandığı ifade edilmiştir. İl bazında her ay

yapılan ASKOM benzeri bir toplantının bölgeler arası hasta sevklerinin eşgüdümü konusunda yapıldığı, bir katılımcının:

KSY4 “İller arasında hasta sevkleri konusunda toplantılar eğitim adı altında İzmir Bölge Başkanlığında 3 veya 6 ayda bir yapılmaktadır.” şeklindeki ifadelerinden anlaşılmaktadır. Yapılan görüşmelerden 2017 yılı ve 694 sayılı KHK ile oluşan tekli yapıyla özellikle acil sağlık hizmetlerinin sunumunda il ve bölge bazlı politikaların belirlenebildiği ve uygulanabildiği değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak uygulamada bazı eksiklikler yaşanmasına karşın 2017 tarih ve 694 sayılı KHK ile oluşan taşra sağlık örgütü politika ve programlarda birlik sağlanması ilke açısından olumlu görünmekte, oluşturulan tekli yönetim yapısının politika ve programların uygulanmasına katkı sağladığı değerlendirilmektedir. 2011 tarih ve 663 sayılı KHK’den sonra eşit seviyedeki kurum yöneticileri arasında yaşanan yetki çatışması ve güç savaşının olduğu, bu yüzden bir araya gelme, ortak politika belirlemede başarısız olunduğu, yeni örgüt yapısıyla bu durumun giderilmeye çalışıldığı, ancak sözleşmeli yapının varlığından dolayı özellikle başkanlar düzeyinde aynı şekilde sıkıntıların devam ettiği yapılan araştırma neticesinde anlaşılmaktadır.

4.6.6. Örgütlenme Yoluyla Eşgüdüm İlkesi

Eşgüdüm, tüm yönetim fonksiyonlarında olduğu örgütlenme içinde anahtar bir kavramdır. Hedeflenen amaçlara ulaşmak için bu amaçları özümsemiş birbiriyle eşgüdümlü çalışacak birimlerden oluşan en uygun örgüt yapısının kurulması gerekmektedir (Newman, 1970). Gulick, örgütlenme yoluyla eşgüdüm sağlama ilkesiyle belirli işleri yapmak üzere birimlerin oluşturulacağını, bu birimlere bağlı hiyerarşik olarak alt birimler ve yöneticilerin görevlendirilmesinin gerektiğini, birimlerden alt birimlere giden emirler yoluyla da eşgüdümlenmenin sağlanacağını belirtmiştir (Kaya, 1991, s. 106).

İl sağlık müdürlüğünün kadro standartları çerçevesinde oluşan son teşkilatlanması incelendiğinde, en üstte yer alan il sağlık müdürünün altında başkanlıklar ve başkanlıklara bağlı belirli işleri yerine getirmek için birimler oluşturulmuş her birime üst, orta ve alt düzey yöneticiler atanmıştır. İ6 gurubunda yer alan Manisa iline ilgili yönetmelik ve Yönerge gereği; 1 İl Sağlık Müdürü, müdüre karşı sorumlu 4 Başkan, 8 Başkan Yardımcısı, 12 İlçe Sağlık Müdürü ve başkanlıklara bağlı birimlerin sorumlusu olarak 28 Uzman kadrosu tahsis edilmiştir. Yine 51275

sayılı yönerge ile Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığına bağlı 7, Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına bağlı 5, Sağlık, Acil Sağlık ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanlığına bağlı 7, Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığına bağlı 7 birim kurulduğu görülmektedir. Bu birimler yapılan gruplandırmayla ilin nüfus oranına göre değişebilmektedir.

Taşradaki tüm sağlık tesisleri hizmet alanına göre il veya ilçe müdürlüğüne bağlı olarak faaliyetlerini yürütmektedirler. Taşradaki birinci basamak faaliyetlerini yürüten İlçe Sağlık Müdürlükleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Sağlık Evleri ve Aile Hekimleri, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığının, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini yürüten Hastaneler (Üniversite hastaneleri hariç) Kamu Hastane Hizmetleri Başkanlığının, acil sağlık hizmetlerini yürüten 112 Başhekimliği ise Sağlık, Acil Sağlık ve Tıbbi Cihaz Başkanlığının eşgüdümünde örgütlendiği görülmektedir.

İlçe sağlık müdürlükleri ve toplum sağlığı merkezlerinin kurulması 51275 sayılı Yönergenin 20. Maddesi kapsamında yapılabilmektedir. Bu madde:

“İlçelerde ve 10/07/2004 tarihli 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabii olmayan il merkezlerinde Bakanlığın izni ile toplum sağlığı merkezi kurulabilir. Ancak ilçe sağlık müdürlüğünün kurulduğu ilçelerde toplum sağlığı merkezi kurulmaz. Toplum sağlığı merkezleri kurulmayan ilçelerde bu hizmetler ilçe sağlık müdürlüğü tarafından yürütülür” şeklindedir.

İlçe sağlık müdürlüklerinin ve TSM’lerin taşra sağlık örgütlenmesindeki durumunu görüşülen sağlık yöneticisi aşağıdaki ifadeleriyle eleştirmektedir.

KSY2 “İlçe Sağlık Müdürlüğü kurulmuş bir ilçede Hastanelerin direk İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki Kamu Hastaneleri Başkanlığına bağlı olması ilçe sağlık müdürlüklerini hastaneler karşısında güçsüz konuma getiriyor. 663’ten kalan durum devam ediyor. Sağlık Müdürünün il bazında en üst yetkili olması koordinasyon anlamında güzel oldu aynı durum ilçe bazında gerçekleşmedi.”

Yine ildeki tüm (kamu/özel) sağlık kuruluşlarının hasta hakları, çalışan güvenliği, evde sağlık hizmetleri, organ ve doku nakli birimlerinin oluşturulması ve eşgüdümünü sağlanması taşra yönetimlerinin görevleri arasında sayılmaktadır. Bu hizmetin il bazında etkin yürütülebilmesi için ilgili (kamu/özel) sağlık tesislerinde birimlerin oluşturulması ve bu birimlerle sürekli bir eşgüdüm sürdürülmesi gerekmektedir. Bu kapsamda sağlık yöneticilerine ilgili görevler için birimlerin oluşturulup oluşturulmadığı ve birimlerin iletişim ve eşgüdüm anlamında nasıl işlediği sorulmuştur. Katılımcılar da aşağıda verilen şekilde görüşlerini ifade etmişlerdir.

SY2 “Organ ve doku nakli konusunda hastanelerde temsilciler var, örgütlenme ve koordinasyon açısından bir problem yok”,

KHY2 “Evde sağlık hizmetlerinde vatandaş Sağlık M¼d¼rl¼đ¼ne m¼racaat ediyor, Sağlık M¼d¼rl¼đ¼ bize liste g¼nderiyor, işte şu şu hastalarım var planlama yapın diyor. Biz de haftada bir g¼n buradan bir ekip ile gidip hizmetimizi evde gerçekleştiriyoruz.”

KSY3 “Hasta hakları ile ilgili t¼m sağlık tesislerinde birim sorumluları mevcut yine başkanlığımız b¼nyesinde hasta hakları koordinat¼r¼m¼z var. T¼m hastaneler ile koordineli olan.”

KSY1 “Hasta ve çalışanlarla ilgili birimlerimiz hastaneler b¼nyesinde kurulu, hastanelerin belli b¼lgelerinde yapılandırılmış dilek ve şikâyet kutularımız var formlar ile hasta ve çalışanlar taleplerini iletiyor. Talepler hastane birimlerince belli aralıklarla incelenerek cevaplandırılıyor.”

¼HY “Hasta hakları anlamındaki hiçbir komisyona dâhil değiliz. Bundan 5-6 yıl ¼nce bu konuda bir toplantıya gitmiştik.”

Sonuç olarak ilgili mevzuatlar ile taşrada sağlık hizmetlerinde tekli bir idari yapılanmaya geçilmesi Gulick ’in ¼rg¼tlenme yoluyla eřg¼d¼mleme ilkesine uygun bir yaklaşımdır. Katılımcılarla yapılan g¼r¼řmelerdeki genel kanı son yapının eřg¼d¼m anlamında daha iyi olduğu y¼n¼ndedir. Ancak t¼m ilçelerde ilçe sağlık m¼d¼rl¼klerinin kurulmaması bu g¼revin bazı ilçelerde hastaneler bazılarında ise toplum sağlığı merkezleri eliyle y¼r¼t¼lmesi ¼rg¼tlenme ve teşkilat yapısında sadelik ilkelerine uygun olmadığı, her iki eřg¼d¼m ilkesi açısından karmaşık bir yapılanma olarak değerlendirilmektedir.

4.6.7. Teşkilat Yapısında Sadelik İlkesi

Teşkilat yapısında sadelik ilkesi, ¼rg¼tleme yoluyla eřg¼d¼m ilkesiyle benzer bir yaklaşım sergilemektedir. Etkili bir eřg¼d¼m¼n ilk koşulunun yalın, anlaşılabilir bir ¼rg¼t yapısının kurulmasıyla m¼mk¼n olacağı Newman tarafından belirtilmiştir. Ona g¼re iyi bir eřg¼d¼m ancak birimlerin eşit ve dengeli dağıtılması, benzer faaliyetlerin aynı y¼netim birimi altında toplanması, g¼rev ve sorumluluklarda kesin bir ayırımın yapılması; hangi çalışanın hangi işi ne zaman yapacağının açıkça belirlenmesiyle sağlanabilecektir (Newman, 1979).

2011 yılı ve 663 sayılı KHK’nın 25, 26, 29 ve 30. maddeleri gereği taşra sağlık ¼rg¼t¼ ¼e b¼l¼nm¼řt¼. Bu b¼l¼nmenin geleneksel T¼rk idari yapısına uymadığı ve doğrudan ilişki ilkesi, ¼rg¼t yapısında sadelik gibi eřg¼d¼m ilkelerine ters d¼řt¼đ¼ s¼rete yaşanan olumsuzluklardan anlaşılmıştır. Sağlık Bakanlığının 04.07.2013

tarihinde yayımladığı “Bakanlık ve Bağlı Kuruluşların Taşra Teşkilatlarının İşleyişi” konulu genelgesi yaşanan olumsuzluklara örnek olarak verilebilir. Genelgenin il sağlık müdürünü diğer taşra sağlık örgüt yöneticileri içerisinde öne çıkarıcı bir yaklaşım sergilemesi, taşrada bir eşgüdüm eksikliği yaşandığının, Bakanlığın soruna çözüm getirmeye çalıştığını göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013, s. 2).

2017 yılı ve 694 sayılı KHK’nın 187. maddesi 2. bendi uyarınca taşra teşkilatında üç başlı yönetim sisteminden vazgeçilmesi eşgüdüm ilkesi açısından olumlu bir adım olmuştur. Benzer faaliyetlerin aynı yönetim birimi altında toplanarak teşkilat yapısında bir sadeleştirme yapıldığı, taşrada tek bir idari örgüt yapısıyla politika ve programlarda birlik temin edildiği ve daha işlevsel bir eşgüdümlene yapılmak istendiği görülebilmektedir. Bu bağlamda sağlık yöneticilerine, “Teşkilat yapınızın sadeleştiğini düşünüyor musunuz?” sorusu yöneltilmiş ve katılımcılardan aşağıdaki cevaplar alınmıştır:

KSY1 “Sadeleşti fakat ya başkan olmalı ya da başkan yardımcısı, arada biri fazla o da yoruyor insanı. Karmaşa yaratıyor. İlde tek müdür olması iyi ancak 4 başkan 8 Başkan yardımcısı fazla, daha sade olabilir.”

KHY1 “...üç başlı sisteme göre çok fazla sıkıntı yok, daha toparlandı. 663’te Sağlık Müdürü ayrı Halk Sağlığı Müdürü ayrı Genel Sekreter ayrıydı ona göre daha sade bir teşkilat yapımız var. Daha güzel olabilir mi? olabilir, taşra teşkilat yapımız 663’e göre iyi, öncesine göre kötü diyebilirim.

SY1 “Yeni yapı ile eskiye göre yetki karmaşası ortadan kalktı, teşkilat yapısı ile ilgili bir sadeleşme olmadı aslında sadece var olan kurumların isimleri ve yetkileri değişti buna bir sadeleşme denemez.”

SY2 “Başkan Yardımcıları sayısı arttı burada aslında bir sadeleşme yapılmadı, ancak 663’te ki üç kurumun aynı çatı altında toplanması eşgüdüm anlamında iyi oldu. Örgütlenme açısından 663’e göre olumsuz, iletişim ve koordinasyon açısından olumlu diyebilirim.”

ÖHY “...694 öncesinde tabii şimdikine göre biraz daha sıkıntılıydı. Tek bir yere başvuru yapmamız açısından tabii ki bu sistem daha rahat, iletişim ve koordinasyon anlamında.”

KSY4 “Teşkilat yapımızda bir sadeleşme oldu. Yetki ve sorumluluk belli, hesap sorulacak kişi belli. Diğer türlü üç başlı olması bizi zora sokmaktaydı.”

İl sağlık yönetiminde tekli bir yapıya kavuşulması teşkilat yapısında sadelik ilkesi açısından olumlu görülürken, kadroların fazla oluşu konusunda olumsuz görüş ifade edilmiştir. Katılımcılar ilçe müdürlüklerinin hastaneler karşısındaki durumunun da sade bir örgüt yapısına uygun olmadığını belirtmişlerdir.

Bir katılımcı ise ‘Acil Sağlık Hizmetleri Birimi’, ‘Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi’ ve ‘112 Başhekimliği’ biriminin yönerge gereği bağlı bulunması gerekli olan Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı yerine Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığına bağlı olduğunu, Personel ve Destek Hizmetleri Başkan Yardımcılarının ise doğrudan İl Müdürüne bağlı olduğunu ifade etmiştir.

Bir diğer katılımcı da benzer faaliyet yürüten birimlerin farklı başkanlıklar altında görevlendirilmesinin doğru olmadığını aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

KSY2 “İkinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik oluşturulan sağlığın geliştirilmesi birimi birçok konuda halk sağlığının görevlerini yapmaktadır. Son yapıda bu birimin acil sağlık hizmetlerine bağlı olması da aslında halk sağlığı ile bir kopukluk ve koordinasyonsuzluk yaratmakta. Kişiler öne çıkmak için revaçta olan bir konuda -örneğin tuz tüketiminin azaltılması- bu birimi kullanabiliyorlar. Böylelikle yetki karmaşası ve koordinasyonsuzluk meydana gelebiliyor. Tabi bunu etkileyen en önemli faktör sözleşmeli sağlık yöneticisi sistemidir.”

Başkanlıkların hizmet alanlarına göre kurulabilecek alt birimlerinin neler olacağı 51275 sayılı yönerge ile belirlenmektedir. Bu bağlamda başkanlıkların hizmet alanına giren görevlerinin farklı birimlerce yürütülmesinin örgütlenme ve teşkilat yapısında sadelik ilkelerine uygun olmayacağı, iç eşgüdümü etkileyerek problemler yaşanabileceği değerlendirilmektedir.

4.6.8. Haberleşme Kanallarının Düzenlenmesi İlkesi

Newman eşgüdüm için, “türlü faaliyetlerle ilgili karşılıklı ilişkilerdir” tanımını yapmıştır. Karşılıklı ilişkiler ise ancak iyi ve doğru bir bilgi akışının birimler arasında kesintisiz sürmesiyle sağlanabilmektedir. Bu sebeple yöneticilere düşen birinci sorumluluk haberleşme ve iletişim kanallarının sürekli açık tutulmasını sağlamaktır. Formlar, yazılı raporlar ve diğer iletişim araçları da iletişime katılmalıdır. Kullanılacak form ve raporların özenle düzenlenip takip edilmesi gerekmektedir. Gelişen teknoloji ile kurumlar yeni iletişim araçlarını da kullanmak durumundadırlar ancak karmaşık teknolojik sistemlerin ana amaca aykırı düşeceği de yöneticiler tarafından bilinmelidir (Newman, 1979, s. 469).

694 sayılı KHK sonrası il sağlık müdürlükleri ildeki tüm sağlık kuruluşlarının işleyişinden, sevk ve idaresinden sorumlu hale gelmiştir. Müdürlük sunulan hizmetin özelliği sebebiyle tüm birimlerin sevk ve idaresini çeşitli haberleşme kanallarıyla gerçekleştirmek durumundadır. Bilgi akışları kısmen karşılıklı temaslarla sağlansa bile

genellikle biçimsel yollardan yürütülmektedir. Hizmet yürüten birimler ile hizmet sunulan kitle arasında da karşılıklı iletişimin açık olması, yürütülen hizmetin kalitesini artırmaktadır. Halk sağlığı ve sağlığın geliştirilmesi konularında yürütülen tanıtım çalışmaları da hizmet sunulan vatandaşlarla sağlık yönetimi arasındaki iletişim kanallarının etkinliğine bağlıdır. Ancak bu başlıkta sağlık yönetiminin kendi içerisinde ve diğer sağlık tesisleri ile olan eşgüdümünü sağlayan haberleşme kanalları değerlendirilecektir. Özellikle halk sağlığı alanında bulaşıcı hastalıkların takip, tespit ve bildirimi, aşı konusunda soğuk zincirin oluşturulması vb. konularda iletişim kanallarının aktif şekilde işlemesi gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık yöneticilerine “Halk Sağlığı Hizm. Başkanlığınca yürütülen bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama, çevre ve iş sağlığı hizmetleri çerçevesinde 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşları ile bağlantınız nasıldır? Birlikte yürüttüğünüz faaliyetler var mı? Bu işleri yürütürken birlikte nasıl çalışıyorsunuz? Aranızda iletişim sorunları yaşanıyor mu? Örneğin aşıların temini konusunda hastaneler ile siz mi iletişim kuruyorsunuz?” soruları yöneltilmiştir. Katılımcı ise aşağıdaki cevapları vermiştir:

KSY2 “Aşılar ve soğuk zinciri takip ettiğimiz (ATİS) Aşı Takip Sistemi dediğimiz bir sistemle takip edilmekte. Sağlık kuruluşlarındaki sorumlular tarafından girilmekte ve düşülmekte başkanlık birimimizce de hangi hastanede ne kadar aşı olduğu anında görülmekte.”

“Manisa’da yakın bir zamanda bir kuduz vakası yaşadık ve aşı olmadığı yönünde haberler çıktı. Buradaki sorun müdürlük ile hastaneler arasındaki koordinasyonsuzluk olabilir mi?” sorusu yöneltilmiş:

KSY2 “...buradaki sorun hastanedeki görevlilerin kuduz aşılarını sistemden düşmemeleriydi. Bir yazıyla uyardık ve sonra iş düzeldi. Bunun sebebi de 694 ile tek çatıya dönüşmemizdir, bu sayede 1. ve 2. basamağı tek elden takip edebiliyoruz.”

“Sağlık istatistiklerinin derlenmesi konusunda hangi iletişim araçlarını kullanıyorsunuz?” sorusu özel hastane yöneticisine yöneltilmiş, aşağıdaki şekilde cevap verilmiştir.

ÖHY “Aylık olarak verilmesi zorunlu olan istatistikler var, onları doldurup gönderiyoruz. Haftalık ve aylık bir sürü bildirim var. Mesela bebek ölümleri takibi, bulaşıcı hastalıklar takibi, hastanede muayene olan yabancı uyruklu hasta sayısı vb. bildirimler. Bunların çoğu sistem üzerinden, bir kısmı da resmi yazıyla müdürlüğe bildirilmekte; bu konuda müdürlükle koordinasyon anlamında herhangi bir sıkıntımız yok, işler iyi bir şekilde yürütülüyor.”

Müdürlüğün halk sağlığına ilişkin faaliyetlerinde yapılandırılmış formlar ve bilgisayar sistemli iletişim kanallarının kullanıldığı ifadelerden de anlaşılmaktadır. Burada iletişim araçlarından ziyade kullanıcılardan kaynaklı sorunların yaşandığı, taşra yönetiminin mevcut olduğu konum itibarıyla gerekli müdahaleyi yaparak eşgüdüm bozukluğunun giderilebildiği görülmektedir. Bu husus birimlerde çıkabilecek bir sorunun -medyaya da yansısıyla- tüm sağlık örgütünü etkilemesi nedeniyle etkileşim ilkesi açısından da örnek teşkil etmektedir. Çünkü böyle bir durumda İl Sağlık Müdürü Bakanlıkça görevden alınabilir; Müdürün alınmasıyla da mevzuat gereği tüm yöneticilerin sözleşmeleri kendiliğinden sona ermektedir.

Müdürlüğün kamu hastanelerinden altı aylık periyotlarla istemiş olduğu performans ve faaliyet raporları, alt birimlerle biçimsel haberleşme araçlarının kullanıldığını göstermektedir. Örgüt birimleri arasında doğal iletişim ve biçimsel iletişim araçlarının yeterli seviyede kullanılıp kullanılmaması eşgüdüm ilkesi açısından önem arz etmektedir. Bu sebeple “müdürlük veya diğer sağlık tesisleri ile olan iletişimi, eşgüdümü nasıl sağlıyorsunuz? Hangi iletişim kanallarını (formal, informal) etkin olarak kullanıyorsunuz? Bu iletişimin etkili bir eşgüdüm sağladığını düşünüyor musunuz?” şeklinde sorular sorulmuştur. Katılımcılar ise tekli yapının ve teknolojik iletişim araçlarının eşgüdüme etkisini aşağıdaki ifadeleriyle belirtmişlerdir:

KHY1 “Müdürlük kendi yaptığı denetimlerde rapor tutarak yapıyor.”

ÖHY “Tabii yapılandırılmış formları var, bu formlarla tek tek gezerek her şeyi o form üzerinde işaretleyerek denetimlerini gerçekleştiriyorlar.”

KHY2 “EBYS, KİK-SOFT, HBY, TSİM gibi programlar var, tüm birimlerin birbiriyle olan iletişimini sağlayan. EBYS ile birimler arasında yazılı olarak çok sağlıklı ve iyi bir iletişim, koordinasyon sağlıyoruz”

KSY1 “Yazılı ve sözlü, ancak yazılı iletişim daha etkili oluyor. EBYS üzerinden yapılan iletişimin etkili bir eşgüdüm sağladığını düşünüyorum.”

KHY2 “Biz bu programları ilgili STK ve kurumlarla yürüttüğümüz zaman başarılı olabiliyoruz. Bu konuda gerek telefon ile gerekse yazışma ile ilgili kurumlarla iletişime geçebiliyoruz.”

2011 tarih ve 663 sayılı KHK’ya dayanılarak hazırlanan 27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı Yönetmelikle görevleri ve çerçevesi çizilen Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi’ni (ESHKM) kurmak ve işletmek görevi de müdürlüğün kamu hastaneleri hizmetlerine ilişkin görevleri arasında sayılmıştır. Katılımcılara, “İhtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının

evinde yapılması (Sağlık Bakanlığı, 2015) amacıyla kurulan Evde Sağlık Hizmetleri Merkezinin vatandaşlar ve sağlık birimleri ile olan bağlantısını eşgüdümünü değerlendirir misiniz?” şeklindeki soruya:

KSY1 “Bütün hastanelerimizde evde sağlık hizmetleri birimlerimiz kurulu ve aktif olarak çalışmakta. Müdürlük bünyesindeki evde sağlık hizmetleri birimi koordinasyon görevini üstlenmektedir. Süreç şu şekilde işliyor; vatandaş evde sağlık hizmetleri biriminin telefonuyla talepte bulunuyor. İlgili bölgedeki hastaneye bağlı evde sağlık hizmetleri ekipleri vatandaşa giderek sağlık açısından hizmete gereksinimi olup olmadığı değerlendiriliyor ve karar veriliyor. Buna istinaden de işlem yapılıyor”

KHY1 “Örneğin vatandaş Sağlık Müdürlüğüne müracaat ediyor, Sağlık Müdürlüğü bize liste gönderiyor, işte şu hastalarım var planlama yapın diyor.”

KHY2 “Vatandaş evde bakım hizmetleri biriminin telefonu var onu arıyor, bu birim hangi hastane bölgesinde ise o hastanedeki birime yönlendiriyor. Hastanedeki evde bakım birimi yoğunluğuna göre sıraya alıyor. Bu hizmet müdürlük birimi ve hastanelerin eşgüdümünde yürütülebiliyor.”

SY2 “Evet, koordinatörlüğü müdürlük yapıyor. İlk başvuru müdürlüğe yapılıyor, müdürlük hangi ilçede ise o hastane ekibine bildiriyor ve hastane evde sağlık hizmetleri birimi ilgili adrese giderek ihtiyaç olup olmayışına bakıyor.” cevapları verilmiştir.

2011 yılı ve 663 sayılı KHK ile halk sağlığı müdürlüğü bünyesinde kurulmuş olan ancak 2017 yılı ve 694 sayılı KHK ile il sağlık müdürlüğü bünyesinde yer alan ESHKM’nin birinci ve ikinci basamak sağlık tesislerindeki hizmetleri koordine etmekle görevlendirilmiş olduğu ve birimler arası merkezi eşgüdüm birimi olarak çalıştığı görülebilmektedir. ESHKM santral donanımı ve özel telefon hattı (444 38 33) bulunan, başvuruların karşılandığı ve kayda alındığı bir merkezi eşgüdüm birimidir. İldeki tüm evde sağlık hizmet birimleri, toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezleri ile irtibatı sağlayarak, evde sağlık hizmetinin hangi seviyede verileceğini belirleyen ve buna göre yönlendirmesini yapan, ilgili kurum ve kuruluşlarla iletişim anlamında eşgüdüm sağlama görevini yürütmekte olduğu değerlendirilmektedir. Merkezin işleyişini anlatan tanıtım broşürü Şekil 11’de görülebilmektedir.

Şekil 11. Manisa Evde Sağlık Hizmetleri Tanıtım Broşürü

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞVURU

BAŞVURU

Hasta veya Hasta Yakını İlçe Sağlık Müdürlüğü Aile Hekimi Hastane

444 38 33
Koordinasyon Merkezi
Değerlendirme

Evde Sağlık Hizmeti Başvuruları için
Aile Hekiminize,
Koordinasyon Merkezine
İlçe Sağlık Müdürlüklerine ve
Hastane Evde Sağlık Birimlerine
Başvurabilirsiniz.

MANİSA EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

444 38 33-444 EVDE

Acil Durumlar için 112'yi arayınız

SAĞLIK İÇİN EVİNİZDEYİZ

Kaynak: <https://merkezevendidh.saglik.gov.tr/TR,203796/evde-saglik-hizmetleri.html> (Erişim Tarihi:07.05.2019)

ESHKM'nin iç (sağlık tesisleri) ve dış (vatandaşlar) eşgüdüm anlamında taşra düzeyinde iyi bir iletişim sağlamasına karşın iş ve işlemlerin ikinci basamak üzerinden yürütülmesi anlamında yetersiz kaldığı, birinci basamağa biraz daha ağırlık verilerek hizmetlerin eşgüdümlü bir şekilde yürütülmesi gerektiği değerlendirilmektedir.

Hasta nakil ve sevk koordinasyonunun sağlanması, il düzeyinde kara, hava ve deniz ambulanslarının sevk ve idaresi gibi acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi de Yönerge ile il sağlık müdürlüğünün, acil sağlık hizmetleri görevleri arasında sayılmıştır. İl sağlık müdürlüğü bu görevlerini 112 Başhekimliği ve bağlı birimleri (112 istasyonları) eliyle yürütmektedir. Bu birimlerin kendi aralarında ve vatandaşlarla olan iletişiminin kalitesi de hizmet kalitesiyle doğru orantılıdır. Acil sağlık hizmetleri sürekli ve kesintisiz bir hizmettir. Bu hizmetlerin yürütülmesi noktasında haberleşme araçlarının aktif olması, eksikliklerin giderilmesi ve kullanılacak araç ve gereçlerin

sürekli hazır bulundurulması gerekmektedir. Bu gereklilikler başta taşra sağlık yönetiminin sorumluluğundadır.

Bakanlık Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nce geliştirilen Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS), 112 Acil Çağrı Merkezinin (AÇM) taşradaki haberleşme, iletişim ve eşgüdüm programıdır (Gök, 2016). Hangi istasyondaki ambulansın nereye gittiği, kaçta kontak açtığı, hangi hastayı nereye götürdüğü, hastanelerin hangi servisinde boş yatak olduğu gibi konularda soruların cevap bulduğu program ile acil sağlık hizmetlerinin eşgüdümünün sağlanmakta olduğu görülebilmektedir.

Bu bağlamda katılımcılara, “Hasta sevk ve nakil koordinasyonunu kim yürütüyor? Örneğin, acil ve yoğun bakım yataklarının takibini nasıl sağlıyor, hangi iletişim araçlarını kullanıyorsunuz? Kamu ve özel kişiler ile gerçek kişilere ait sağlık kurumları arasındaki koordinasyon nasıl sağlanıyor?” soruları yöneltilmiş, katılımcılar ise aşağıdaki cevapları vermiştir:

KSY3 “112 acil servisindeki ekiplerimiz takibini yapıyor, orada bulunan hekim koordinasyon faaliyetlerini yürütüyor. Tüm hastanelerin yatak sayıları sisteme giriliyor ve buradan uygun olan hastaneye yönlendirme yapılıyor. Müdürlük olarak biz kurguyu oluşturuyoruz, işleyiş 112 üzerinden yürütülmekte.”

ÖHY “112 kontrol komuta merkezi olarak çalışıyor, bu hizmetlerin yürütülmesinde herhangi bir koordinasyon sorunu yaşamıyoruz. Acil servis yataklarınızın sisteme girilmesi gerekiyor, sisteme girdiği zaman anında bizim ne kadar boş yatağımız olduğunu 112 AÇM görüyor ve hastayı bizimle görüşmeden kabul etmeden göndermiyorlar, tabii bir koordinasyon kurarak gönderiyorlar.”

112 acil sağlık hizmetleri vatandaşlar nezdinde sağlık yönetiminin vitrini sayılmaktadır. Bu yüzden 112 AÇM, istasyonlar ve sağlık tesisleri arasında sorunsuz aksamayan bir faaliyet yürütülmesi gereklidir. İnsan hayatının söz konusu olduğu acil sağlık hizmetlerinde aksama olmaması için görevliler arasında ki iletişimin, koordinasyonunun çok iyi olması gereklidir. Bu görevi 112 Acil Çağrı Merkezi (AÇM) ASOS programı, ambulans ve istasyonlardaki telsiz ağıyla sağlamaktadır. Bu iletişim ağındaki uyumsuzluk ve eksiklikleri araştırmak, bulmak ve gidermek de yine taşra sağlık yönetiminin acil sağlık hizmetlerine ilişkin görevlerinden biridir.

Katılımcıların ifadelerinde kamu/özel sağlık kuruluşları yöneticilerinin de dâhil edilerek her ay düzenli yapılan ASKOM toplantıları, acil sağlık hizmetlerinin tüm il çapında eşgüdüm içerisinde yürütüldüğünün kanıtı sayılmaktadır. 2017 tarih ve 694 sayılı KHK öncesinde de sağlık müdürlüğüne bağlı olarak faaliyet yürüten 112 birimlerinin müdürlük bünyesinde bir başkanlığa bağlı oluşu iletişim aracı ve diğer

ihtiyaçlarının giderilmesine de olumlu katkı yaptığı değerlendirilmektedir. İnsan hayatı için çok önemli olan acil sağlık hizmetlerinin, arka planda işleyen örgüt iletişim ağı, sağlık personeli, araç-gereç gibi i eřėdm unsurlarının kalitesiyle sağlanabileceği düşünülmektedir.

Haberleşme kanallarının düzenlenmesi ilkesi açısından önemli bir diğer birim de Organ, Doku ve Kan Nakli birimidir. 28.05.2008 tarih ve 19735 sayılı ‘‘Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi’’ il sağlık müdürlüklerine bazı yükümlülükler getirmektedir. Yönerge ile ‘‘Organ ve Doku Nakli Bölge Koordinasyon Merkezleri (BKM)’’ oluşturulmuş ve görevlerini ‘‘Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezine (UKM)’’ ve bulundukları ilin il sağlık müdürlüğüne bağlı olarak yürütmeleri emredilmiştir. Yönerge il sağlık müdürlüklerini de BKM’ne uygun bir çalışma meknı, şehirlerarası görüşmeye açık bir telefon, internet bağlantılı bilgisayar sistemi, il içi ve il dışı görevlerde kullanılmak üzere araç sağlamak dâhil olmak üzere, organ ve doku nakli ile ilgili hizmetin yürütülmesini kolaylaştıracak her türlü deşteği vermekle yükümlü kılmıştır. 51275 sayılı ve 2017 tarihli Yönergede ise organ nakil koordinatrlklerinin kurulması ve yürüteceği faaliyetlerin planlanması ve denetlenmesi sağlık müdürlüklerinin görevleri arasında sayılmaktadır.

2008 tarih ve 19735 sayılı Yönerge, beyin ölümü tespiti yapabilecek yoğun bakım servisine sahip her hastanede bir organ ve doku nakli koordinatörü ile bir koordinatör yardımcısı bulunmasını zorunlu kılmaktadır. Hastane yönetimleri organ ve doku nakli koordinasyonu için uygun bir mekân, şehirlerarası görüşmeye açık bir telefon ve internet bağlantılı bilgisayar sistemi sağlamakla yükümlü tutulmuştur. Koordinatrlere ise bulundukları hastanede organ ve doku nakli ile ilgili her türlü faaliyeti ulusal ve bölgesel merkezlerle eřėdm sağlayarak yürütme görevi verilmiştir. Bu kapsamda, ‘‘Organ, doku ve kan nakli gibi hizmetlerin yönetilmesinde il genelinde organ nakli birimi ve hastanelerde organ nakli temsilcileri var bu birimler arasında koordinasyon nasıl sağlanıyor? Organ, doku ve kan nakli denetleme süreci nasıl yürütülüyor, Manisa’daki organ naklinin haberleşme kanallarının düzenlenmesi açısından eřėdml yürütüldüğünü düşünüyor musunuz?’’ soruları katılımcılara yneltişmiş olup aşağıda belirtilen yanıtlar alınmıştır:

SY1 ‘‘Tam olarak nasıl işlediği konusunda bilgim yok ancak müdürlük organ nakli biriminin çok iyi çalıştığını biliyorum. Tanıtım noktasında zaman zaman stantlar kuruyorlar.’’

KSY3 ‘‘Tanıtım faaliyetleri genelde ilçe bazında sağlık müdürlüklerinin eřėdmnde sağlık tesisleri ile birlikte yürütülmekte’’

KSY4 “İşleyiş belirli bir protokole ve mevzuata göre şekil almaktadır. Organ nakli ve doku nakli gibi birimler yine kendi aralarında bu çalışmaları yürütürken bizim görevimiz denetleyici konumdadır. Nerede aksama var, bir kopukluk var ise bu neden kaynaklanıyor tarzı sorulara cevap bulmak ve düzeltmek bizim görev alanımız.”

KSY4 “Bakanlık bizden hesap soruyor, biz de sağlık kurumlarına, alt kurumlara soruyoruz. Hedeflenen sayı buydu, neden sizden organ nakli az çıktı diye hesap soruyor bakanlık. Örneğin kaç tane beyin ölümü gerçekleşmiş, bunların kaç tane organ nakli bildiriminde bulundunuz? Doktor mu unuttu? Hemşire mi unuttu? Ekip mi unuttu? Hasta yakını mı onay vermedi? Bunları bana sunun. Sunamıyorsan neden sunamadın, diye bakanlık bize biz de sağlık kurumlarına soruyor, liste istiyor ve bakanlığa bildiriyoruz.”

ÖHY “Biz hastane olarak birkaç sefer hastaları ikna edip organ bağışında bulunduk ancak ben bu süreci yetersiz buluyorum. ...biz hasta yakınıni ikna edip organ bağışında bulunmasını sağladık ve organ nakli koordinatörüne durumu bildirdik, ancak bize şu tahlilleri Ege Üniversitesi’nde yaptırın getirin diye cevap veriyor... Telefonla koordinasyonu ben kuruyorum... Yani bence bu birim bu koordinasyon sürecini sağlıklı bir şekilde yürütemiyor.”

Organ ve doku nakli konusunun kamuoyunda önem kazanması, birçok hastanın organ bağışı beklemesi ve organ naklinde zamanla yarışılması gibi sebeplerden dolayı hastane koordinatörü, bölge ve ulusal koordinasyon merkezleri arasındaki haberleşme kanallarının iyi düzenlenmiş olması yani birimler arası eşgüdüm hayati bir anlam taşımaktadır. Yapılan görüşmelerden taşra yönetiminin organ nakli koordinatörlüklerini hastanelerde kurmakta ve işleyişini denetlemekte olduğu anlaşılmaktadır. Ege Bölgesi’nde İzmir, Kütahya, Manisa, Uşak, Denizli, Aydın ve Muğla illerini kapsayan “İzmir Organ ve Doku Nakli Bölge Koordinasyon Merkezi” bulunduğundan bu amaçla Manisa’da bir merkez kurulmamıştır. İlçe sağlık müdürlükleri üzerinden ise organ nakli tanıtım faaliyetlerinin sağlık tesisleri ile eşgüdümlü yürütülmekte olduğu Manisa İl Sağlık Müdürlüğü’nün resmî sitesinde yer alan haberlerden anlaşılmaktadır. Hastanelerdeki nakil oranlarının takibi ve bakanlığa bildirilmesi noktasında rapor şeklinde haberleşme araçlarının kullanıldığı da görüşmeler neticesinde anlaşılmaktadır.

2017 tarih ve 694 sayılı KHK’nın getirdiği yapılanma ile taşra sağlık yönetiminin üçlü yapıya göre sorumlulukları artmıştır. Birimler arası iletişim ihtiyacı da aynı ölçüde artmaktadır. Özellikle personel özlük işleri gibi konular üç kurumca takip edilirken 2017 tarih ve 694 sayılı KHK sonrası tüm taşra sağlık birimlerini kapsayacak şekilde yürütülmesi ve bilgilerin bakanlığa iletilmesi, birimler arası

eşgüdümün önemini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda, yeni yapıda personel planlamasının nasıl yapıldığı ve birimler arası eşgüdümün nasıl yürütüldüğü sorgulanmıştır. Katılımcılara, “birimlerde çalışan personelin özlük işleri ve hareketliliği ile ilgili karar süreci nasıl işliyor? Bu konudaki iletişim süreci nasıl işlemektedir? Kurum içerisinde ve kurumlar arasında bir personelin görev yerinin değiştirilmesine nasıl ve kim tarafından karar veriliyor? Müdürlük, bağlı birimleri ve sağlık tesisleri bünyesindeki insan gücü planlaması konusunda, hastane yöneticileriyle nasıl bir eşgüdüm içerisinde?” soruları yöneltilmiş, katılımcılar ise aşağıda verilen şekilde cevaplandırmışlardır.

KHY1 “Personelle ilgili tüm iletişim EBYS üzerinden yürütülüyor, ...çok çok iyi, tüm hekimlerimiz ve personelimiz aktif olarak kullanıyor.”

KHY1 “Kişi örneğin şehir hastanesine geçmek istiyorum diye başvuru yapıyor, bize soruyor resmi yazıyla, biz de uygun mu değil mi diye cevap veriyoruz duruma göre, Müdürlük ise son kararı veriyor.”

KHY2 “Bir hastanenin yatak kapasitesine, kapalı alan, doluluk oranı, m² gibi kriterlere göre kaç tane temizlik görevlisi veya hemşire, bilgi işlem personeli vb. çalışması gerektiği belirleniyordu ve bakanlığın bu kapsamda yapılmış işyeri tespit sistemine giriliyordu ve sistemde hangi birimde ne kadar eksik veya fazla olduğu görülmüyordu. Ancak 2 yıldır kullanılmıyor.”

KSY4 “Kurum içerisindeki bizim birimimizde ise ben veriyorum, başkanlıklar arasında istişare ile karar veriliyor, il içinde tayin ile personel hareketliliği son kararları müdür verir.”

SY2 “Yavaş işliyor burada koordinasyon problemimiz var. Sağlık tesislerinin ihtiyaçlarının belirlenmesi, Müdürlük tarafından bunların doğru zamanda değerlendirilip, planlamaya kadar hem koordinasyon problemi var, hem planlama hataları var.”

Katılımcılar ile yapılan görüşmeler ve mevzuat incelemelerinden personel hareketliliği, özlük, disiplin vb. işlerin takibi konusundaki tüm faaliyetlerin müdürlük personel ve destek hizmetleri başkanlığı üzerinden yürütülmekte olduğu görülmektedir. İl Sağlık Müdürlüğü birimleri arasındaki hareketliliğin başkanların eşgüdümünde, diğer sağlık tesislerindeki personel hareketliliğinin ise il müdürü ve personel hizmetlerinden sorumlu başkan yardımcısının hastane yönetimleriyle kurduğu karşılıklı ilişkiler neticesinde şekillendiği görülmektedir. 694 sayılı KHK öncesi belli kriterler çerçevesinde şekillenen ve hastanelerin norm ihtiyaçlarının belirlendiği bakanlık personel tespit programının ise haberleşme kanalı olarak

kullanılmadığı katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Personel ile ilgili tüm yazışmaların EBYS üzerinden yürütüldüğü ve tüm personele hiyerarşik düzen içerisinde ‘bilgisine’ veya ‘gereğine’ şeklinde iletilerek bilgi akışının sağlandığı anlaşılmaktadır. Yine tüm örgütün personel hizmetlerinin tek bir merkezden yönetilmesinin eşgüdüm çeşitlerinden merkezi eşgüdüm anlamında çalıştığını ifade etmek gerekir. Yeni sistemin işleri yavaşlatması sağlık yöneticileri tarafından eleştirilirken, sağlık kurumları arasındaki görevlendirmeleri kolaylaştırması açısından olumlu olduğu yapılan araştırma neticesinde değerlendirilmektedir.

Son yıllarda tüm kamu kurumlarının gündemine giren ve kurum bünyesinde birimler oluşturulan bilgi edinme görevi de taşra sağlık yönetiminin destek hizmetlerine ilişkin görevleri arasında sayılmıştır. Bilgi edinme hakkının insan hayatını ilgilendiren sağlık hizmetleri gibi yoğun bir alanda yürütülmesi elbette ki meşakkatli bir iştir. Sağlık alanında çalışan veya hizmet alan kişilerin bilgi edinme hakkından yararlanması için haberleşme kanallarının işlevsel bir şekilde düzenlenmesi ve iletişimin aktif olması gerekir. Müdürlük ve hastaneler bünyesinde hasta ve çalışan hakları birimlerinin oluşturulması, taşra sağlık örgütü içerisinde bilgi edinme hizmetlerinin yürütüldüğünün somut bir göstergesi gibidir. Bu bağlamda katılımcılara, “Gerek müdürlük gerekse sağlık tesislerinde yürütülen bilgi edinme hizmetleri nasıl yürütülmektedir? Bu süreci nasıl koordine ediyorsunuz? Hasta ve çalışan hakları birimleri ile eşgüdümü nasıl sağlıyorsunuz?” şeklinde sorular yöneltilerek bu konuda taşra örgütü içerisindeki eşgüdümün işlerliği öğrenilmek istenmiştir.

KSYI “SABİB, BİMER, CİMER’den gelen bilgi istekleri müdürlükte ilgili birimlere havale edilerek cevap veriliyor, sağlık tesisleriyle alakalı bir bilgi talebiyse o tesise yazılı olarak sorup, cevabını isteğin geldiği kuruma yazılı olarak iletiyoruz.”

KSYI “Hasta ve çalışanlarla ilgili birimlerimiz hastaneler bünyesinde kurulu, hastanelerin belli bölgelerinde yapılandırılmış dilek ve şikâyet kutularımız var, yapılandırılmış formlar ile hasta ve çalışanlar taleplerini iletiyor. Talepler hastane birimlerince belli aralıklarla incelenerek cevaplandırılıyor.”

Bilgi edinme hizmetinin iletişim ile sağlanmasından dolayı, eşgüdüm ilkesinin ancak etkin, kesintisiz ve sürekli uygulanmasıyla anlam kazanabileceği değerlendirilmektedir. Araştırmacı tarafından bilgi edinme hizmetlerinin faaliyetlerini değerlendirmek adına Manisa merkezde yer alan bir hastanenin dilek, istek ve şikâyet kutusuna “kantin alanında sigara içilmesine izin verilmemesi konusunda yapılan şikâyete” iki ay gibi bir süre geçmesine karşın cevap verilmemiş olduğu, aynı şekilde

kantin alanında sigara içilmeye devam edildiği de araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir.

Sonuç olarak 694 sayılı KHK sonrası yapıyla binaların farklı oluşu, bu açıdan dış yazışma yapılması, yetki karmaşası gibi nedenlerin ortadan kalkarak birimler arası iletişimin hızlandığı katılımcılar tarafından da ifade edilmektedir. Özellikle EBYS'nin birimler arası iletişim ve haberleşmenin yanı sıra, iş akışının takibi açısından örgütlenmeye olumlu katkısı olduğu, bu sayede üst ve astlar arasında hiyerarşiye dayanan eşgüdüm sağlandığı görülmektedir. Taşradaki tüm personelin özlük faaliyetlerinde de iletişim anlamında EBYS'nin önemli bir eşgüdüm kanalı olarak kullanıldığı anlaşılmaktadır. Aynı şekilde ATİS, ASOS, MKYS, TSİM, KİKSOFT gibi sistemlerin aktif kullanılması, taşra sağlık yönetiminin sevk ve idare gücüne katkı ve alt birimlerle sürekli bir eşgüdüm sağlamaktadır. Ancak mevcut sistemlerle birlikte birçok yeni sistemin de ayrı ayrı kullanılıyor olmasının sağlık yöneticileri açısından karmaşa yarattığı da yine katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Bu durum Newman tarafından belirtilen “karmaşık sistemler, gereksinim duyulan bilginin, gereksinim duyulan zamanda sağlamak olan asıl amaca aykırı düşmemelidir” tanımına uygun olmadığı görülebilmektedir (Newman, 1979, s. 469).

Taşrada acil sağlık ve evde sağlık hizmetlerinin ayrı iletişim ve otomasyon kanalları ile iletişim anlamında eşgüdüme uygun olarak örgütlendirildiği, işleyişindeki sıkıntıların komisyonlardan yararlanılarak çözülmeye çalışıldığı anlaşılmaktadır. Bu açıdan AÇM (112) ve Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi'nin (444 3833) eşgüdüm çeşitlerinden olan ‘merkezi eşgüdüm’ birimleri olarak faaliyetlerini yürüttükleri görülmektedir.

Sağlık ile ilgili her türlü istatistiki bilginin bilgi sistemleri ve yapılandırılmış form ve raporlar kullanılarak müdürlükçe toplandığı ve yine aynı yöntemler ile bakanlığa iletilindiği görülmektedir. Bu açıdan da tekli yapıyla teşkilat yapısında sadelik ilkesi ve hiyerarşiye dayanan eşgüdümün sağlandığı görülebilmektedir. Yeni yapıda iletişim ve haberleşmenin taşrada tek bir merkezden yürütülmesiyle görevsel eşgüdümün daha iyi olduğu değerlendirilmektedir.

4.6.9. Bir Fikrin Egemen Kılınmasıyla Eşgüdümleme ve Gönüllü Koordinasyona Yardımcı Olma İlkeleri

Gulick'in Bir Fikrin Egemen Kılınmasıyla Eşgüdümleme ve Newman'ın Gönüllü Koordinasyona Yardımcı Olma İlkeleri'nin temelde aynı amacı gütmesi nedeniyle aynı başlık altında değerlendirmesi yapılmaktadır. Gulick'in ilkesinde ideal bir amacın tüm çalışanlarca özümsemesi ve tüm enerjinin amaç doğrultusunda harcanması hedeflenirken (Kaya, 1991), Newman ilkesinde de benzer şekilde yöneticilerin astlarına örgüt amaçlarını benimsetmesi ve bir gelenek geliştirilmesi, bu gelenek çerçevesinde istekli bir biçimde ve iş birliği içinde işlerin yürütülmesi hedeflenmektedir. Eşgüdüm çeşitlerinden inandırıcı eşgüdüm de bir fikrin ve amacın egemen kılınarak bireysel çabalardan ziyade ekip ruhunun oluşturulmasını sağlamak amaçlanmaktadır (Newman, 1979)

Sağlık hizmetlerinde çalışan tüm sağlık personelinin bu meslekleri seçerken sağlığın kutsallığı anlayışı ve insanlara yardım etme duygusuyla hareket ettiği de bilinen bir gerçektir. Sağlık örgütünün yatay ilişkiler yoluyla sağlanan iletişim ve eşgüdümüne dayalı oluşu da kişiler ve birimler arasındaki gönüllü koordinasyonu zorunlu hale getirmektedir. Ancak zamanla artan iş yükü, sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet, performans sisteminin getirmiş olduğu maddi kayıplar ve kariyer anlamında liyakat esaslarının göz ardı edilmesi gibi sebeplerden çalışanlar nezdinde ana amacın kıymetini yitirdiği görülebilmektedir.

Sağlık yönetimleri gönüllü koordinasyonu gerçekleştirme konusunda ne kadar başarılı olursa, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve yönetiminde o kadar başarılı olacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda sağlık yöneticilerine, Taşra sağlık yönetiminin, tüm sağlık personeliyi ikna etme yoluyla birlikte çalışma duygusunu veren, bu duyguyu özümseten kapsayıcı egemen bir amacı var mı? sorusu yöneltilmiş ve aşağıda verilen cevaplar alınmıştır:

SY1 "Asla"

SY2 "Sağlık çalışanları bu hizmetin kutsallığına inandığı için bunu benimsiyor, ben burada ayrıca bir benimsenecek inandırıcı eşgüdümüne ihtiyaç duyulacağını düşünmüyorum. Yönetimdeki veya teşkilat yapısındaki değişikliğin ana amaçtaki tavrı değiştireceğini düşünmüyorum."

KHY2 "Hastanelerin fiziki koşullarının iyileştirilmesi, çalışanların dinlenme odalarının konforlu hale getirilmesi sağlandı. Bu anlamda amaç tüm personele rahat bir çalışma ortamı sağlamaktı ve malzemelerin en iyileri alınmaya"

çalışıldı. Ancak bahsettiğiniz gibi bir özendirici amacın olduğunu düşünmüyorum.”

KSY1 “Müdür Bey her ay bölge bölge sağlık kurumlarının yöneticileri ile genelde akşamları yemekli yapılan toplantılarla onların istek, şikâyet ve önerilerini dinliyor. Bu anlamda değerlendirilebilir.”

KSY2 “Evet demeyi isterdim...”

Katılımcıların ifadelerinde anlaşılabacağı üzere sağlık alanında mesleğin getirdiği kutsallık dışında gönüllü koordinasyon yaratan bir unsurdan bahsedilmemiştir. Özellikle sağlık sisteminin son 15 yılda dönüşümler yaşaması, sağlık çalışanlarının önce üç kuruma ayrılıp sonra tekrar birleştirilmesi ve yönetici atamalarında liyakat esasından vazgeçilmesinin kurumlara aidiyet duygusunu zayıflatmış, katılımcının aşağıdaki ifadelerinden de anlaşılmaktadır:

SY1 “Bu sistemde bir kariyer hedefi belirleyemiyor sağlık çalışanları, sistem insanları siyasete, referansa muhtaç ediyor. Liyakat sistemi olmalı, daha önce de referanslar oluyordu ancak belli dönemler sınav açılıyordu ve bu çalışanları motive ediyordu.”

Sağlıkta dönüşüm programının sağlık hizmeti alanların memnuniyetini esas alarak yürütülmesi sağlık çalışanlarının üzerindeki yükü de artırmıştır. Sağlık çalışanının ve sağlık hizmetinden yararlanan vatandaşın memnuniyet oranları arasında ciddi bir fark olduğu ve sağlık çalışanlarının motivasyonlarının hızla kaybolduğu görülebilmektedir (Öztunç & Cural, 2017).

Sonuç olarak sağlık yöneticilerinin birimlerindeki iş ve işlemleri yürütmek adına sözleşmeli yapı baskısı veya kişilik özelliklerinden dolayı birim içinde motive edici bir duruş sergiledikleri, ancak eşgüdüm ilkeleri açısından tüm sağlık teşkilatını kapsayan bir inandırıcı eşgüdüm faaliyetinin olmadığı değerlendirilmektedir.

GENEL DEĞERLENDİRME

Kamu veya özel, tüm örgütlerde yönetim fonksiyonlarının yerine getirilmesi birimler arası eşgüdümleme faaliyetlerinin sağlanması ile doğru orantılıdır. Örgüt yapısında doğru planlama yapılabilmesi için doğru bilgiye ihtiyaç duyulması dolayısıyla bilgi güvenliğinin sağlanması, tekrarların önlenmesi için görev ve sorumluluklarının kesin olarak belirlenmesi, birimler arası sağlıklı iletişimin sağlanması ve planlanan hedeflere ve amaçlara ulaşmak için hiyerarşik olarak denetim faaliyetlerinin yürütülmesi gibi eşgüdüm bileşenlerinin gerekliliği büyük önem arz etmektedir.

Sağlık Bakanlığı, 58. Hükümetin Acil Eylem Planıyla hayata geçirmeye başladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında bir değişim süreci yaşamıştır. Program kapsamında özellikle 2011 ve 2017 yıllarında yayımlanan 663 ve 694 sayılı KHK'ler ile sağlık mevzuatı ve örgüt yapısı büyük bir değişime uğramıştır. Köklü değişiklikler getiren 663 sayılı KHK (2011) sadece sağlık teşkilatı üzerine bir düzenleme olup, KHK ile sağlık örgütünde yeni kurumlar oluşturulmuş, bu kurumlara yeni görevler yüklenmiştir. Ancak daha sonra oluşturulan bu kurumlar verimsizlik, amaçlanan hedeflerin elde edilememesi gibi sebeplerle olağanüstü hâl kapsamında çıkarılan 694 sayılı KHK (2017) ile kapatılmıştır. Sağlık Bakanlığı örgütlenmesinde eskiye dönüş olarak nitelendirilebilecek değişiklik ile beraber, Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı “Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü” ne, Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı da “Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne” ne dönüştürülmüştür. 2011 öncesinde olduğu gibi hizmet üreten ve sunan tüm sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı şemsiyesi altına alınmış, bakanlık denetleyen ve eşgüdüm sağlayan kurum niteliğinden yeniden işleri yürüten asıl kurum kimliğine bürünmüştür.

Süreç incelendiğinde 2011 yılı ve 663 sayılı KHK'deki en büyük sorun; yönetim ilkelerini esas almayan, Türk idare yapısının gelenekselleşmiş ve kalıp olan ast ve üst ilişkisini dikkate almaksızın oluşturulan eşgüdümsüz bir taşra yönetim anlayışı olduğu, dolayısıyla işleyişte çeşitli sorunların yaşandığı bu sebeple de değişime gidildiği görülebilmektedir.

2017 yılı ve 694 sayılı KHK ile taşrada üç farklı sağlık örgütünden, il sağlık müdürünün hiyerarşik açıdan en üstte olduğu tekli bir yapıya dönülmüştür. Dönüşüm ile personel, maddi kaynaklar ve yönetim usullerinin birleştirilmesi ve bütünleştirilmesi sağlanmış, eşgüdüm unsurlarından ahenkli birleştirme

gerçekleştirilmiş olmaktadır. Örgütlenme ve teşkilat yapılarında sadelik ilkleri açısından bakıldığında taşra sağlık örgütü ‘üç başlı’ yönetim eleştirilerinden de kurtulmuştur. Hiyerarşik örgütlenmenin yeniden kurulması ile taşra sağlık örgütünün eşgüdüm sağlamaya dönük bir kurum haline geldiği, bu nedenle iç eşgüdümünde daha işler hale geldiği elde edilen verilerden görülebilmektedir. Aynı kuruma ait olma duygusu taşra yönetimi ve sağlık tesis yönetimleri arasındaki doğal temasların ve iletişimin artmasını sağlamış, bu durum da yöneticilerin ve alt birimlerinin yatay iletişim yoluyla doğrudan iletişim kurmasına katkı yapmıştır. Son yapılanma Urwik’in “örgütlenmenin amacı eşgüdümdür” görüşüne uygun bir görünüme sahiptir (Güven, 1984, s. 81).

Örgütlenme anlamında yaşanan olumlu gelişmelere karşın eski yapının getirmiş olduğu benzer birimlerin varlığı yetki karmaşası yaratmaktadır. Parçalanma sonrası 2. basamak sağlık hizmetlerinin ihtiyacı nedeniyle kurulan, Sağlığın Geliştirilmesi Birimi’nin yürütmüş olduğu faaliyetler incelendiğinde Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı’yla aynı iş ve işlemleri yaptığı görülmüş, kişilerin öne çıkmak için revaçta olan bir konuda -örneğin tuz tüketiminin azaltılması- bu birimi kullandıkları, böylelikle yöneticiler arasında yetki karmaşası yaşandığı katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Bir önceki sistemin getirmiş olduğu bu birimin varlığı birleşme sonrası tekrara düşmelerin yaşanmasına neden olmaktadır. Teşkilat yapısında sadelik ilkesine aykırı olan bu durumu etkileyen en önemli faktörün ise sözleşmeli sağlık yöneticiliği sistemi olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Newman’ın teşkilat yapısında sadelik ilkesi açısından -mevzuatın getirmiş olduğu- benzer faaliyet yürüten birimlerin aynı hizmet birimi/başkanlığı altında birleştirilmesi ve bu birimlerin görev ve sorumluluklarının kesin olarak belirlenmesi önerilmektedir.

Taşrada ilçe müdürlüklerinin durumu, il müdürlüğünün ilçe düzeyinde görevlerini yapmak şeklinde tanımlanmaktadır. Ancak 2017 yılı ve 694 sayılı KHK’nın ve 51275 sayılı Yönergenin il müdürlüğüne sağlamış olduğu güçlendirilmiş yönetim anlayışının ilçe düzeyinde gerçekleşmediği görülmektedir. İlçe müdürlüklerinin nüfus oranlarına bağlı olarak kurulup kurulamayacağı ve kurulmadığı ilçelerde bu görevin hastaneler veya TSM’ler üzerinden yürütülmesi ve bu kurumlara ayrıca kadro tahsis edilmemesi; ayrıca ilçe hastanelerinin Kamu Hastane Hizmetleri Başkanlığı eşgüdümünde işlemlerini yürütmeleri, ilçe müdürlüklerini eşgüdümün hiyerarşik örgütlenme ve teşkilat yapısında sadelik ilkeleri açısından pasif duruma

getirmiştir. Bu kurumların ilçe düzeyinde yürüteceği görevler, sorumluluk alanları ve hiyerarşik durumları net bir şekilde yasal olarak belirlenmesi önerilmektedir.

Bir yönetim fonksiyonu olan denetimin, bakanlık ve ilgili kurumlar ile çeşitli haberleşme araçları da kullanılarak taşra sağlık yönetimi koordinatörlüğünde yapıldığı anlaşılmaktadır. Çeşitli sağlık hizmetlerine yönelik tek elden yürütülen denetim ve kalite faaliyetlerinin komisyonlar kurularak yürütülüyor olması da eşgüdümün komisyonlar/komitelerden yaranma çeşidine uygun bir yaklaşım göstermektedir. Üçlü yapıda ayrı kurumlarca yürütülen denetim faaliyetlerinin tekli yapıda tüm birimleri bütünün bir parçası olacak şekilde birleştirmesi de politikalarda birlik temini ilkesinin uygulanmasında yeni sistemin getirmiş olduğu bir avantaj olarak değerlendirilmektedir. Gerek kamu kurumlarının gerekse özel sağlık kuruluşlarının denetimlerinde farklı kurumlardan (Üniversite, Belediye, Kamu Hastaneleri) denetim ve kalite konusunda donanımlı, yetişmiş kişileri görevlendirilebilmesi il sağlık müdürlüğünün iç ve dış eşgüdüm sağlama noktasında yetkinliğini göstermektedir. Ancak hasta ve çalışan hakları ile ilgili sürekli bir eşgüdümün yürütülmediği, komisyon toplantılarının uzun bir süredir yapılmadığı, bu kapsamdaki iş ve işlemlerde bir eşgüdüm eksikliğinin olduğu da araştırma neticesinde görülmektedir.

Son yapılanmayla neredeyse tüm iş ve işlemlerin il sağlık müdürlüğü üzerinden yürütülmesi, taşra yönetimini merkezi bir eşgüdüm birimi olarak değerlendirmemize neden olmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinin ihtiyaç duyduğu birçok malzemenin il sağlık müdürlüğünden talep edilerek destek hizmetleri başkanlığı üzerinden temin edilmesi, sağlık tesislerinin bütçelerinde ihtiyaca göre ekleme ve çıkarma yapılabilmesi bu yöndeki tezimizi güçlendirmektedir. Bahsi geçen süreçlerde ortak bir yazılım sisteminin kullanılması da taşradaki iletişimi olumlu yönde etkilemektedir. Bu da kaynakların etkin ve verimli kullanılması adına birimler arasında sürekli bir eşgüdüm sağlanmasına ve planların eşgüdümlenmesine olanak tanımaktadır. Sağlık örgütüncü ihtiyaç duyulan malzemelerin çok çeşitli ve yüksek maliyetli oluşunun teminde sürelerin uzamasına neden olduğu araştırma neticesinde görülmüştür. Son yapı kaynakların etkin ve verimli kullanılması, plan ve programlarda birlik temini adına olumlu olurken istenilen malzemenin istenilen anda temin edilememesi açısından olumsuz olarak değerlendirilmektedir. Olumsuzlukların giderilmesi noktasında satın alma gibi komisyonların artırılması ve bu birimlerde görev yapacak kişilerin uzmanlaşmasının sağlanması önerilmektedir.

Özellikli bölümler olarak tabir edilen ve süreç içerisinde merkez ve bağlı birimleri arasındaki eşgüdümün en çok hissedildiği 112, Evde Sağlık, Organ, Doku ve Kan Nakli gibi hizmetlerin yapısal anlamda eşgüdüme dönük olarak kurgulandığı görülebilmektedir. Bu birimlerin haberleşme ve iletişim kanallarının yeterli düzeyde oluşu taşra düzeyinde etkili bir eşgüdüm yürütüldüğü anlamına gelmektedir. Görevlerin yürütülmesi sürecinde eşgüdümü kesintiye uğratabilecek durumların tespiti görevinin il müdürlüğüne verilmesi de sürekli bir eşgüdümün sağlanması demektir. ASKOM toplantıları, organ nakli raporlarının düzenli bildirmesi, kan imha oranlarının takibi ve Kızılay ile eşgüdüm sağlanması gibi hizmetlerde taşra yönetimince dış eşgüdüm yapıldığını ortaya koymaktadır. Ancak hasta ve çalışan hakları faaliyetlerindeki iletişimin aynı seviyede yürütülmediği görülmektedir. Taşra yönetiminin bu alana daha fazla eğilmesi önerilirken, bunun çalışanların motivasyonunu yükselterek gönüllü koordinasyona yardımcı olma ilkesi açısından daha olumlu olacağı değerlendirilmektedir.

Katılımcılarla yapılan görüşmelerde taşra yönetiminin bir önceki sisteme kıyasla ortak akıl sürecini işletmeye çalıştığı, bu kapsamda müdürlük bünyesindeki başkanlar ve sağlık tesisi yöneticileriyle belli aralıklarla yapıldığı belirtilen toplantılardan anlaşılmaktadır. Orta ve alt düzey sağlık yöneticilerinin toplantılarda görüşlerini açıkça ifade edebilmeleri eşgüdümün erkenlik, plan ve politikalarda birlik temini ilkeleri açısından olumlu bir yaklaşım olurken, toplantıların mevzuat gereği olmayıp en üst yöneticinin inisiyatifinde yapılıyor olması, bu toplantıların zaman zaman kesintiye uğramasına neden olduğu görülmektedir. Bu sebeple eşgüdümün erkenlik ilkesinin uygulanmayarak maddi ve manevi zararlara yol açılacağı öngörülmektedir. Bu uygulamaların diğer taşra sağlık örgütlerinde de kişiye ve yönetim tarzına göre değişiklik gösterebileceği anlaşılmaktadır. Bu kapsamda tüm taşra örgütlerindeki her düzeyde sağlık yöneticisinin katıldığı toplantıların yasal alt yapısının da oluşturularak zorunlu hale getirilmesi önerilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin il içerisinde dengeli dağıtılmaması, bazı hastanelerin statüsüne göre ayırım yapılması taşradaki hizmetlerin iç eşgüdümünü olumsuz yönde etkilemektedir. Manisa merkezde yer alan Merkez Efendi Devlet Hastanesinin bazı bölümlerinin Manisa Şehir Hastanesine taşınması bu duruma örnektir. Şehir Hastanesine öncelik verilerek tüm bölümlerin açılması bu hastanenin çok hasta almasına, diğer hastanenin ise bazı bölümlerinin boş kalmasına, hasta sayısı ve gelirlerinin düşmesine neden olmaktadır. Hasta sayısı hastanelerin döner sermaye

geliri ve personeline performans ödemesi anlamına geldiğinden çalışanlar üzerinde motivasyon düşüklüğü yaratmaktadır. Haliyle bu durum eşgüdümün etkileşim ilkesi açısından yanlış bir uygulamadır. Sağlık politikası oluşturma konusunda en üst makam olan bakanlığın yerel ihtiyaçlara göre politika belirlememesi SDP'nin hedeflerinden desantralizasyona uygun gözükmemektedir. Bu kapsamda taşra yöneticileriyle istişare yapılarak karar verilmesinin ildeki sağlık yatırımlarının etkin kullanılmasına, sağlık çalışanlarının motivasyonuna ve vatandaşlara daha iyi hizmet verilmesine katkı yapacağı değerlendirilmektedir.

Sağlık çalışanlarının insan hayatı kurtarmak, insan sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek gibi kutsal sayılan bir meslek yürüttükleri genel kabul gören bir gerçektir. Günümüzde sağlıkta şiddet, performans ek ödeme sistemi, mesleğe girmede yaşanan problemler, liyakatsizliğe dayalı görevde yükselme kriterleri gibi birçok sebep sağlık çalışanlarının motivasyonunu düşüren unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Örgütlerde bir fikrin egemen kılınması, tüm çalışanlarca özümsemesi ve kabul edilmesi, eşgüdüm sağlamanın bir başka yolu olarak eşgüdüm ilkelerinde belirtilmektedir. Gönüllü koordinasyona yardımcı olma olarak da ifade edilen süreçte yöneticiler astlarına bir amacı benimseterek örgüt içerisinde doğrudan eşgüdümü sağlamayı hedeflemektedirler. Katılımcılar ile yapılan görüşmelerde tüm örgütü kapsayıcı bir amacın olmadığı, daha ziyade birim bazında yöneticilerin kişilik yapısına göre değişen motivasyon unsurlarının kullanıldığı görülmektedir.

2011 yılı ve 663 sayılı KHK ile özellikle kamu hastanelerinin profesyonelce yönetilmesi, hastanelerin sınıflandırılarak belli aralıklarla denetlenmesi ve verimlilik kriterleri olumlu amaçlar olarak belirlenmiştir. Ancak bu amaçların neredeyse hiçbirinin gerçekleşmemesine yönetici atamalarındaki liyakatsiz sistem de eklenince sistem yürümemiştir. Özellikle hastanelerde CEO mantığıyla başhekimin üstü konumundaki hastane yöneticisi kadrosunun gereksiz bir bürokrasi yarattığı ve hiyerarşik yapıyı bozduğu görülmüş, yeni sistemde bu kadroya yer verilmemesi teşkilat yapısında sadelik ilkesi açısından isabetli bir karar olmuştur.

2017 yılı ve 663 sayılı KHK'nın getirmiş olduğu son değişiklik ile tüm yöneticileri kapsayan sözleşmeli yöneticilik uygulaması genel anlamda olumlu havanın kesintiye uğramasına neden olmaktadır. Sağlık yöneticilerini işletmeci gibi değerlendiren sistem belli performans kriterleri çerçevesinde, iki yıllık sürelerle sözleşme yapılmasını gerektirmektedir. Sözleşmelerin performans kriterleri yerine referanslara göre yapılması yapılan değerlendirmeleri anlamsız kılmaktadır. Özellikle

en üst makam olan il sağlık m¼d¼r¼n¼n bakanlıkça merkezden belirlenmesi, başkan, başkan yardımcısı, uzman, başhekim ve yardımcıları ile hastane m¼d¼r ve yardımcılarının yerel siyasi ve sendika referanslarının etkisiyle belirlenmesi, -2011 yılı ve 663 sayılı KHK'nın getirdiği- kendi ekibini kurma mantığına uymamaktadır. Bu durum taşradaki üst düzey yöneticiler arasında anlaşmazlık, çekişme, rekabet ve güç savaşının yaşanmasına doğal olarak yöneticiler arasında etkili bir eşgüdüm sağlayan doğrudan temasların kesilmesine neden olmaktadır. Yaşanan olumsuz durum eşgüdümün doğrudan ilişki, süreklilik, erkenlik, politika ve programlarda birlik temini ilkelerinin etkisizleşmesine, biçimsel olmayan örgütlenme biçimin doğmasına, dolayısıyla sağlık örgüt¼ içerisinde bir huzursuzluk meydana gelmesine, yürüt¼len iş ve işlemlerin zaman almasına, plan ve programlarda hatalı kararlar alınarak maddi ve manevi zarara uğranmasına neden olabileceği değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak taşra örgütlenmesindeki tekli yapı genel anlamda olumlu görün¼rken, taşra yöneticilerinin seçiminde sözleşmeli yöneticilik sisteminden vazgeçilerek liyakat esaslarını esas alan bir sisteme geçilmesi, sağlık yönetiminde uzmanlaşmaya olanak tanınması, ilçe sağlık m¼d¼rl¼klerinin statülerinin kesin olarak belirlenmesi, benzer faaliyet yür¼ten birimlerin birleştirilmesi önerilmektedir. Sağlık sistemi politikalarının siyasi nedenlerle sürekli değerştirilmesi uygulamasından vazgeçilmesi de eşgüdüm sorunlarını azaltacağı düşün¼lmektedir. Kamu-özel ortaklı sağlık tesisleriyle, aynı seviyedeki diğer sağlık tesisleri arasındaki personel planlamasında eşit davranılması da sağlık hizmetlerinin sunumu noktasında maddi ve manevi zararları önleyeceği düşün¼lmektedir.

Yapılan önerilerin gerçekleştirilmesi durumunda taşrada örgütsel gelişmeye katkı sağlanacağı, tekrarların önleneceği, politika, plan ve programların tüm sağlık çalışanlarınca aynı şekilde anlaşılacağı, sağlık hizmetlerinin yür¼t¼lmesinde çalışanların şevkinin artırılacağı eşgüdümün sağlayacağı yararlar olarak öngörülmektedir.

Araştırmanın alana olan yararı ise ş¼ şekilde ifade edilebilir: Taşra sağlık örgüt¼nde eşgüdüm açısından bir parçalanma ve tekrar birleşmeme sorunu oluştuğu araştırma ile gözlemlenmiştir. Örgüt yapısındaki ayrılma sonrası tekrar birleşmenin örgüte ve yönetime olumlu katkısı tüm yöneticiler tarafından ifade edilmesine karşın; bazı uygulamaların devam etmesi klasik Türk idare yapısına uygun olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu tecrübe yönetimin kamusal alanda alışılmış yöntemler ve mevzuat yapısına uygun şekilde, liyakat ve kariyer sistemlerini de gözeterek

yeniden yapılandırılması gerekliliğini göstermektedir. Bu durum gerek sağlık yöneticileri ve gerekse çalışan temsilcileri tarafından üzerinde önemle durulan bir ifadedir.

Bu araştırma ile örgüt yapılarındaki değişimlerin oluşturulmasında tabandan tavana kadar iyi bir iletişim, eşgüdüm ve istişare mekanizmalarının işletilmesi yoluyla yapılmasının yararlı olacağı kamu ve sağlık yönetimi alanlarına katkılar olarak ifade edilebilir.



KAYNAKÇA

- Ak, B. (1990). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*. İstanbul.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akpınar, E. (2006). *Kamu Yönetiminde Denetim Olgusu ve Türkiye’de Kamu Yönetiminin Denetlenmesi (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi)*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.
- Aktan, C. C. (2018, 06 01). *Yönetim Teorileri (Kuramları)*. hcaner.emu.edu.tr: <http://hcaner.emu.edu.tr/wp-content/uploads/2014/09/organization-theories.pdf> adresinden alındı
- Aydın, A. H. (2001). *Yönetimin Fonksiyonları*. Ankara: Nobel.
- Aydın, E. (2002). Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri. *Ankara Eczacılık fakültesi Dergisi*, 183-192.
- Babüroğlu, O. (1997). Ombudsman (Kamu Hakemi) Kurumu İncelemesi. *TÜSİAD*, 15.
- Balta, T. B. Arık, K. F., Sürgit, K., Soysal, M., Adal, H. Ş., Demirel, S., . . . Payaslıoğlu, A. (1966). *Merkezi Hükümet Teşkilâtı Araştırma Projesi(MEHTAP)*. Ankara: TODAİE.
- Başaran, İ. E. (1994). *Eğitim Yönetimi*. Ankara: Gül Yayınevi.
- Benli, D. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*. Ankara: Songür Yayıncılık.
- Bilgen, N. (1985). Koordinasyona Dönük Değerlendirme. *Eğitim Yönetiminde Denetleme ve Değerlendirme Sempozyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Yayınları.
- Böke, K. (2014). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti.
- Çamcı, M. (2007). *Sağlık Yönetimi*. Mersin: Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Çavmak, Ş. & Çavmak, D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 50.
- Çavmak, Ş. & Çavmak, D. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Kavramı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*.
- Doğan, D. (1999). *Bir Yönetim Süreci Olan Eşgüdümlemenin Analizi(Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi)*. Malatya: İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ergun, T. (2004). *Kamu Yönetimi*. Ankara: TODAİE.
- Ersoy, M. (2016). *Kentsel Planlama Kuramları*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Ertem, M. & Çan, G. (2014, Aralık). Türkiye Sağlık Raporu 2014. Ankara: HASUDER Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Temmuz 30, 2018 tarihinde

http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/TSR2014T.PDF adresinden alındı

- Eryılmaz, B. (2016). *Kamu Yönetimi*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- Esen, M. (2017, 08 26). *Yeni KHK'lere Toplu Bakış*. 04 04, 2018 tarihinde ahmetsaltik.net: <http://ahmetsaltik.net/2017/08/27/693-694-sayili-ohal-khklerine-topu-bakis/> adresinden alındı
- Fayol, H. (2016). *Genel ve Endüstriyel Yönetim*, (Çev. M. Asım Çolakoğlu). Ankara: Adres Yayınları.
- Fişek, K. (2005). *Yönetim*. Ankara: Paragraf Yayınevi.
- Fişek, N. H. (1982). Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları. *Modern Yönetim Semineri*. Türk-İş Yayınları No:144.
- Fişek, N. H. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi - Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını.
- Gazete, R. (2011, 11 02). 04 22, 2018 tarihinde Resmi Gazete: <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm&main>
- Gökdeniz, K., & Aydemir, V. (2016). Mary Parker Follett: Yönetimde İnsan Unsuru. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 855.
- Göksu, P. (2012, 11 08). *Yönetimin Fonksiyonları*. 10 25, 2017 tarihinde [www.turgutgoksu.com: http://www.turgutgoksu.com/?Syf=5&Id=5372](http://www.turgutgoksu.com/?Syf=5&Id=5372) adresinden alındı
- Güneş, C., Gülbahar, B., & Düz, M. (2017). *Eşgüdümleme*. 12 2, 2017 tarihinde: <http://egitim5.tripod.com/esgudumleme.htm#> adresinden alındı
- Görgün, T. (1999). İbn Haldun (Görüşleri). 01 11, 2017 tarihinde: file:///C:/Users/%C4%B0LYAS%20AKG%C3%9CN/Downloads/1999_19_GORGUNT1.pdf adresinden alındı
- Güven, H. S. (1984). Örgütlerde Temel Bir Yönetim İşlevi Olarak Eşgüdüm. *Amme İdaresi Dergisi*, 77-92.
- Hayran, O., & Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. İstanbul: Yüce Yayın.
- Karaçor, S., & Arkan, A. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi. 8(2), 92.
- Kaya, Y. K. (1991). *Eğitim Yönetimi. Kuram ve Türkiye'deki Uygulama*. İstanbul: Bilim Yayınları.
- KHK/663. (2011, 11 02). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. 28103 sayılı Resmi Gazete. Ankara.

- KHK/694. (2017, 08 25). 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. *30165 sayılı Resmi Gazete*. Ankara.
- KHK/703. (2018, 07 09). Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. *T.C. Resmi Gazete*. Ankara: T.C. Başbakanlık.
- Kızıllan, P. (2017). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Aile Hekimlerinin İletişim Beceri Düzeylerinin Hekimlerin Tercih Edilebilirliği Üzerindeki Etkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Köksal, D. E. (1974). Türkiye'de Merkezi Hükümetin Taşra Örgütünün Denetimi. *Amme İdaresi Dergisi*, 51.
- Köksel, M., & Öztürk, B. (2011, Aralık 26). Kamu Yönetimi - Koordinasyon ve Denetimde Koordinasyon. *TODAİE*.
- Kullukçu, E. (2006). Yönetimin Denetiminden Denetimin Yönetimine. *Sayıştay Dergisi*, (63).
- Lamba, M. Altan, Y. Aktel, M., & Kerman, U. (2014, Mart 1). Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1), 53-78.
- manisahaberleri.com. (2019, 01 11). Manisa'da Kuduz Aşısı Krizi. [www.manisahaberleri.com: https://www.manisahaberleri.com/saglik/manisa-da-kuduz-asisi-krizi-h94661.html](https://www.manisahaberleri.com/saglik/manisa-da-kuduz-asisi-krizi-h94661.html) adresinden alındı
- Metintaş, M. Y., & Elçioğlu, Ö. (2007), Cumhuriyetin İlk Onbeş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938). *Osmangazi Tıp Dergisi*
- Mihçioğlu, C. (1990). *Yönetim Bilimine Giriş*. Ankara: Tıpkı Basım, AÜSBF Yayınları.
- Newman, W. H. (1970). *Sevk ve İdare*. (K. Sürgit, Çev.) Ankara: TODAİE Yayını.
- Newman, W. H. (1979). *Yönetim İşletmelerde ve Kamu Yönetiminde Sevk ve İdare*. Ankara: Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü.
- OECD. (2008). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri – TÜRKİYE*. OECD ve Dünya Bankası.
- Önder, R. (2014). Sağlık Arama Davranışı Ve Etki eden Etkenler. *Uzmanlık Tezi*. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi.
- Özalp, İ. (1985). *İşletmelerde Yönetim, Fonksiyonlar ve Organizasyon*. Ankara.
- Özcan, M., & Çağan, Ç. (2009). Yönetimde Klasik Yaklaşımlar.
- Öztekin, A. (2010). *Yönetim Bilimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.

- Öztürk, H. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Markanın Önemi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Sağlık Bakanlığı. (2013). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Ankara: Resmî Gazete.
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIlski=0&sourceXmlSearch=aile%20he> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (1983, 12 13). *www.saglik.gov.tr*. 04 22, 2018 tarihinde <https://www.saglik.gov.tr/TR,10369/tarihi13121983--sayisi181--rg-tarihi14121983--rg-sayisi18251-saglik-bakanliginin-teskilat-ve-gorevleri-hakkinda-kanun-hukmunde-kararname.html> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2008, 08 25). Ulusal Organ Ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi. (19735). Ankara: Sağlık Bakanlığı.
<http://www.manisa.saglik.gov.tr/TR,21789/organ-ve-doku-nakil-birimi.html> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2010, 06 15). *Sağlık Bölge Planlaması Hakkında Genelge ile Hastane Yatak ve Rollerini Tescil Onayı 2010/50*. *www.saglik.gov.tr*:
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11024/saglik-bolge-planlamasi-hakkinda-genelge-ile-hastane-yatak-ve-rolleri-tescil-onayi-201050.html> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2013, 07 04). *Bakanlık ve Bağlı Kuruluşların Taşra Teşkilatlarının İşleyişi Hakkında Genelge*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr>:
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/419,genelgepdf.pdf?0> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2015a, 02 05). *Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği*. <http://www.resmigazete.gov.tr>:
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2015b, 02 27). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. Ankara: Resmî Gazete.
- Sağlık Bakanlığı. (2017a, 10 07). Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Ankara: Resmî Gazete.
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/10/20171007-3.htm> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2017b, 11 07). Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge. Ankara. 09 16, 2018 tarihinde <http://www.yhgm.saglik.gov.tr/TR,26280/saglik-bakanligi-tasra-teskilati-kadro-standartlari-ile-calisma-usul-ve-esaslarina-dair-yonerge.html> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2017c, 11 07). *Sağlık Müdürlüğünün Görev Yetki ve Sorumlulukları*. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr>:

- <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/11830,ek-ii-il-saglik-mudurlugunun-gorev-yetki-ve-sorumluluklaripdf.pdf?0> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2017d, 11 07). *Ek-1 Başkan ve Başkan Yardımcılarının İllere ve Hizmet Alanlarına Göre Dağılımı*. dosyamerkez.saglik.gov.tr: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/11825,ek-i-baskan-ve-baskan-yardimcilarinin-illere-ve-hizmet-alanlarina-gore-dpdf.pdf?0> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2017e, 11 07). *Ek-III Birim Dağılım Cetveli*. dosyamerkez.saglik.gov.tr: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/30761,ek-iii-birim-dagilim-cetvelipdf.pdf?0> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2017f, 11 07). *Ek-V Sözleşmeli Hastane Müdürü, Müdür Yardımcısı ve Başhekim Yardımcısı Standartları Cetveli*. dosyamerkez.saglik.gov.tr: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/11826,ek-v-sozlesmeli-hastane-muduru-mudur-yardimcisi-ve-bashekim-yardimcilarpdf.pdf?0> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2018, 10 02). www.saglik.gov.tr: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html> adresinden alındı
- Şimşek, H., & Yıldırım, A. (2018). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı. (2018, 07 10). Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi. Ankara, Türkiye: Resmî Gazete. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/07/20180710-1.pdf> adresinden alındı
- TBMM. (1961). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Ankara: Resmî Gazete. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html> adresinden alındı
- TBMM. (1982). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Ankara: Resmî Gazete. www.mevzuat.gov.tr: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf> adresinden alındı
- TBMM. (2004). Aile Hekimliği Kanunu. (25665). Ankara, Türkiye: Resmî Gazete. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf> adresinden alındı
- Tekin, H. H., & Tekin, H. (2006). Nitel Araştırma Yönteminin Bir Veri Toplama Tekniği Olarak Derinlemesine Görüşme. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 101-116.
- Tengilimoğlu, D, Işık, O., & Akbolat, M. (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Tengilimoğlu, D, Işık, O., & Akbolat, M. (2017). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* (Geliştirilmiş ve Gözden Geçirilmiş 8. Basım b.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

- TOBB. (2017, Aralık). Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış. Ankara. Temmuz 31, 2018 tarihinde <https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf> adresinden alındı
- TODAİE. (1963). *Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi*. Ankara: TODAİE
- Tortop, N., İsbir, E. G., Aykaç, B., Yayman, H., & Özer, M. (2016). *Yönetim Bilimi*. Ankara: Nobel.
- Tosun, K. (1992). *İşletme Yönetimi – Genel Esaslar*. Ankara: Savaş Yayınları
- Yıldırım, D, & Öncü, A. (2011). Kamu Yönetimi - Planlama. *TODAİE*.
- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 176-88.
- Yüce, Ö. F. (2016). Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatının Yeniden Yapılandırılmasının Yeni Kamu Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

EKLER

Görüşmenin yapıldığı tarih: .../.../2019

Görüşmenin;

Başlangıç saati

Bitiş saati

Görüşülen kişi (KOD)

Görüşme yeri

Katılımcıya Yöneltilcek Sorular

Araştırmacı Notları (MEMO)

Doğum tarihiniz

Cinsiyet

Doğum yeriniz

Öğrenim durumunuz

Medeni durumunuz

Manisa’da mı yaşıyorsunuz?

Mesleğiniz

Görüşme anında görev yaptığı
makam?

Kaç yıldır bu görevi yürütüyor?

Daha önce çalıştığı birim, görev?

Sosyo-Demografik Sorular

HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Katılımcıya Yöneltilcek Sorular	Araştırmacı Notları (MEMO)
Aile hekimliği hizmetleri bağlamında geniş bir çerçevede faaliyetler yürütüyorsunuz. Bu faaliyetler içerisinde birinci basamak ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesi sizin başkanlığınızın sorumluluğunda. Diğer Başkanlıklarla eşgüdüm halinde ortak yürüttüğünüz hizmetler nelerdir? <u>Örneğin</u> gebe bir kadının hastanede doğurması ya da evde hastalanan bir yaşlının acil sağlık hizmetleri ya da evde bakım hizmetlerinden yararlanması bağlamında sorumluluğu olan diğer başkanlıklarla bilgi alışverişiniz, uygulamalarınız, ortak sunduğunuz hizmetler nelerdir? <u>Ek: Örneğin</u> bir kadın doğum yaptığında hastaneden size nasıl bildiriliyor? Diğer Başkanlıklarla elektronik bilgi sistemleri aracılığıyla mı iletişim kuruyorsunuz? Resmi yazışma kanallarını mı kullanıyorsunuz?	
51275 sayılı Yönerge ile Başkanlığınıza Aile Hekimlerini izleme değerlendirme ve denetleme görevleri verilmiştir. Başkanlık olarak bu görevinizi nasıl yürütüyorsunuz? Süreç nasıl işliyor? Ne sıklıkla denetleme yapıyor, hangi iletişim araçlarını kullanıyorsunuz?	
Toplum Sağlığı Merkezleri aracılığıyla yürüttüğünüz faaliyetlerde diğer Başkanlıklarla nasıl ilişki kuruyorsunuz? <u>Örneğin</u> meme kanseri için şüphelenilen hastaların hastaneye sevk edilmesi, trafik kazalarında acil sağlık hizmetlerinden yararlanılması gibi çeşitli faaliyetlerde birlikte neler yapıyorsunuz? Bu faaliyetleri yürütürken nasıl haberleşiyorsunuz? Birbirinizin görev alanına giren konular var mı? Birlikte nasıl çalışıyorsunuz?	
Başkanlığınızda kronik hastalıklara ilişkin çeşitli programlar yürütüyorsunuz. Bunlar eğitim programları olabildiği gibi hem Aile Sağlığı Birimleri hem de Toplum Sağlığı Merkezleri (İlçe Sağlık Md. ve Sağlıklı Yaşam Merkezleri) aracılığıyla yürütülen programlar. <u>Örneğin</u> koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, sağlıklı beslenme, beslenmenin düzenlenmesi, hareketli yaşam, obezitenin önlenmesi, Ulusal Tütün Kontrol Programı gibi sağlığı koruyucu ve geliştirici çalışmalarınız var. Bu programları uygulama sürecini kısaca anlatır mısınız? Gerek hastanelerle gerekse diğer Başkanlıklar ile ortak yürüttüğünüz çalışmalar var mı? <u>G. Örneğin</u> Destek Hizmetleri Birimi'nden eğitim materyallerinin koruyucu hizmetlere ilişkin malzemelerin sağlanması gibi, kamu hastanelerinde bu tür koruyucu ve	

geliştirici faaliyetlerin birlikte yürütülmesi vb. ne gibi çalışmalar yapıyorsunuz?

Anne Bebek Ölümelerini İnceleme Komisyonları, İl Tütün Kontrol ve Bağımlılıkla Mücadele Komisyonu gibi yönergede kurulması gerektiği belirtilen komisyonlar var.

Başkanlığınız bu komisyonlarda görev alıyor mu?

Komisyonlar ne sıklıkla toplanıyor?

Komisyonların işleyiş süreci nasıldır? Bir örnek verebilir misiniz?

Bu komisyonlar etkili bir şekilde çalışabiliyor mu?

Başkanlığınızda yürütülen bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama, çevre ve iş sağlığı hizmetleri çerçevesinde 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşları ile bağlantınız nasıldır? Birlikte yürüttüğünüz faaliyetler var mı?

Bu işleri yürütürken birlikte nasıl çalışıyorsunuz? Aranızda iletişim sorunları yaşıyor mu?

Örneğin aşıların temini konusunda hastaneler ile siz mi iletişim kuruyorsunuz? Onlar mı sizden talep ediyor?

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü merkezler arasındaki eşgüdümü nasıl, hangi kanallar ile sağlıyorsunuz? Örnek verir misiniz?

Başkanlığınızın kullandığı haberleşme ve iletişim hizmetlerini yeterli buluyor musunuz?

EBYS, Hastane Bilgi Sistemleri, ÇKYS, TİSİM gibi bilişim sistemlerini değerlendirir misiniz?

İhtiyaçlarınızı karşılıyor mu? Kurumlar arasında etkili bir iletişim olanağı sunuyor mu? Geliştirilmesi gereken yönleri de var mı?

Başkanlığınız ve size bağlı birimlerin ihtiyaç duyduğu her türlü malzemenin tespit ve temini konusunda nasıl bir süreç izleniyor?

Bu konuda belirlenmiş bir bütçeniz var mı?

Planlama ve koordinasyon konusunda neler yapıyorsunuz?

Üst makam ve destek hizmetleri birimi ile olan iletişim ağı nasıl nasıldır?

Ne şekilde talepte bulunuyorsunuz?

Başkanlığınız ve size bağlı birimler bünyesinde çalışan personelinizi ikna etme yoluyla birlikte çalışma duygusunu veren, bu duyguyu özümseten kapsayıcı egemen bir amacınız var mı?

Başkanlığınız ve size bağlı birimler bünyesinde çalışan personelin özlük işleri ve hareketliliği ile ilgili karar süreci nasıl işliyor?

Bu konudaki iletişim süreci nasıl işlemektedir?

Haberleşme kanallarınız, iletişim araçlarınız nelerdir?

Örneğin, kurum içerisinde ve kurumlar arasında bir personelin görev yerinin değiştirilmesine nasıl ve kim karar veriyor?

Müdürlük bünyesinde plan ve programların hazırlanması gibi önemli konularda toplantılar düzenlenmekte midir? Bu toplantılarda tüm yetkililerin görüş bildirebildiği, karşıt görüşlerin ifade edilebildiği bir ortam var mı? Kısaca bahseder misiniz?

2017 yılından itibaren taşrada yeni bir teşkilat yapısı oluştu. Sizce nasıl bir değişim oldu?

- a. Teşkilat yapınızın sadeleştiğini düşünüyor musunuz?
 - b. Başkanlıklar ve birimler arasındaki haberleşme hızlandı mı?
 - c. Başkanlıklar ve birimleriniz arasındaki koordinasyonun nasıl etkilendiğini düşünüyorsunuz?
 - d. Değişim iyi yönde mi kötü yönde mi sizce? Yapılan değişimden kaynaklanan iyileşmeler nelerdir?
 - e. Eksik kalan sizce geliştirilmesi gereken yönleri nelerdir?
-

KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ

Katılımcıya Yöneltilcek Sorular	Araştırmacı Notları (MEMO)
Ayaktan ve yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinin koordinasyon görevi Başkanlığınıza verilmiş. Hastanelerle ve diğer Başkanlıklarla birlikte yürüttüğünüz hizmetler nelerdir? <u>Örneğin</u>, kamu hastaneleri ile ağız dış sağlığı merkezlerini yönetme, denetleme, değerlendirme faaliyetlerini nasıl yürütmektesiniz? Kısaca bahseder misiniz? Ek soru: Bu hizmetleri yürütürken diğer Başkanlıklar ile iletişim kuruyor musunuz?	
Sağlık hizmetinin yürütüldüğü hastane ve diğer sağlık merkezleri ile politika belirleme safhasında nasıl bir iletişim kuruyorsunuz? Bu birimlerle nasıl bir eşgüdüm içerisindesiniz? <u>Örneğin</u>, laboratuvar, radyoloji hizmetleri, ameliyathane hizmetleri gibi yürütülen faaliyetlerin neler olacağını, kimlere hitap edeceğini, gelecek yılın hedeflerini nasıl belirliyorsunuz, faaliyet planını nasıl yapıyorsunuz? Bu süreçte eşgüdüm bağlamında ne gibi güçlükler yaşıyorsunuz?	
Kamu hastaneleri ve diğer sağlık merkezleri aracılığıyla yürütülen hizmetlerin eşgüdüm içerisinde sürdürülebilmesi noktasında bu birimlerle nasıl bir etkileşim içerisindesiniz? Hangi iletişim kanallarını (formal, informal) etkin olarak kullanıyorsunuz? Bu iletişimin etkili bir eşgüdüm sağladığını düşünüyor musunuz? Sağlık teşkilatı örgüt yapısının eşgüdümüne uygun olduğunu düşünüyor musunuz?	
Kamu hastaneleri ile sağlık tesislerinin ihtiyaçlarının tespit ve temin faaliyetleri gibi bir göreviniz bulunmakta, modern işletme ilkelerini de göz önünde bulundurarak etkin bir şekilde yürütüldüğünü düşünüyor musunuz? Hastanelerle nasıl iletişim kuruyorsunuz? Bu iletişimde komisyonlar görev alıyor mu? Merkezi temin sistemi mi yoksa yerinden temin sistemi mi kullanılıyor? Karar verme sürecinde nasıl bir uygulama yürütüyorsunuz? Bu süreçte eşgüdüm anlamında ne tür güçlükler yaşıyorsunuz? Finansman, temin etme, stoklama, sarf ve geri dönüşüm gibi hususlarda yaşadığınız güçlükler var mı? Nelerdir? <u>Ek sorular:</u> Bütçe ile ilgili sorunlar yaşıyor musunuz? Mevzuattan kaynaklanan güçlükler yaşıyor musunuz? Personelinizin bu konudaki yetkinliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?	

İl içerisinde yeni sağlık tesislerinin kurulması noktasında politika yapımcılarla ve diğer kamu yöneticileri ile (örneğin vali, belediye başkanı vb.) nasıl bir eşgüdüm içerisinde çalışıyorsunuz? Yeni bir hizmet alanı ve yeri oluşturma fikri nasıl ortaya çıkıyor? Birlikte eşgüdüm içerisinde nasıl planlıyor ve uygulayabiliyor musunuz?

Örneğin yeni bir Ağız Diş Sağlığı Merkezi'nin yeri, hizmet kapasitesi, hedef kitlesi, sunacağı hizmetler gibi hususların planlamasını yaparken politika yapımcılarla ve ilin diğer yöneticileriyle nasıl iletişim kurdunuz ve devam ettirdiniz? Talep nereden geldi? Karar verme sürecinde koordinasyon nasıl sağlandı?

Evde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi noktasında il genelinde nasıl bir planlama ve eşgüdüm(koordinasyon) faaliyeti yürütülüyor? Kısaca bahseder misiniz?

Bu hizmetlerin yürütülmesinde başkanlığınızla diğer başkanlıklar arasında koordinasyon var mı? Evde Sağlık Hizmetleri Merkezinin vatandaşlar ve sağlık birimleri ile olan bağlantısını eşgüdümünü açıklayabilir misiniz?

Başkanlığınız ve size bağlı birimler bünyesinde çalışan personelinizi ikna etme yoluyla birlikte çalışma duygusunu veren, bu duyguyu özümseten kapsayıcı, egemen bir amacınız var mı?

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu birimlerdeki insan gücü planlamasında diğer yönetici ve çalışanlarla nasıl bir eşgüdüm içerisindesiniz?

Kurumun insan kaynağı ihtiyaç ve isteklerini nasıl öğreniyor ve belirliyorsunuz? Planlama yaparken nelere dikkat ediyorsunuz?

Başkanlığınız ve size bağlı birimler bünyesinde çalışan personelin özlük işleri ve hareketliliği ile ilgili karar süreci nasıl işliyor?

Bu konudaki iletişim süreci nasıl işlemektedir?

Haberleşme kanallarınız, iletişim araçlarınız nelerdir?

Örneğin, kurum içerisinde ve kurumlar arasında bir personelin görev yerinin değiştirilmesine nasıl ve kim karar veriyor?

Müdürlük bünyesinde plan ve programların hazırlanması gibi önemli konularda toplantılar düzenlenmekte midir? Bu toplantılarda tüm yetkililerin görüş bildirebildiği, karşıt görüşlerin ifade edilebildiği bir ortam var mı? Kısaca bahseder misiniz?

2017 yılından itibaren taşrada yeni bir teşkilat yapısı oluştu. Sizce nasıl bir değişim oldu?

- a. Teşkilatınız yapınızın sadeleştiğini düşünüyor musunuz?
- b. Başkanlıklar ve birimler arasındaki haberleşme hızlandı mı?
- c. Başkanlıklar ve birimleriniz arasındaki koordinasyonun nasıl etkilendiğini düşünüyorsunuz?

-
- d. Değişim iyi yönde mi kötü yönde mi sizce? Yapılan değişimden kaynaklanan iyileşmeler nelerdir?
- e. Eksik kalan sizce geliştirilmesi gereken yönleri nelerdir?
-



SAĞLIK VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Katılımcıya Yöneltilcek Sorular	Araştırmacı Notları (MEMO)
İl genelindeki özel sağlık kuruluşlarının açılması, denetlenmesi, ruhsatlandırılması gibi görevleriniz bulunmaktadır. Bu konularda süreç nasıl işliyor? İlgili kurum ve kuruluşlarla nasıl iletişim kuruyorsunuz? Denetleme faaliyetlerini nasıl yürütüyorsunuz? Çalışmaların etkili bir şekilde yürütülebilmesi için kurum içerisinde nasıl bir eşgüdüm/koordinasyon vardır? Genel olarak bahsedebilir misiniz?	
Özel sağlık hizmeti sunan birimlerin (ağız dış sağlığı, yanık, organ nakli, diyaliz, evde sağlık, yoğun bakım vb.) kendi aralarında ve diğer sağlık tesisleri ile olan eşgüdümünü (koordinasyonu) nasıl sağlıyorsunuz?	
Organ doku ve kan nakli gibi hizmetlerin yürütülmesinde il genelinde ve merkezi sistemle olan koordinasyon nasıl sağlanmaktadır? Bu hizmetleri yürütürken kullandığınız iletişim kanalları nelerdir? Diğer birimlerle Başkanlığınız bünyesindeki Organ ve Doku Nakli Biriminin ilişkileri, iletişimi nasıldır? Kızılay ile başkanlığınız, size bağlı birimler veya sağlık tesislerinin koordinasyonu nasıl yürütülmektedir?	
Hasta hakları ve hasta-çalışan güvenliği bağlamında sağlık örgütü içerisinde ne tür faaliyetler yürütüyorsunuz? Özellikle yataklı tedavi kuruluşlarında bu faaliyetleri nasıl koordine ediyorsunuz? Bu kurumların ilgili birimleriyle nasıl iletişim kuruyorsunuz? Zaman zaman komisyonlar, komiteler gibi birimlerle bir arada faaliyet gösteriyor musunuz?	
Bakanlık tarafından belirlenen sağlık turizmi politikalarının uygulanması noktasında yürüttüğünüz faaliyetler nelerdir? Bu kapsamda eşgüdüm içerisinde olduğunuz ilgili kurumlar hangileridir? Bu kurumlarla iletişiminizi hangi kanalla gerçekleştiriyorsunuz?	
Acil sağlık ve yoğun bakım hizmetlerinin yürütülmesinde yürüttüğünüz faaliyetler nelerdir? Ne tür iletişim kanallarını kullanıyorsunuz? İl genelinde planlama yaparken nelere dikkat ediyorsunuz? <u>Örneğin</u>, kamu ve özel kişiler ile gerçek kişilere ait sağlık kurumlarının koordinasyonunu nasıl sağlıyorsunuz? Acil ve yoğun bakım yataklarının takibini nasıl sağlıyor, hangi iletişim araçlarını kullanıyorsunuz?	

112 Acil sağlık hizmetlerinin il genelinde etkin yurutedilebilmesi iwin birimler arasi eşgudumu nasıl sağlıyorsunuz? Hasta sevk ve nakil koordinasyonunu kim yurutediyor?

Orneğin, bir vakaya hava ambulansının gonderilmesine kim karar veriyor, bu surew nasıl işliyor?

ASKOM, UMKE gibi acil ve afet durumlarıyla bağlantılı planlama ve faaliyetlerin yurutedildii hizmetleri nasıl yuruteduyorsunuz? Ilgili tum birimlerle olan iş birliği ve koordinasyonu nasıl sağlanıyorsunuz?

Il genelinde afad, sivil savunma ve jandarma ile birlikte nasıl walışıyorsunuz?

Başkanlığınız ve size bağlı birimler bunyesinde walışan personelinizi ikna etme yoluyla birlikte walışma duygusunu veren, bu duyguyu ozumseten kapsayıcı, egemen bir amacınız var mı?

Başkanlığınız ve size bağlı birimler bunyesinde walışan personelin ozluk işleri ve hareketliliği ile ilgili karar sureci nasıl işliyor?

Bu konudaki iletişim sureci nasıl işlemektedir?

Haberleşme kanallarınız, iletişim araawlarınız nelerdir?

Orneğin, kurum iwerisinde ve kurumlar arasında bir personelin goev yerinin değiştirilmesine nasıl ve kim karar veriyor?

Mudurluk bunyesinde plan ve programların hazırlanması gibi onemli konularda toplantılar duzenlenmekte midir? Bu toplantılarda tum yetkililerin goruw bildirebildii, karşıt goruwlerin ifade edilebildii bir ortam var mı? Kısaca bahseder misiniz?

2017 yılından itibaren taşrada yeni bir teşkilat yapısı oluştu. Sizce nasıl bir değişim oldu?

- a. Teşkilat yapınızın sadeleştiğini duşunuyor musunuz?
 - b. Başkanlıklar ve birimler arasındaki haberleşme hızlandı mı?
 - c. Başkanlıklar ve birimleriniz arasındaki koordinasyonun nasıl etkilendiğini duşunuyorsunuz?
 - d. Değişim iyi yonde mi kotu yonde mi sizce? Yapılan değişimden kaynaklanan iyileşmeler nelerdir?
 - e. Eksik kalan sizce geliştirilmesi gereken yonleri nelerdir?
-

PERSONEL VE DESTEK HİZMETLERİ

Katılımcıya Yöneltilcek Sorular	Araştırmacı Notları (MEMO)
Başkanlığınız, Müdürlük ve il düzeyindeki sağlık kuruluşlarının personel özlük ve disiplin işlemlerini yürütmek, insan gücü planlaması çerçevesinde personelin adil ve dengeli dağılımını koordine etmek gibi görevleri bulunmaktadır. Özlük faaliyetlerini ilgili birimlerle nasıl bir koordinasyon içerisinde yürütüyorsunuz?	
Sağlık kuruluşlarının gereksinim duyduğu insan gücünün temininde nasıl karar veriliyor? Bu sürecin yürütülmesinde diğer birimlerle olan iletişiminiz nasıl gerçekleşiyor? Talepler size nasıl ulaşıyor? İletişiminiz hangi kanallardan gerçekleşiyor? (sözlü mü, yazılı mı?) Bunların planlamasını yaparken ilgili birimlerle nasıl ortak bir karar süreci yürütüyorsunuz?	
Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı elemanlarının sözleşme ve ücretsiz izinleri ile vekil ebe/hemşire, sözleşmeli işçi işlemleri sürecinde diğer başkanlıklar ve sağlık merkezleri ile nasıl bir işleyiş, iletişim içerisindesiniz?	
Sözleşmeli personel istihdamı taleplerinin belirlenmesi sözleşmelerinin yapılması gibi hususlarda ilgili birimlerle olan iletişiminiz nasıldır? Hangi iletişim kanalları kullanırsınız?	
Müdürlük ve bağlı birimleri arasındaki evrak, yazışma hizmetleri nasıl yürütülmektedir? Yazışmalar birimler arası mı yoksa hiyerarşik olarak mı sağlanmaktadır?	
İl düzeyinde satın alma ve hizmet temini işlerinde ilgili birimlerle olan iletişiminiz hangi kanallarla gerçekleşmektedir? <u>Örneğin</u> resmi yazışma, karşılıklı konuşma, komisyonlar vb. Taleplerin belirlenmesi, satın alma işlemlerinin gerçekleşmesi konusunda bu birimlerle nasıl bir koordinasyon içinde çalışmaktasınız? Satın alma, muayene komisyonları gibi birimlerinizde diğer başkanlıklardan personel çalışıyor mu? İl düzeyinde sağlık tesislerini gerektirdiği anda ihtiyaç duyduğu tadilat, bakım ve onarım ihtiyaçlarını giderme noktasında nasıl bir eşgüdüm sağlamaktasınız?	
Tüketim ve sarf malzemelerinin temininde biriminize ne tür görevler düşer? Bu görevleri yerine getirirken talep eden birimlerle olan bağlantınızı nasıl sağlarsınız? (Yazılı, sözlü vb.)	
Merkezi yatırım planlama faaliyetleri yürütülmekte midir? Bunlarda biriminiz etkin olarak rol oynar mı? Hangi komisyonlarda yer alır?	

Karar süreçlerine hangi iletişim kanalları ile katılır?

ARGE ve altyapı yatırımlarının faaliyetleri nasıl yürütülmektedir? Biriminizin bu konudaki sorumluluğu ve diğer birimlerle olan iletişimi nasıldır?

Bilişim sistemleri ile ilişkili faaliyetlerin hangi safhasında görevlisiniz? Bunların temin edilmesi standartlarının belirlenmesi, kullanılması gibi hususlarda ilgili birimlerle olan bağlantınız nasıldır? Taleplerin belirlenmesi, satın alma ve kiralama işleri gerçekleştirilirken ilgili birimlerle nasıl bir eşgüdüm içinde çalışıyorsunuz? Bir örnek üzerinden anlatabilir misiniz?

Gerek müdürlük gerekse sağlık tesislerinde yürütülen bilgi edinme hizmetleri nasıl yürütülmektedir? Bu süreci nasıl koordine ediyorsunuz?

Hasta ve çalışan hakları birimleri ile eşgüdümü nasıl sağlıyorsunuz?

Bütçe ihtiyaçlarının belirlenmesi taleplerin toplanması gibi faaliyetler biriminiz ve diğer birimler arasındaki koordinasyon nasıl yürütülüyor?

Maliye, Çevre Şehircilik, İl Özel İdareleri ve yerel yönetimlerle iş birliği halinde yürüttüğünüz faaliyetler nelerdir? İlişkilerinizi nasıl düzenliyorsunuz? Kurumunuzun gereklerini ve isteklerini yerine getirebilmek için bu dış birimlerle hangi kanallar üzerinde bağlantı kuruyor ve çalışıyorsunuz? Çevre Şehircilik ya da belediye ile birlikte yaptığınız bir çalışmadan bahsedermisiniz?

İş sağlığı ve güvenliği, sivil savunma ve il kalite koordinatörlüğü işlemlerinin koordinasyonu konusunda yürütülen faaliyetleriniz nelerdir? Diğer Başkanlık ve birimlerle olan iletişim ve ortak faaliyetleriniz nelerdir?

Başkanlığınız ve size bağlı birimler bünyesinde çalışan personelinizi ikna etme yoluyla birlikte çalışma duygusunu veren, bu duyguyu özümseten kapsayıcı, egemen bir amacınız var mı?

Müdürlük bünyesinde plan ve programların hazırlanması gibi önemli konularda toplantılar düzenlenmekte midir? Bu toplantılarda tüm yetkililerin görüş bildirebildiği, karşıt görüşlerin ifade edilebildiği bir ortam var mı? Kısaca bahsedermisiniz?

2017 yılından itibaren taşrada yeni bir teşkilat yapısı oluştu. Sizce nasıl bir değişim oldu?

- a. Teşkilat yapınızın sadeleştiğini düşünüyor musunuz?
 - b. Başkanlıklar ve birimler arasındaki haberleşme hızlandı mı?
 - c. Taşra sağlık yönetimi koordinasyonun nasıl etkilendiğini düşünüyorsunuz?
 - d. Değişim iyi yönde mi kötü yönde mi sizce? Yapılan değişimden kaynaklanan iyileşmeler nelerdir?
-

e. Eksik kalan sizce geliştirilmesi gereken yönleri
nelerdir?



ÖZEL HASTANE YÖNETİCİSİNE

Katılımcıya Yöneltilcek Sorular	Araştırmacı Notları (MEMO)
Sağlık Müdürlüğünün İl genelindeki özel sağlık kuruluşlarının açılması, denetlenmesi, ruhsatlandırılması gibi görevleri bulunmaktadır. Denetleme faaliyetleri nasıl yürütülüyor? Bu konularda süreç nasıl işliyor? Müdürlükle nasıl bir iletişim ve koordinasyon kuruyorsunuz? Müdürlük özel sağlık kuruluşları ile etkin ve koordineli şekilde bu görevini yerine getirebiliyor mu?	
Hastanenizde Evde Sağlık Hizmeti, Palyatif bakım ve toplum ruh sağlığı gibi hizmetler veriyor musunuz? Bu kapsamda hastaneniz ile Müdürlük ve diğer sağlık tesisleri arasında ki koordinasyonu nasıl sağlıyorsunuz? Kısaca bahseder misiniz?	
Organ ve doku nakli gibi hizmetlerin yürütülmesinde il genelinde ve merkezi sistemle olan koordinasyon nasıl sağlanmaktadır? Hastaneniz ile Müdürlük Organ ve Doku Nakli Biriminin iletişimi nasıldır? Bu hizmetleri yürütürken kullandığınız iletişim kanalları nelerdir? Kızılay ile kan ihtiyacı konusunda koordinasyon nasıl yürütülmektedir?	
Hasta hakları ve hasta-çalışan güvenliği bağlamında sağlık müdürlüğü ile birlikte ne tür faaliyetler yürütüyorsunuz? Müdürlüğün hangi birimiyle nasıl bir koordinasyon içerisindesiniz? Müdürlüğün ilgili birimleriyle nasıl iletişim kuruyorsunuz? Zaman zaman komisyonlar, komiteler gibi birimlerle bir arada faaliyet gösteriyor musunuz?	
Bakanlıkça belirlenen ildeki sağlık kurum ve kuruluşlarını Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) çerçevesinde değerlendirmek, kurum ve kuruluşların SKS kapsamında yapılan kalite uygulamalarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve koordinasyonu nasıl yürütülmekte? Müdürlük bu görevi yürütürken sizinle nasıl bir koordinasyon içerisinde?	
Bakanlık tarafından belirlenen sağlık turizmi politikalarının uygulanması noktasında Sağlık Müdürlüğü ile birlikte yürüttüğünüz faaliyetler nelerdir? Bu kapsamda eşgüdüm (koordinasyon) içerisinde olduğunuz ilgili kurumlar hangileridir? Bu kurumlarla iletişiminizi hangi kanalla gerçekleştiriyorsunuz?	

Acil sağlık ve yoğun bakım hizmetlerinin yurutulmesi
baglamında Sağlık Mudurlugu ve ilgili birimleriyle nasıl bir
esgudum (koordinasyon) icerisindesiniz?

Hasta sevk ve nakil koordinasyonunu kim yurutuyor?

Orneğin, Acil ve yoğun bakım yataklarının takibini nasıl
sağlıyor, hangi iletisim araclarinı kullanıyorsunuz?

Kamu ve ozel kisiler ile gercek kisilere ait sağlık kurumları
arasındaki koordinasyon nasıl sağlanıyor?

Il genelinde sağlık istatistiklerinin derlenmesi noktasında
Mudurluk ile nasıl bir esgudum sağlıyorsunuz? Hangi iletisim
kanallarını kullanıyorsunuz?

2017 yılından itibaren tasrada yeni bir teskilat yapısı olustu.

Sizce nasıl bir değisim oldu?

- a. Tasra Sağlık Teskilat yapısının sadelestigini dusunuyor
musunuz?
 - b. Sağlık Yonetiminin diğer sağlık tesisleri ile olan
haberlesme hizlandi mı?
 - c. Sağlık Yonetiminin diğer sağlık tesisleri ile arasındaki
koordinasyonun nasıl etkilendigini dusunuyorsunuz?
 - d. Tasra Sağlık Yonetiminin genel olarak ozel sağlık
tesisleri ile olan koordinasyonunu değerlendirir misiniz?
Eksik kalan sizce gelistirilmesi gereken yonleri nelerdir?
-

SENDİKA BAŞKANLARI

Katılımcıya Yöneltilcek Sorular

Araştırmacı Notları (MEMO)

694 sayılı KHK sonrası oluşan taşra sağlık yönetimi hakkında ne düşünüyorsunuz?

Yeni yönetim yapısının öncekine kıyasla değerlendirir misiniz?

Özellikle yönetim anlamında il genelindeki örgüt yapısının eşgüdümüne (koordinasyona) uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

a. Teşkilat yapısının sadeleştiğini düşünüyor musunuz?

b. Müdürlük ve birimler arasındaki haberleşme hızlandı mı?

c. Müdürlük ve Sağlık Tesisleri arasındaki koordinasyonun nasıl etkilendiğini düşünüyorsunuz?

d. Değişim iyi yönde mi kötü yönde mi sizce? Yapılan değişimden kaynaklanan iyileşmeler nelerdir?

e. Eksik kalan sizce geliştirilmesi gereken yönleri var mı?

İl içerisinde yeni sağlık tesislerinin kurulması noktasında sağlık yönetimi ile politika yapıcılar ve diğer kamu yöneticileri ile (örneğin vali, belediye başkanı vb.) nasıl bir eşgüdüm içerisinde çalışılmakta?

Ek soru: Yeni bir hizmet alanı ve yeri oluşturma fikri nasıl ortaya çıkıyor? Birlikte eşgüdüm içerisinde nasıl planlıyor ve uyguluyor?

Müdürlüğün, Sağlık hizmetinin yürütüldüğü hastane ve sağlık merkezleri ile politika belirleme safhasında nasıl bir iletişim kuruyor? Bu birimlerle nasıl bir eşgüdüm içerisinde?

Örneğin, laboratuvar, radyoloji hizmetleri, ameliyathane hizmetleri gibi yürütülen faaliyetlerin neler olacağını, kimlere hitap edeceğini, gelecek yılın hedeflerini nasıl belirliyorsunuz, faaliyet planı nasıl yapılıyor?

51275 sayılı Yönerge ile Müdürlüğe Aile Hekimlerini izleme, değerlendirme ve denetleme görevleri verilmiştir. Yine Kamu hastaneleri ve Ağız ve diş sağlığı merkezleri için geçerli bir durum.

663 ve 694 sayılı KHK'lar ile yaşanan taşra sağlık örgütündeki değişimden bu durumun eşgüdüm anlamında nasıl etkilendiğini düşünüyorsunuz?

Bu izleme ve denetleme faaliyetleri sizce eşgüdümlü bir şekilde yürütülebiliyor mu?

Önceki sistemle kıyaslar mısınız?

Müdürlükçe kronik hastalıklara ilişkin çeşitli programlar yürütülmekte Bunlar eğitim programları olabildiği gibi hem Aile Sağlığı Birimlerinde hem de Toplum Sağlığı Merkezleri (İlçe Sağlık Md. ve Sağlıklı Yaşam Merkezleri) aracılığıyla yürütülen programlar.

Örneğin koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, sağlıklı beslenme, beslenmenin düzenlenmesi, hareketli yaşam, obezitenin önlenmesi, Ulusal Tütün Kontrol Programı gibi sağlığı koruyucu ve geliştirici çalışmalar var.

Bu programların uygulama süreci ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

EK Sizce bu programlar il düzeyinde nasıl bir koordinasyon içerisinde yürütülüyor?

Bu programların yürütülmesini 694 sayılı KHK öncesi taşra sağlık yönetimi yapılarıyla kıyaslar mısınız?

Taşra sağlık yönetimince yürütülen sarf, demirbaş malzeme taleplerinin tespiti temini, satın alınması, bu malzemelerin stok kontrolü yapılarak etkin ve verimli bir şekilde kullanılması hususlarında yürütülen hizmetleri önceki sistemle kıyaslayarak değerlendirir misiniz?

Komisyonlar eşgüdümlü çalışabiliyor mu? Örgüt yapısı buna uygun mu?

Bu hizmetlerdeki eşgüdümün(koordinasyonu) etkinliği sizce ne yönde değişti?

Evde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili il genelinde nasıl bir planlama ve eşgüdüm(koordinasyon) faaliyeti yürütülüyor?

Evde Sağlık Hizmetleri Merkezinin vatandaşlar ve sağlık birimleri ile olan bağlantısını eşgüdümünü değerlendirir misiniz?

İl genelindeki organ, doku ve kan nakli gibi hizmetlerin yürütülmesini nasıl buluyorsunuz?

Müdürlük bünyesindeki Organ ve Doku Nakli Biriminin, sağlık tesislerindeki organ ve doku nakli temsilcisiyle veya merkezi sistemle olan koordinasyonu değerlendirir misiniz?

Kızılay ile sağlık tesislerinin koordinasyonu nasıl yürütülmektedir?

Önceki sistemle kıyaslarsak değişim iyi veya kötü yönde mi?

112'nin il genelindeki hizmet kapasitesini, işleyişini eşgüdüm(koordinasyonu) önceki sistemle de kıyaslayarak değerlendirir misiniz?

Anne Bebek Ölümelerini İnceleme Komisyonları, İl Tütün Kontrol ve Bağımlılıkla Mücadele Komisyonu, ASKOM gibi yönergede kurulması gerektiği belirtilen komisyonlar var.

Bu komisyonlar etkili bir şekilde çalışabiliyor mu?

Komisyonların işleyiş süreci nasıldır?

Komisyonlar ne sıklıkla toplanıyor?

Taşrada ki üç başlı yönetim yapısıyla kıyaslarsak eşgüdüm anlamında nasıl bir değişim oldu?

Taşra sağlık örgütünün kullandığı haberleşme ve iletişim hizmetlerini yeterli buluyor musunuz?

EBYS, Hastane Bilgi Sistemleri, ÇKYS, TİSİM, KİK-SOFT gibi bilişim sistemlerini değerlendirir misiniz? İhtiyaçları karşılıyor mu? Kurumlar arasında etkili bir iletişim olanağı sunuyor mu? Geliştirilmesi gereken yönleri de var mı?

Taşra sağlık yönetiminin, tüm sağlık personelinin ikna etme yoluyla, birlikte çalışma duygusunu veren, bu duyguyu özümseten kapsayıcı egemen bir amacı var mı? Önceki yönetim yapılarında böyle amaç var mıydı?

Müdürlük, bağlı birimleri ve sağlık tesisleri bünyesindeki insan gücü planlaması konusunda burada ki yöneticilerle nasıl bir eşgüdüm içerisinde?

Bu birimlerde çalışan personelin özlük işleri ve hareketliliği ile ilgili karar süreci nasıl işliyor?

Bu konudaki iletişim süreci nasıl işlemektedir? (Yazılı sözlü)

Örneğin, kurum içerisinde ve kurumlar arasında bir personelin görev yerinin değiştirilmesine nasıl ve kim karar veriyor?

Örgüt yapısındaki değişimin bu olaya olumlu ve olumsuz katkısı ne oldu?

Sendikanız bu süreçlere dâhil oluyor mu?

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK
KURULU KARARLARI

Toplantı Tarih	: 08.03.2019
Toplantı Sayısı	: 2019/ 02
Toplantıda Alınan Karar Sayısı	: 23

Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 08.03.2019 tarih ve saat 10:30'da Rektörlük Yönetim Kurulu Toplantı odasında toplanmış, aşağıdaki kararlar alınmıştır.

KARAR:

- 18- Fakültesi Öğretim Üyesi Doç.Dr.Fatih DEMİR'in 05.03.2019 tarih ve E.12124 sayıda kayıtlı Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi İlyas AKGÜN'ün "Sağlık Bakanlığı Taşra Sağlık Yönetiminde Eşgüdüm (Koordinasyon): Manisa İli Örneği" konulu başvurusunun etik yönden uygunluğuna, toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verildi.

(e-imzalıdır)
Prof.Dr.Muzaffer TEPEKAYA
Başkan

(e-imzalıdır)
Prof.Dr.Tuncer TAŞKIN
Üye

(e-imzalıdır)
Prof.Dr.Halit EV
Üye
(Katılmadı)

(e-imzalıdır)
Prof.Dr.Tülin CANBAY
Üye

(e-imzalıdır)
Prof.Dr.Kenan ERDOĞAN
Üye

(e-imzalıdır)
Prof.Dr.Ali Rıza GÖKBUNAR
Üye
(Katılmadı)

(e-imzalıdır)
Prof.Dr.Doğan UYSAL
Üye