

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ ve HASTANE
YÖNETİMİNİN EVRİMİ
(1960 SONRASI)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Özgül YENİCE

İSTANBUL, 2015

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ ve HASTANE
YÖNETİMİNİN EVRİMİ
(1960 SONRASI)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Özgül YENİCE

Öğrenci No:
1107461058

Danışman:
Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İSTANBUL, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum **“Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Hastane Yönetiminin Evrimi (1960 Sonrası)”** başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 21.05.2015



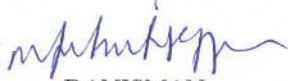
Özgül YENİCE

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

21.03.2015

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 1107461058 numaralı *Özgül YENİCe'nin* "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Hastane Yönetiminin Evrimi (1960 Sonrası)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 10.03.2015 tarih ve 2015/10 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (5...) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~ayışıklı/oybirliği~~ ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

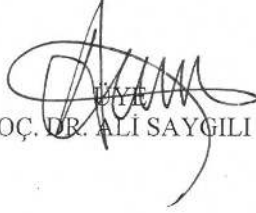
İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.



DANIŞMAN
PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN



ÜYE
DOÇ.DR. KAMİL UŞLU



YRD. DOÇ. DR. ALİ SAYGILI

Adı ve Soyadı : Özgül YENİCE
Danışman : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans/Tezi, 2015
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Yönetim, Hastane Yönetimi, Sağlık Yönetimi Eğitimi,
Kamu Hastaneler Birliği.

ÖZ

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ ve HASTANE YÖNETİMİNİN EVRİMİ

(1960 SONRASI)

Sağlık hizmeti sunan organizasyonlar tıbbi kuruluş oldukları gibi, ekonomik ve sosyal amaçları da olan yapılardır. Bu yapıların bilimsel ilkelerle yönetilmesi sağlık hizmetleri alan, hizmeti sunan ve finansmanını sağlayan kişi ve kuruluşlar için büyük önem taşımaktadır. Hastanelerde talebin ve maliyetin artması, verimliliğin ve etkinliğin arttırılmasını zorunlu hale getirmiştir. Verimliliğinin ve etkinliğinin arttırılmasında ise en önemli etkenlerden biri yönetim ve organizasyon yapısıdır. Hastanelerin büyümesi ve maliyetlerindeki artış hastane yönetiminin ve yöneticiliğinin önemini arttırmıştır. Sağlık organizasyonlarının farklı yönetsel düzeyleri için gereksinim duyulan yöneticilerin eğitimi de aynı şekilde önem taşımaktadır.

Bu çalışmada yönetim, sağlık hizmetleri, hastaneler kavramı ve kamu hastaneler birliği ele alınmış, tarihsel gelişimi incelenmiş ve mevcut kaynaklar değerlendirilmiştir. Araştırmalar sonrasında yönetici eğitimine yönelik girişimlerde bulunulduğu ama uygulamanın doktor merkezli devam ettiği, fakat sağlık hizmetlerinin profesyonel yönetime ihtiyacı olan bir işletme haline geldiği bir gerçektir sonucu ortaya çıkmaktadır.

Name and Surname : Özgül YENİCE
Supervisor : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Degree and Date : Master, 2015
Major : Hospital and Health Organizations Management
Key Word : Management, Hospital Management, Health Management
Education, Puplic Hospitals Associations.

ABSTRACT

EVOLUTION OF HEALTH and HOSPITAL MANAGEMENT IN TURKEY

(AFTER 1960)

While the organisations providing health services are medical institutions, they are foundations that also have economical and social purposes. It has a place in managing these organitastions by scientific norms towards to people and institutions that taking, offering and financing healty services. It is became compulsory that productivity and effectiveness must be increased after increasing demand and cost in hospitals. The most important factor in increasing productivity and effectiveness is the stracture of management and organisation. Rising the sizes and costs of hospital have made the importance of the hospitals management and administration increase accordingly. The education of the managers who are needed for different executive levels of healty institutions is also carrying another importance.

In this study; health services, hospitals concept and puplic hospitals associations have been approached and also historical development and current situations have been observed. It also attempts to executive education, but after the application of the doctor-centered research continues, but it is a fact that has become a business in need of professional management of health services is emerging results.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZ

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİvii

KISALTMALAR.....viii

GİRİŞ..... 1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ VE SINIFLANDIRILMASI

1.SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL

ÖZELLİKLERİ 3

1.1. Sağlığın Tanımı 3

1.2. Sağlık Hizmetleri 4

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri 5

1.3.1. Arzın Talep Yaratması..... 7

1.3.2. Stoklanamazlık 8

1.3.3. Bilgi Asimetrisi 8

1.3.4. Talep İle Arzın Eş Zamanlı Gerçekleşmesi 9

1.3.5. Kişilere Göre Farklılık Göstermesi..... 9

1.3.6. Dışsallık 9

1.3.7. Acil ve Ertelenemez Olması..... 10

1.3.8. Hizmetlerin Soyutluk Özelliği 10

1.3.9. Hata ve Belirsizliklere Karşı Duyarlılık 10

1.3.10. Hizmet Sunumunda İşlevsel Bağlılık 11

2. SAĞLIK HİZMETLERİN SINIFLANDIRILMASI 11

2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri..... 12

2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 13

2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri..... 14

2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri 14

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNETİMİ SÜRECİ, YÖNETİMDE ROLLER VE SAĞLIK

KURUMLARININ ÖZELLİKLERİ	16
1. YÖNETİM SÜRECİ	16
1.1. Yönetim Kavramı	16
1.2. Yönetimde Planlama	18
1.3. Yönetimde Örgütlenme	19
1.4. Yönetimde Yöneltilme	20
1.5. Yönetimde Denetim	21
2. YÖNETİMDE ROLLER	22
2.1. Kişiler Arası Roller	23
2.2. Bilgisel Roller	24
2.3. Kararsal Roller	25
2.4. Yönetimsel Düzeyler ve Beceriler	26
2.4.1. Yönetimsel Düzeyler	27
2.4.2. Yönetimsel Beceriler	28
2.5. Yakın Zamanda Önem Kazanan Roller	29
2.5.1. Stratejist Rolü	30
2.5.2. Tasarımcı Rolü	30
2.5.3. Önderlik Rolü	31
3. SAĞLIK KURUMLARININ ÖZELLİKLERİ	31
3.1. Yapısal Özellikler	31
3.1.1. Uzmanlaşma Seviyesi	32
3.1.2. İşlevsel Bağlılık	32
3.1.3. Profesyonellik	33
3.1.4. Denetim Mekanizması	33
3.1.5. İkili Otorite	34
3.2. Süreç Açısından Özellikler	34
3.2.1. Karmaşıklık ve Değişkenlik	34
3.2.2. Acillik ve Ertelenemezlik	35

3.2.3. Toleranssızlık Özellikleri.....	35
3.3. Çıktı Özellikleri	35

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTANELERİN TANIMI, İŞLEVLERİ, SINIFLANDIRILMASI, TARİHİ GELİŞİMİ

1.HASTANELERİN TANIMI	37
2.HASTANELERİN İŞLEVLERİ	40
2.1. Tedavi Edici İşlevi	40
2.2. Koruyucu ve Geliştirici İşlevi.....	41
2.3. Eğitim İşlevi	42
2.4. Araştırma İşlevi.....	42
3. HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI.....	43
3.1. Mülkiyet	43
3.2. Eğitim Statüsü.....	44
3.3. Hizmet Türü.....	44
3.4. Büyüklük	45
3.5. Hastaların Yatış Süresi	45
3.6. Akreditasyon Durumu	45
3.7. Dikey Bütünleşme.....	46
4.TÜRKİYE’DE SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	47
4.1. İlçe/ Belde Hastaneleri	47
4.2. Gün Hastaneleri	48
4.3. Genel Hastaneler.....	49
4.4. Özel Dal Hastaneleri	49
4.5. Eğitim Ve Araştırma Hastaneleri.....	49
4.6. Türkiye’de Sağlık Sistemi İçinde Hastanelerin Tarihi Gelişimi	49

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE HASTANE YÖNETİMİ VE KAMU HASTANELER BİRLİĞİ, TARİHÇESİ

1. HASTANE YÖNETİMİ.....	53
1.1. Cumhuriyet’in Kuruluşundan 1980 Yılına Kadar Gelişim	56
1.2. 1980’li Yıllarda Gelişim.....	61
1.3. 1990’ lı Yıllarda Gelişim.....	63
1.4. 2000’li Yıllarda Gelişim.....	65
2. KAMU HASTANELER BİRLİĞİ VE TARİHÇESİ.....	68
3. KAMU HASTANELER BİRLİĞİ ORGANLARI.....	69
3.1. Genel Sekreterlik	71
3.2. Hastane Yöneticisi	72
4. KAMU HASTANELER BİRLİĞİNE GÖRE HASTANELERİN GRUPLANDIRILMASI VE DENETİMİ.....	73
5. KAMU HASTANELER BİRLİĞİNE GÖRE HEDEFLENEN SONUÇLAR	74
SONUÇ	77
KAYNAKÇA.....	80
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo No:

Sayfa No:

Tablo 1. Yönetim Süreci	18
Tablo 2. Mintzberg’in Yönetim Rollerı Sınıflandırması	23
Tablo 3. Kişiler arası Roller	24
Tablo 4. Bilgisel Roller.....	25
Tablo 5. Kararsal Roller.....	26
Tablo 6. Yönetisel Düzeyler	28
Tablo 7. Yönetisel Beceriler	29
Tablo 8. Günübirlik Tedavi Hizmeti Sunan Kurumlar	48
Tablo 9. Türkiye’de Tedavi Hizmetlerinin Organizasyonu	54
Tablo 10. Yönetim Modelleri.....	60

KISALTMALAR

ATAUZEM	:Atatürk Üniversitesi, Uzaktan Eğitim Uygulama Merkezi
BEÜ	:Beykent Üniversitesi
BYKP	:Beş Yıllık Kalkınma Planı
C.	:Cilt
Çev.	:Çeviren
Ed.	:Editör
İİBF	:İktisadi İdari Bilimler Fakültesi
KHB	:Kamu Hastaneler Birliği
KHK	:Kanun Hükmünde Kararname
S.	:Sayı
s.	:Sayfa
SABE	:Sağlık Bilimleri Enstitüsü
SSYB	:Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı
SSYM	:Sağlık Sosyal Yardım Müdürlüğü
SBE	:Sosyal Bilimler Enstitüsü
YDT	:Yayımlanmamış Doktora Tezi
YTKİY	:Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
YYLT	:Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

- **Çalışma Konusunun Seçimi:** Türkiye’de sağlık hizmetleri ve hastane yönetiminin evrimi olarak ele alınan bu çalışmada 1960 sonrası planlı döneme geçişten bu yana sağlık politikalarının, anayasal değişikliklerin sağlık hizmetleri ve yönetimine etkisi, sağlıkta dönüşüm gibi projelerin ortaya çıkarmış olduğu yapıyı değerlendirmektir. Tüm çağdaş toplumlarda anayasal bir hak olarak görülen ve güvence altına alınan sağlık ile ilgili tüm süreçleri oluşturan, tüm sistemin merkezinde olan hastanelerin yönetiminde karmaşık bir yapı karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de sağlık ile ilgili hizmetlerin kaliteli ve etkin bir şekilde yapılmasına ilişkin planlama çalışmaları son dönemlerde üzerinde daha çok durulan bir konu haline gelmiştir. Birçok alanda olduğu gibi hastanelerin verdiği hizmetlerde de hedeflenen amaçlara ulaşmak ve etkin bir hizmet sunumu için profesyonel bir yönetime ihtiyaç vardır. Sağlık hizmeti veren üretim birimlerinin en büyük parçasını oluşturan hastanelerin çağdaş işletmecilik anlayışına göre yönetilmeleri gerekmektedir. Hastanelerin yönetimine dair edinilen bilgiler, yönetim kavramı, hastane ve sağlık kavramlarıyla harmanlanmaktadır. Kamu hastaneler birliği hakkında ve son dönem hastanelerin örgütlenme sistemi hakkında bilgi vermek amacıyla böyle bir konu araştırması içine girilmiştir.

- **Çalışmanın Amacı:** Litaretüre tarihteki ilk hastane yöneticisi olarak giren Mehmet Razi’den bu yana çok fazla yol kat edilememiş olan hastane yönetimi hakkında bilgi vermek ve ayrıca yıllardır süre gelen ihtiyacımız olduğunda sağlık her şeyimiz ama sağlık ve esenlik içinde sadece karşıdan izlediğimiz bir film ekranı gibi gördüğümüz sağlık, hastane, yönetim ilişkileri içinde rol almak amacıyla yola çıkılmıştır. Ülkemizde sağlık hizmetleri sunumunun büyük bölümünü oluşturan devlet hastanelerinin modern yönetim anlayışına göre yönettirmelerinde daha ileriye gidebilme, sorunlarla yüzleşme amacıyla yola çıkılmıştır.

- **Çalışmanın Önemi:** Sosyal bir varlık olarak insan yaşamayı, yemeyi yani maddesel günlük şeyleri sever. Ama en küçük bir ağrısında hastanelerin kapısına gelerek kendini sağlık sisteminin içinde bulur. Tıbbın tarihinin insanlık tarihi ile eş zamanlı başladığını düşünürsek, günlük ihtiyaçtan öte gördüğümüz hastanelerin ve hizmeti düzenleyen yönetimin önemini anlamak zor olmamaktadır.

- **Çalışma Planı:** Çalışma, sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri ile başlayarak, sağlık kurumlarının yönetimi, konusu, süreci, özellikleri hakkında bilgi verecek, hastanelerin tanımı, özellikleri, işlevleri, sınıflandırılması, tarihçesi ile devam edecek ve konu hastaneler birliği ile son bulacaktır.

- **Kullanılan Metod ve Teknikler:** Çalışmada mevcut çalışmalar ve araştırmanın konusu içindeki temel kavramlara yönelik arşiv taraması yapılmıştır. Sağlık Hizmetleri alanında 22 yıllık sağlık personeli olarak verilen hizmet sonrası elde edilen mesleki tecrübeler ve bilgilere yer verilmiştir.

- **Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar:** Bu konu ile ilgili çalışmaların az ve yetersiz oluşu konunun önemini arttırdığı kadar zorluk derecesini de arttırmıştır. Geçmişe dair elde edilen bilgilerin yanında kamu hastaneler birliğinin yeni bir uygulama olması çalışmaya dair yeni bilinmedik bir konunun mevzuatlar ve genelgeler arasında sıkışıp kalınmasına sebep olmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ VE SINIFLANDIRILMASI

1.SAĞLIK HİZMETLERİ ve SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

1.1. Sağlığın Tanımı

Tüm insanlar için en önemli zenginlik olarak kabul edilen sağlık, kavram olarak toplumlara göre farklılık göstermektedir. Sosyolojik açıdan sağlık, toplumda rahatsızlıkların sınıflar arası bir dağılımla son bulduğu kaynak olarak ele alınır.¹ Birey hasta değil ise sağlıklıdır diye değerlendirileceği gibi kişinin iyi hissetmesi sağlıklı olduğu, kötü hissetmesi ise hasta olduğu anlamına gelmemektedir. Yani hastalığın ya da herhangi bir şikayetin olmaması sağlıklı olmak olarak ele alındığı gibi, kimi toplumlarda görülen ve çok sık rastlanan hastalıklar, normal kabul edilebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanımda sağlık; yalnızca hasta ve sakat olmamaktan ziyade, ruhen, bedensel olarak ve toplumsal yönlerden tam bir iyilik halidir. Nusret Fişek bu tanıma karşılık sağlıklı hastalık ve sakatlığın olmaması değil kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal açılardan iyi olması olarak tanımlamıştır. Hastalığı da insan vücudunda meydana gelen ve normal olmayan tüm değişikliklerin ortaya çıkardığı durum olarak açıklamıştır. Sonradan bu anlatıma aslında hastalığın yalnızca biyolojik bir olay değil de sosyal ve kültürel yönde bir durum olduğunu da belirtmiştir.²

Bedenen iyilik halini sakat ya da hasta olmama, ruhsal iyilik halini, uyum içinde olma, sorunlarla başa çıkabilme, sosyal iyilik halini ise sosyal bir varlık olan insanın çevreden olumlu etkilenmesi olarak değerlendiririz. Hastalık ya da sağlıklı olma hali bireylerin içinde bulunduğu ekonomik ve sosyal yapılarıyla yakından alakalıdır. Maddi yetersizlikler, sağlıksız çevre koşulları, eğitimsizlik, yanlış

¹ B. S.Turner, Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi, (Çev. Ü. Tathcan), Bursa, 2011, s. 13

² Z. Cırhinlioğlu, Sağlık Sosyolojisi, Ankara, 2001, s. 15

edinilmiş inanışlar, yetersiz beslenme gibi toplumsal nedenler, birçok hastalığın nedenlerindendir.¹ Aslında bireyin sağlık durumuyla yakından ilgisi olanlar, içinde yaşadığı çevre ve çevrede yaşayan bireyler, toplumsal ve fizyolojik yapısıdır ve bu durumda bireyin tüm bu süreçlerle uyum içinde olması sağlıklı olduğunu gösterir. Sağlık kavramı bireyin yaşadığı ortamda meydana gelen tüm değişimlere uyum gösterebilmesi, çocukluktan yaşlılığa kadar geçen süreçleri taşıyabilmesi, herhangi bir hastalık ya da zarar karşısında iyileşme çabası gösterebilmesi, acı, keder gibi psikolojik olgularla başa çıkabilmesi ve ölüm olgusuyla yüzleşebilme algı ve becerisidir. Sağlık sadece yaşanan anı değil yarınları da kapsar ve acı ile yaşayabilmek için gereken gücü de içine alır.² Öyle ki sağlık, toplumsal yaşam kadar, acı, keder, ölüm gibi olguların kaçınılmaz esasına karşılık, bireyin tüm bu olgulara, etkenlere karşı koyabilmesi ve ruhen altından kalkabilme becerisidir.

1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'nin dördüncü maddesinin sağlık hizmetleri insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel, ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler şeklinde tanımlanmaktadır. "Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavileri ve esenlendirilmesi (rehabilitasyonları) için yapılan çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir."³ Sağlık hizmetleri verilebilmesi için de bir organizasyon yapısına ve bir oluşuma ihtiyaç vardır.

Sağlık hizmetlerin örgütlenmesini Francis Bacon üç şekilde ele almıştır, önce sağlığın korunması, daha sonra ortaya çıkan hastalıkların tanı ve tedavisi ve yaşam

¹ Z. Öztekin, "Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri", Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı, S. 39, Ankara, 2001, s. 294

² I. Illich, Sağlık Gaspı, (Çev. S. Sertabiboğlu), İstanbul, 2011, s. 182

³ R. Akdur, "Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar", Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyum, Ankara, 2003, s. 12

süresinin uzatılmasıdır.¹ 2008’de Dünya Sağlık Raporunda sistem içinde yer alan sorunları ve aksaklıkları gidermek için asıl konu olarak temel sağlık hizmetleri ele almıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini, bireylere en yakından ulaşabilen bir araç olarak görmüş ve tüm bireylere ulaştırılan sağlık hizmetinin herkese sağlık kavramını sağlayacak en önemli unsur olarak değerlendirmiştir. Bunu da birinci basamakta yer alan sağlık hizmeti kurumlarıyla olabileceğini ve bu kurumların sistem dışında ele alınmasının hedefe ulaşmayı zorlaştıracığı belirtilmiştir. Herkese sağlık kavramı için insanları temel sağlık değerlerinin merkezine koymaya ihtiyaç vardır.² Sağlık hizmeti sunan kurumlar verdikleri hizmetin öneminden dolayı diğer kurumlardan farklı özelliklere sahiptir.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Sağlık hizmetlerinde emek yoğunluğu diğer sektörlerle göre daha yüksektir. Sağlık hizmetlerinin yapısı gereği emek yoğun sistem olması yanında teknoloji yoğun bir sistemdir. Gelişen tıp teknolojisi ve ilaç sektöründeki buluşlar hizmet sunumunu da etkilemektedir. Sağlık hizmetlerindeki yoğun emek kullanımı, harcamalar içinde emek maliyetinin yüksek olmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde görev yapan personel eğitilmiş ve nitelikli olmalıdır. Bu yüksek oranda nitelikli ve eğitilmiş emek gücü tüm maliyetleri de yükseltir. Fakat sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojiye gelişmeler emeğin yoğunluk karakterini değiştirmeye yetmemektedir. Fakat üretim sektöründe kullanılan teknoloji emeğe ihtiyacı azaltmaktadır. Sağlık sistemi içinde ise teknoloji, onu kullanabilecek daha kalifiye personel ihtiyacı doğurur. Ayrıca teknolojinin ilerlemesi hastalık tedavilerinin daha iyi yapılabilmesine neden olsa da hastalıkların teşhis ve tedavi sürecini uzatır.³

¹, Atatürk Üniversitesi, Uzaktan Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi (ATAUZEM), Sosyal Antropoloji, Yayınlanmamış Ders Notları, Erzurum, 2011 S. Kızılcı, Türkiye’nin Sağlık Sistemi, İzmir, 1996’dan alıntı.

² R. Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara, 2008’den alıntı, ATAUZEM Yayınlanmamış Ders Notları

³“Sağlık Sistemi”, Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü, (E. Nalçacı - O. Hamzaoglu - E. Özalp, Editörler (Ed.)), İstanbul, 2006, s. 245-246

Sağlık hizmeti veren kurumlara özgü farklılıkları kavrayabilmek için, öncelikle ürün üreten ve hizmet veren örgütleri birbirinden ayıran özellikleri anlamamız gerekir. Hizmet elle tutulup gözle görülebilen bir maddi özellikte olmayan fakat alım, satım, fiyatlama gibi olgulara sahip, tüketiciye fayda sağlayan soyut bir kavramdır.¹ Bu özellikler şu şekilde açıklanabilir:

* Müşteri hizmetin sunumunun parçasıdır, katılımcıdır.

* Üretim ve tüketim, hizmet sunan örgütlerde aynı anda olur. Hizmetler üretimin yapıldığı anda tüketilir. Hizmetin ortaya konması ve tüketimi, eşzamanlı gelişir. Hizmeti sunan birey hizmetin içindedir ve verilen hizmeti, bu hizmeti veren bireyden ayırmak mümkün değildir. Ayrıca, bir hizmet o hizmetin sunumundan ayıramaz, bu durumda da aynı hizmet sunumu aynı anda farklı tüketicilere yapılamaz.

* Zamanın ve boş kapasitenin farklılıkları söz konusudur.

* Hizmet alanını tüketiciler yani hizmeti alacak bireylerin bulunduğu yer belirler.

* Hizmetler gereksinime yönelik farklılık gösterir, tek düze değildir. Yıllara, mevsimlere, aylara, günlere göre hatta saatlere dayalı bir değişiklik söz konusudur. Kimi zaman talep artar ve işletme için arz talep dengesini sağlamak zorlaşır.

* Hizmeti üreten personel yapısı hizmet sektöründe önemli rol oynar. Hizmeti sunan çalışanın hizmet sunumu bazı durumlarda farklılık gösterebilir, hizmetin özellikleri onu üretenle alakalı bir durumdur, çalışanın bilgi, beceri ve kapasitesi sunumu etkiler. Zamana göre, alıcıya göre, üreten tüketen arasındaki ilişkiye göre ve ortama göre hizmet değişkenlik gösterebilir.

*Hizmet elle tutulur, gözle görülür bir olgu değildir, soyuttur. Herhangi bir stoklama, paketleme, sevkiyat, hizmetler için söz konusu olamaz, hizmetler dayanıksızdır.

¹, Muhasebe Dersleri, s. 1; <http://www.muhasabedersleri.com/ekonomi/hizmet.html>, (11.10.2014)

*Çıktı soyut bir kavram olduğu için değerlendirilmesi, ölçümü güçtür. Tüketicilerin sağladıkları fayda farklılık gösterir ve çıktının değerlendirilmesi psikolojik olarak tüketicinin memnuniyetine dayanır.¹

Hizmet sunan örgütler içinde özellikle sağlık hizmeti sunan örgütlerin daha farklı özellikleri vardır. hizmetin sunumundan, hizmetin alımına kadar insan, hizmeti sunanda alan da insan olduğu için insan faktörünün önemi tartışılmaz. Genel olarak sağlık hizmeti sunan örgütleri diğer örgütlerden ayıran özellikleri aşağıdaki gibi anlatabiliriz.² Bu özelliklerde en önemli faktör insan faktörüdür.

1.3.1. Arzın Talep Yaratması

Sağlık hizmetlerinde kişilerin talep ettiği hizmet çeşidini, miktarını, süresini hizmeti arz eden yani hizmeti sunan sağlık personeli belirlemektedir. Hasta bir kişi gerek hastalığı gerek alacağı tedavi ve süresi konusunda herhangi bir tercihte bulunamamaktadır. Tüm bu seçimleri onun yerine sağlık personeli belirlemektedir, yani sağlık hizmetlerinde talebi arz belirlemektedir. Diğer mal ve hizmet üreten örgütlerde rastlanmayan bir üreten, tüketen ilişkisi sağlık hizmetini üreten ve tüketen arasında olmaktadır. Mesela bir doktor hastası için gerektiğini düşündüğü tetkik, tedavi ya da uygulama kararını kendisi verir.

A. Erdal Sargutan, Sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen üç unsurdan bahsetmektedir. Bu unsurlar şu şekilde özetlenir;

- * Bireylerin ve toplumun nüfus yapısı ve dağılımı, kültürel yapı,
- * Toplumsal olanaklar ve insanların imkanları,

¹ İ. Kiremitçi, İzmir İlinde Bulunan II. Basamak Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin Özdeğerlendirme Modelini Algılama Düzeyleri, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (SABE), Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), İzmir, 2009, s. 9, J.A. Fitzsimmons, MJ.service Management For Competitive Advantage, Singapore, McGraw-Hill,1994'den alıntı.

² B. Ak - H.D. Sevin, "Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri", I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi (2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi), Ankara, 2000, s. 28

* Bireylerin sahip olduğu ihtiyaçlar, istekleridir.¹

Sağlık hizmetlerinde söz konusu olan hizmet sunumu farklılığından dolayı stoklanma durumu da farklılık göstermektedir.

1.3.2. Stoklanamazlık

Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmet, talebin olduğu anda sunulur ve depolanamaz. Oysaki üretim işletmelerinde sunulan ürünler istenildiği zaman istenildiği kadar üretilir, depolanır ve istenildiği zamanda tüketime sunulur. En basit olarak hasta gelir, gerekli tetkikler o anda yapılır ve o rahatsızlığının tedavisi için reçetesinde yazılan ilaçları alarak kullanım sürecine başlar. Talebe karşılık bir hizmet sunumu şarttır ve sürecin hiçbir adımında depolama söz değildir.

1.3.3. Bilgi Asimetrisi

Sağlık personeli ile hasta ve hasta yakını arasında bilgi asimetrisi söz konusudur. Sonuçta hasta rahatsızlığı nedeniyle sağlık kurumuna başvurmuştur, hastalığı konusunda herhangi bir şey bilmemektedir ve hizmeti sunan kişiler ise bu konuda tam bir donanıma ve uzmanlığa sahiptir.² Hastalık kişinin kontrolü dışında ortaya çıkar, hastalıkla karşı karşıya olan, asimetrik bilgiye sahip birey, kendisini hiçbir bilgisinin olmadığı bir konuda tam bir donanıma sahip olduğunu düşündüğü hekimin kontrolüne bırakır.³ Yani hasta, uygulanacak tedavinin etkisi, yan etkileri, tıbbi bakımın boyutu, kalitesi konusunda yeterince bilgiye sahip değildir, fakat hizmeti verecek personel profesyoneldir. Hasta kendisine konulan teşhis ve planlanan tedavi hakkında bilgiyi yine kendine hizmeti sunan kişiler tarafından edinmektedir ve sorduğu sorular ve aldığı cevaplarla sağlık hizmeti sunan profesyonellerle aradaki bilgi farklılığını bir nebze azaltmaya çalışmaktadır.

¹ A. E. Sargutan, “Sağlık Sektöründe Hizmet Talebi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 8, S.3, 2005, s. 432; <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Makale/83/8036.pdf>, (10.10.2014)

² S. Özcan - K. Baş - Y. Taş, “Sağlık Sektöründe Bilgi Asimetrisinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Yalova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Bir Uygulama”, s. 822-823, (international conference on eurasian economies 2013); <http://www.eecon.info/papers/673.pdf>, (09.10.2014),

³ B. Baloğlu, Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla, Sağlık ve Hastalık, İstanbul, 2006, s. 45

1.3.4. Talep İle Arzın Eş Zamanlı Gerçekleşmesi

Sağlık hizmetleri ihtiyaç duyulduğu anda giderilmesi gereken hizmetlerdir. Ortaya çıkan bir ihtiyacın karşılanmasında bir erteleme ya da gecikme kişiler için hayati bir tehlike doğurabilir. Bu nedenle hizmet talep edilir, sağlık personeli arza karar verir ve hizmet sunulur. Erteleme ya da başka bir hizmet ile değişimi söz konusu değildir. Yani sağlık hizmetlerinde ihtiyacın nerede, ne zaman, nasıl ortaya çıkacağı önceden tespit edilemez ve ikamesi yoktur.¹ Karın ağrısı ile sağlık kurumuna başvuran hastanın, gereken tıbbi tetkikler sonucunda apandisit* teşhisi konularak, apendektomi** kararıyla acil ameliyata alınması talep ve arzın eş zamanlı gerçekleşmesine bir örnektir. Ayrıca arz ve talep konusunda bir uyumsuzluk vardır. Demografik yapıda meydana gelen değişim hızına göre talep artmakta, arz ise bu duruma paralel artmamaktadır.² Sağlık hizmetlerinde arz talep eş zamanlı gerçekleşirken ihtiyaç duyulan hizmet bireylere göre farklılık gösterir.

1.3.5. Kişilere Göre Farklılık Göstermesi

Sağlık kurumlarına başvuran kişiler, yaş, cins, ırk, yaşam tarzı vb. olarak farklılık göstermektedirler ve bu kişilerin gerek anlatım biçimlerinden teşhis konulması, gerekse tedavilerinin uygulanması farklılık göstermektedir. Hatta araştırma yapanlar ve hasta kişiler için bile tek düze bir hizmet yapısından söz edemeyiz. Mesela radyoterapi uygulamalarında kişilere göre farklı dozlarda ve sürelerde uygulama yapılır. Yani sağlık hizmetlerini standardize etmek olası değildir.

1.3.6. Dışsallık

Dışsallık aslında herhangi bir tüketim sonrası elde edilen, negatif ya da pozitif olarak ölçülemeyen sonuçtur. Sağlık hizmetlerinde dışsallık, ortaya çıkan bir

¹ M. Ateş, "Sağlık Hizmetleri", Sağlık İşletmeciliği, (Ed. M. Ateş), İstanbul, 2011, s. 4-5

² E. Bilgili - E. Ecevit, "Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 11, S. 2, 2008, s. 205;
<http://www.saglikidaresidergisi.hacettepe.edu.tr/Makale/112/3.pdf>, (21.10.2014)

* Apandisit Karının sağ alt tarafında bulunan, kalın bağırsağın başlangıcında, kör bağırsağın uç tarafında yer alan Apandis'in iltihaplanmasıdır.

** Apendektomi: Apendis adını verdiğimiz organın ameliyatla alınmasıdır.

durumdan diğer insanların nasıl ve ne yönde etkilendikleri ile ilgilidir.¹ Hastalanan bir birey uygulanan tedavi sonrasında kalıcı bir komplikasyonla yaşamını devam ettirmek zorunda kalır ise, bu durumdan kendi sosyal yaşantısı etkilendiği gibi aile bireyleri ve arkadaş çevresi de etkilenir ve olayın dışsal bir boyutu söz konusu olur. Ya da bulaşıcı bir hastalığın bir an önce teşhis edilip, tedaviye başlanması gerekmektedir yoksa diğer kişiler olumsuz yönde etkilenir.

1.3.7. Acil ve Ertelenemez Olması

İnsan sağlık hizmetlerinin merkezini oluşturur ve sağlık hizmetine dair talep oluşunca imkanlar doğrultusunda en kısa sürede hizmet verilmelidir. Sağlık hizmetleri sunumunda ihtiyaç sahiplerine beklemeden, ivedilikle cevap verilmelidir. İhtiyacı en kısa zamanda karşılamak dönüşü olmayan sonuçlarla karşı karşıya kalmamak için önemlidir. Yani bugün git yarın gel diye bir yaklaşımdan bahsetmek mümkün değildir.

1.3.8. Hizmetlerin Soyutluk Özelliği

Sağlık hizmetlerinde çıktıyı elle tutup, gözle görüp ölçüm yapamayız. Yani soyut bir çıktıdır. İnsanların iyiyim demesi gibi nasıl iyi, ne kadar iyi somut olarak anlayamayız. Oysa ki, bir çok hizmet sektöründe çıktıyı ölçmek mümkün olabilirken, sağlık hizmetlerinde pek mümkün değildir.

1.3.9. Hata ve Belirsizliklere Karşı Duyarlılık

İşletmelerde olabilecek hatalara karşı bir geri düzeltme yapılabilir. Mesela bir otomotiv şirketi vites kutusunda hata yapılarak piyasaya sürülmeden önce deneme aşamasında fark edilebilir edilemeyip satışa sunulur ise satışı yapılan tüm araçları hata fark edildikten sonra tekrar toplayarak hatayı düzeltebilir. Fakat sağlık hizmetlerinde yapılan bir hatanın düzeltilmesi çok zordur hatta bazı durumlarda imkansızdır.

¹ Y. Çelik, “Sağlık Kurumları ve Değişen Çevresi”, Sağlık Kurumları Yönetimi-I, (Ed. M. Tatar), Eskişehir, 2012, s. 121

1.3.10. Hizmet Sunumunda İşlevsel Bağlılık

Sağlık kurumlarında değişik meslek gruplarından bireyler görev alır. Bu bireylerin icra ettikleri hizmetlerden dolayı birbirlerini tamamlayan işlevsel bir bağlılık söz konusudur.¹ Örneğin; bir klinikte hekim, hastalığın teşhis ve tedavi protokolünden sorumlu, hemşire tedavi protokolünü yerine getirmekten, idari ve mali işler birimi uygulamada gerekli ilaç ve sarf malzemelerin temininden sorumludur. Sonuç olarak her hangi bir birimin görevini aksatması durumunda bütün işleyiş bu durumdan olumsuz olarak etkilenir. Bu nedenledir ki işlevsel bağlılık bir işin gerçekleşebilmesi için diğer bireylerin veya birimlerin verdikleri hizmete veya malzemeye duyulan ihtiyaçtır.² Bu durumda sağlık sektöründe yer alan her meslek grubu birbirleri için zinciri oluşturan halkalardır. Sağlık hizmetleri sunumunda yer alan tüm personelin ortaya koyduğu hizmet karşılığı elde edilen çıktıları diğer hizmet sektörlerindeki gibi ayırmak pek mümkün değildir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu hizmetleri ile birlikte, önlenmesi işlevleri, toplumun ve kişilerin sağlık seviyelerinin yükseltilmesi ile ilgili yapılan çalışmaların tamamı anlamına gelmektedir.³ Sağlık hizmetleri, bireylerin mevcut sağlıklarının devamlılığını sağlamak için koruyucu sağlık hizmetleri verir. Oluşan bir hastalık karşısında bireylerin iyileştirilmelerine yönelik verilen hizmet de tedavi edici sağlık hizmetidir. Bireyin toplumsal yaşantısına uyumlu bir şekilde hayatını devam edebilmesi, kendi kendine yetebilmesi için yapılan rehabilitasyon hizmetleri olarak sınıflandırılır. Sağlık hizmetleri farklı sınıflandırılmalara tabi olsa da amacı toplumsal sağlıktır. Ayrıca, sağlık hizmetlerini farklı biçimlerde sınıflandırmakta mümkündür. “Örneğin, Roemer (1977) serbest girişimci sistemler, refah devleti sağlık hizmetleri biçimleri, az gelişmiş toplumların sağlık sistemleri, geçiş toplumlarının sağlık sistemleri ve sosyalist sağlık hizmetleri

¹ Ş. Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s. 23-24

² Kavuncubaşı, s. 23-24

³ Ş. Kavuncubaşı - S. Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s. 34

sistemleri biçiminde değerli bir ayırım yapar.”¹ Sağlık kurumlarının sundukları hizmetlerin en önemlilerinden biri de hastalık olmadan önüne geçmek adına koruyucu sağlık hizmetleridir.

2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu kelimesinden de anlaşılacağı üzere sağlık hizmeti alan kişilerin hastalanmadan önce alınan tedbirleri içeren bir hizmet sınıfıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerini bireye ve çevreye yönelik olarak yapılır. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, bağışıklama amacı ile yapılan aşı*, erken tanı örneğin; KETEM**, eğitim örneğin; okullarda verilen ağız ve diş sağlığı eğitimleri, ana – çocuk sağlığı, kişisel hijyen, ruh sağlığı konusundaki hizmetleri içerir. Çevreye yönelik hizmetleri, su kaynaklarının denetlenmesi, atıkların denetlenmesi, gıda kontrolleri, haşarelerle mücadele, gerek hava gerekse gürültü kirliliği denetimi, iş sağlığı denetimi gibi çevresel risk faktörlerinin denetim altına alınması hizmetlerini içerir.

Bireyler de bedensel ya da ruhsal bir rahatsızlık meydana gelmeden önce alınan önlemler toplumsal refahı etkileyen önemli bir faktördür. Bireylerin maddi yetersizlikler, bilgi eksikliği ya da sağlık hizmetlerine güvensizlik gibi nedenlerle koruyucu sağlık hizmetlerini reddetmesi durumunda sosyal bir faydadan söz etmek mümkün olmaz. Koruyucu sağlık hizmetlerini gelişmiş bir anlayışla hastalıkların oluşmasının önlenmesi şeklinde ele alacak olursak üç bölümde inceleriz. İlk olarak hastalık oluşumunun başlamadan önlenmesi, ikinci olarak zaman kaybetmeden yapılan teşhis ve tedavi ile oluşabilecek sorunun ve bu soruna bağlı komplikasyonların* önüne geçilmesi, son olarak da hastalığın devamında görülebilecek kalıcı araz ve toplumsal zararların önlenmesidir. Kent nüfusundaki artış ve toplumsal etkileşimin ve ilişkilerin yoğunluğu hastalık etkenlerinin kontanimasyonunu** arttıracak için sağlık hizmetlerinde yer alan koruyucu ve

¹ Turner, s. 222

* Aşı: Hastalıklara karşı bağışıklığı sağlamak amacıyla vücuda verilen, belirli hastalıkların mikroplarıyla hazırlanmış çözelti.

** KETEM: Kanseri Erken Teshis, Tarama ve Eğitim Merkezi

tedavi edici sağlık hizmetleri anlayışı arasından yapılacak tercihin önemini attırmaktadır. Koruyucu sağlık hizmeti tedavi edici sağlık hizmetine göre daha ucuz ve verimlidir. Fakat, tedavi hizmeti direkt bireye uygulandığı için çıktı somuttur, koruyucu sağlık hizmetlerinde ise çıktıyı somut olarak değerlendirmek güçtür.

Aile Sağlığı Merkezi uygulaması, Sağlık Ocaklarında verilen koruyucu sağlık hizmeti ve koruyucu hekimlik uygulamasının son bulması olarak değerlendirilmemelidir.¹ Aile Sağlığı Merkezleri tüm koruyucu sağlık hizmetlerini bireylere ulaştıracak ve koruyucu hekimlik hizmetlerini verecektir. Zafer Öztekin koruyucu sağlık hizmetlerini, bağışıklama, ilaçla koruma, erken teşhis, dengeli beslenme, aile planlaması, sağlık eğitimi olarak altı başlık altında açıklamıştır.² Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi büyüktür.

2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi amaçlı verilen sağlık hizmeti, sağlıkları bozulan bireylerin daha önceki sağlıklarına tekrar kavuşmaları için yapılan hizmetler bütünüdür. Tedavi amacıyla verilen sağlık hizmetleri kurumlarını iki ana grupta toplamak olasıdır. Bunlar; günöbirlik (ayaktan) tedavi hizmetleri, poliklinik hizmetleri bu gruba örnek teşkil eder ve yatarak verilen tedavi hizmeti, klinik bünyesinde hastaya yatırılarak verilen hizmettir.³ Tedavi hizmetlerini üç basamak halinde inceleyebiliriz. Hastaların ayaktan tanı ve tedavi hizmeti aldığı birinci basamak tedavi hizmetleri, verem savaş dispanserleri gibi, hastaların tanı ve tedaviyi yatarak aldıkları ikinci basamak tedavi hizmetleri, devlet hastaneleri gibi, daha ileri teknolojilerin kullanıldığı, daha fazla branşla hizmet veren ileri tetkik ve tedavilerin verildiğı üçüncü basamak tedavi

¹ Baloğlu, s. 47-49

² Öztekin, s. 295-296

³ Kavuncubaşı - Yıldırım, s. 38

* Komplikasyon: Bir hastalığın seyri sırasında ortaya çıkabilecek farklı bir hastalık, yan etki

** Kontanimasyon: Bulaşma, kirlenme.

hizmetleridir, eğitim ve araştırma hastaneleri gibi.¹ Tüm koruyucu hizmetlere karşılık sağlığı bozulan kişilere yönelik yapılan hizmetler bütünüdür.

2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Herhangi bir kaza ya da hastalık sonucu bireyde oluşan kronik sakatlık ve arazların toplumsal yaşama yansımaları önlemek ve bireyin günlük yaşantısına tekrar dönebilmesi, kendi ihtiyaçlarını tek başına karşılayabilmesi için verilen hizmetlere rehabilitasyon hizmetleri denir. Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri olarak ikiye ayrılır.

Tıbbi rehabilitasyon çeşitli nedenlerle oluşan sakatlık ve bozuklukların olabildiğince düzeltilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için yapılan hizmetlerdir. Gözlük, işitme cihazı, koltuk değneği vb, gibi. Sosyal rehabilitasyon özürli kişilerin yani eski yaşantısına ya da işine uyum sağlayamayacak kişilerin, başkasına bağılılıklarını ortadan kaldırarak, yeni beceriler kazandırarak, günlük hayata aktif katılımlarını sağlamak amacıyla verilen hizmetlerdir.

Sanayi toplumlarında sağlık çalışanları hasta bireylerin sorumluluklarını yerine getirmesine engel teşkil eden kalıcı ve uzun süreli kronik hastalıklarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu yeni dönem rahatsızlıkların esas açıklaması mikroorganizmaların yerini stres almıştır ve bu durumda da tedavi hizmetlerinin yerini de rehabilitasyon ve bakım hizmetleri alacaktır.² Birçok birey toplumsal yaşantıya ayak uydurabilmek için destek tedavi almaktadır.

2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. DSÖ, Cenevre, 1986'de beş öncelikli plandan bahsetmektedir, bu planları şu şekilde yorumlamak mümkündür:

¹ O. Hayran, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmet Sektörleri; <http://www.merih.net/m1/wosmhay12.htm>, (23.11.2014)

² Turner, s. 17-18

- * Sağlıklı bir toplumsal yaklaşım oluşturulması,
- * Sağlıklı çevrelerin ortaya çıkarılması,
- * Sağlık için topluma yönelik yaklaşımların güçlendirilmesi,
- * Bireylerin yeteneklerinin geliştirilmesi,
- * Sağlık hizmetlerine dair yeni metodlar geliştirilmesidir.

Bireylerin sağlıklarını kontrol edebilmesi ve geliştirebilmesine yönelik yapılan tüm uygulamalardır. Bu konu da sağlığın korunması ve sağlıklı bir birey olmanın yolunda gerekli davranış değişimlerine yönelik verilen eğitimlerdir. Süreç içinde çevreye dair, ekonomik, organizasyon yapısıyla ilgili tüm destekler yer alır. Ayrıca burada amaç yaşamda doğru yapılan davranışların kitlelere dağılımını sağlamaktır.¹ Bireylerin bedenlen, ruhen sağlık durumunu ve yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan sağlık hizmetleridir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk bireye düşse de uluslararası boyutta sosyal yapıyı değiştirmeyi hedefleyen bir faaliyettir. Asıl sorumluluk bireyindir, çünkü bazı bireyler alışkanlıkları ve yaşam tarzları nedeniyle bazı hastalıklara sahiptir. En basit örnek olarak sigara ve kanser ilişkisi verilebilir, eğitimle insanların bazılarını sigaradan uzak tutabiliriz ama uluslararası boyutta kamu, özel, tüm kurum ve kuruluşlardan destek olarak yapılan kampanyalar sağlığın geliştirilmesinde daha etkilidir.

¹, "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü";
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf> (11.10.2014)

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNETİMİ SÜRECİ, YÖNETİMDE ROLLER ve SAĞLIK KURUMLARININ ÖZELLİKLERİ

1. YÖNETİM SÜRECİ

1.1. Yönetim Kavramı

Yönetimin tanımı farklı bilim dallarınca değişik olarak ele alınarak yapılmıştır. Siyasal bilimciler yönetimi otoriter bir yapı olarak, toplum bilimciler ise bir saygınlık ve sınıf sistemi olarak, ekonomistler ise yönetimi üretim işlevlerinden biri olarak ele alır. Ancak, yönetim bilimcilerin savunduğu ortak bir tanımdan söz etmek oldukça güçtür.¹ Yönetim, insanlar aracılığıyla amaçların gerçekleştirilmesidir.² Yönetimin tanımı ile ilgili farklı yaklaşımlar şöyledir:

“Henry Fayol’a göre yönetim: Planlama, örgütleme, yönlendirme, koordinasyon ve denetleme eylemlerinden oluşan bir olgudur.

Bodiguel’e göre yönetim: Yöneticilerin emri altında bulunan, kanunların uygulanmasını sağlamaya yarayan maddi ve manevi araçlar bütünüdür.

Wot’a göre yönetim: İnsanlara iş yaptırma bilim ve sanatıdır.”³

Yönetim önceden tespit edilen amaçlara, bireyler ve araçlar vasıtasıyla, örgütlenmiş olarak ulaşmak için elzem olan, birbirleri ile ilişkili işlevlerden oluşan teknik bir süreçtir. Yönetim kavramı birçok insana göre iş yönetimi anlamı taşır. Aslında yönetim büyük oranda iş yüküne sahip fabrikalarda görülmeye başlamıştır

¹ D. Tengilimoğlu - O. Işık - M. Akbolat, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2012, s.33

² A. Can - H. İbicioğlu, “Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF) Dergisi, C. 13, S. 3, Isparta, 2008, s. 254

³ B. Ak, Hastane Yöneticiliği, Ankara, 1990, s. 3

fakat yönetim günümüzde gelir getiren ya da ticari amaçla kurulmuş şirketlerin yanı sıra ticari amaçla kurulmamış örgütler içinde önemli bir yer tutmaktadır. Yönetim kavramı kamu, özel, vakıf gibi birbirinden farklı amaçlarla kurulmuş bütün kurumlar ya da örgütler için gereklidir.¹ Yönetim bir tek kar elde etmek için kurulmuş, fiziksel güce dayanan işletmelerde kullanılan bir anlayış değil de fiziksel bir güç gerektirmeyen hizmetlerde verimliliği arttırmak amaçlı bir kavram haline gelmiştir. Yönetimin geçmişinin toplum kadar eski dayanan ve gelişmeye devam eden bir bilim olarak ele alırsak değerlendirmeyi üç boyutta yapmamız gerekir. Çeşitli faaliyetleri yerine getiren süreç yönetimi, uygulama alanında sanat olarak yönetimi, bilimsel ve sistematik bilgi birikimi de bilim olarak yönetimi ifade etmektedir.²

Sağlık hizmetleri yönetimini ise, hasta kişilere, topluma, gerekli sağlıklı çevre ve tıbbi hizmetlerin sağlanabilmesi, yapılması gerekli işlerin, gereken kaynakların, ihtiyaç duyan bireylere talepler ölçüsünde sunumunu planlayıp, örgütlemek, yönlendirme yapmak, koordinasyonunu sağlamak ve denetlemektir şeklinde tanımlanabilir.

Yönetici en basit haliyle başkalarına iş gördüren kişidir. Profesyonel anlamda yönetimi icra eden kişiler bu işlevi mesleki olarak yapmaktadır ki bu profesyoneller işletme sahibi olmayıp para karşılığı bu süreçte yer alan kişilerdir. Başarı hedefe ne derecede ulaşıldığıyla alakalıdır. Yönetici yönetim süreci içinde işletme ve çalışanlar için amaçların gerçekleştirilmesi yönünde gerekli planlama, örgütleme, yöneltme ve koordinasyonu sağlamalıdır. Yöneticinin başarısı örgütün başarısıdır ve yöneticinin başarısı hedeflerin ne kadarının gerçekleştirildiği ile ölçülebilecektir.

Yönetimin işlevlerine dair ilk çalışmalar Henry Fayol'a dayanmaktadır. Örgütü bir bütün olarak değerlendirmiş ve en iyi olacak şekilde örgütsel yapı ve yönetim ilkeleri üzerine çalışmalar yapmıştır.³ Yönetim fonksiyonunun iyi bir

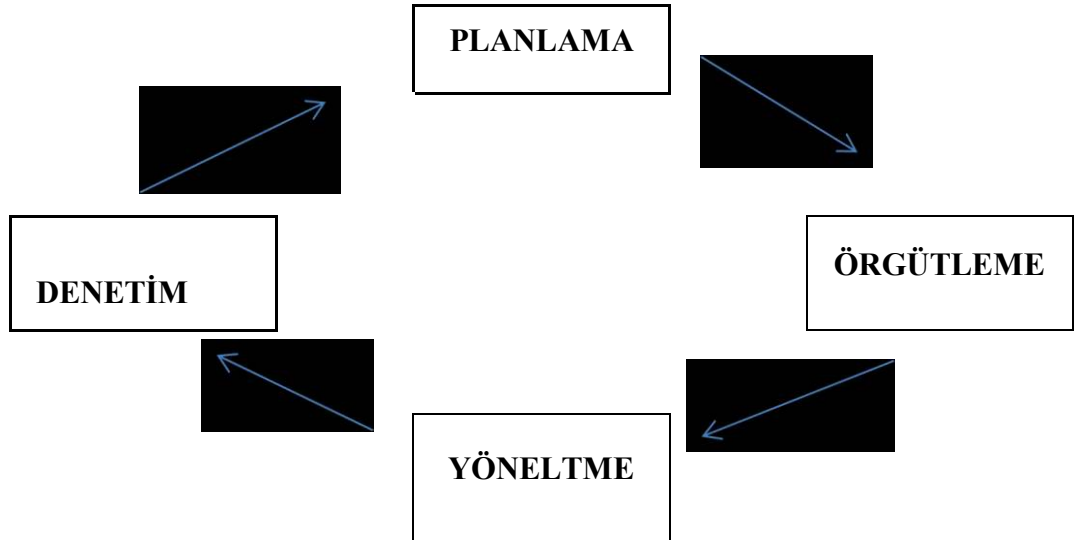
¹ O. Hayran, Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi, s. 1; <http://www.merih.net/m1/0mangmt.htm>, (02.04.2013)

² F. Ç. Kutun, Hastanelerde Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Etkinliğinin Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi, SABE, YYLT, İstanbul, 2011, s. 5

³ Tengilimoğlu - Işık - Akbolat, s. 37

biçimde uygulanabilmesi için bazı faaliyetlerin yapılması gerekir. Ardı sıra yapılması gereken bu faaliyetlere yönetimin fonksiyonları denir. Bir örgütte uygulamaya konulan bu fonksiyonlar başka bir örgüt içinde aynıdır, farklılık göstermez, evrenseldir.¹ Yönetim işlevleri, bir yöneticinin çalışanlar yardımıyla eldeki imkanları değerlendirerek amaçlara ulaşmak için yapılması gerekenlerin sınıflandırılması olarak ortaya çıkar. Bir sıralanış ve düzen içeren yönetim işlevlerinin tümü yönetim sürecini oluşturur. Yöneticiler bu sıra ve düzen içerisinde sorumlulukları yerine getirirler. Bu süreç Şekil 1.1’de gösterildiği biçimde, planlama, örgütleme, yöneltme ve denetimi içerir.²

Tablo 1.Yönetim Süreci



1.2. Yönetimde Planlama

Planlama, hayatın her alanında olduğu gibi yarınlar için amaçların belirlenmesi ve kurgulanma aşamasıdır. Hedeflerin ve bu hedefleri elde edebilmek için ihtiyaç duyulan faaliyetlerin tespit edilmesi sürecine denir.³ Planlama teknik bir

¹ Ak, s. 3-4

² Kavuncubaşı, s. 101-102

³ Tengilimoğlu – Işık - Akbolat, s. 41

işlevdir, şuan ki durumu ve gelecekte oluşabilecek durumları içerir. Neyi, hangi zamanda ve hangi şekilde yapacağımızı ele alır. Diğer yönetim işlevleri açısından önemi büyüktür, kısa vadeli ya da uzun vadeli olabilir.¹ Planlama birbirini takip eden işlevlerden meydana gelen bir işleyiş olarak da değerlendirilebilir. Bu işleyiş:

* Hedef belirleme

* Esas varsayımların tespiti

* Başka yöntemlerin tespiti ve kıyaslanması

* Uygun varsayımın belirlenmesi ve plan hazırlanmasıdır.²

Planlama organizasyon içinde yönetimin atması gereken ilk adımdır, yerine getirilmesi gereken ilk fonksiyondur. Bir bakıma amaçlar için yolların tespiti, bir tasarlama işidir.

1.3. Yönetimde Örgütlenme

Örgüt belirlenen bir hedefi gerçekleştirmek için, bilinçli bir biçimde bir araya gelmiş ve bir düzen çerçevesinde işleyen toplumsal bir bilimdir. Örgütlenme, sorumluluk, yetki ve rapor hazırlama işlevlerinin düzenlenmesi ve yapının oluşturulması anlamına gelmektedir. Örgütlenme sırasında yapılması gereken işlemleri ve imkanları dikkate alarak, iş bölümü ve görev dağılımı yapılır, amaçlara ulaşmak için işlerin ve işlevlerin ne şekilde yapılacağı, iletişim faktörlerinin ve bilgi paylaşımının nasıl sağlanacağı ile kontrollerin nasıl olacağı tespit edilir. Amaç; örgütün başarısı için gereken imkanları doğru ve etkin bir biçimde toplamak, kullanmak ve uygulamaktır. Etkin bir örgütlenmenin olmayışı, hedeflere ulaşmak bir yana karmaşaya sebep olur.³ Planlama sonrası çeşitli işlevlerin yerine getirilmesi söz konusu olur. Bu işlevlerin amaca ulaşabilmesi için örgütlenme mecburiyeti vardır. Örgütlenme süreci üç aşamada ele alınır:

¹ O. Hayran, s. 2; <http://www.merih.net/ml/0mangmt.htm>, (02.04.2013)

² Kutun, s. 7-8, İ. Mucuk, Modern İşletmecilik, İstanbul, 2005'den alıntı

³ Tengilimoğlu – Işık - Akbolat, s. 49

(i) Yapılması gereken faaliyetlerin tespiti ve gruplandırılması; Bu evre planlama aşamasında belirlenen yapılacak işlerin, en düşük maliyetle ve insan gücüyle yapılabilmesini sağlamak için bölümlere ayırmak, belirli sıralamalar yapmak, gruplara ayırmak, düzenlemek, işlere göre birimler oluşturmaktır. Yapılacak tüm faaliyetler, coğrafi konuma, ürünlerin cinslerine, işlevsel ölçütlere göre gruplandırılır.

(ii) Görev alacak personellerin tespiti ve tayin edilmesi; planlama ve faaliyetlere dair konuların belirlenmesinden sonra, faaliyetlerin gerektirdiği, deneyim, bilgi gibi vasıfların tespiti ile personel seçimidir. Görevlerin, sorumlulukların, yetkinin dağıtılmasıdır.

(iii) İş yerinin araç, gereç ve kullanılacak yöntemlerin tespiti; iş yerini kurmak için çevre koşullarının ve maddi durumların değerlendirilmesi, gerekli malzemelerin ve araç, gereçlerin temin edilmesi, ihtiyaç duyulan imkanların sağlanmasıdır.¹ İyi bir örgütlenme sonrası yöneltme işlevine geçilir.

1.4. Yönetimde Yönelme

Yönelme yani yürütme aslında yöneticinin belirlenen plan ve yapılan örgütlenme sonrasında yaptığı emir komuta mekanizmasıdır. Daha çok psikososyal bir işlevdir. Yönlendirme işlevleri arasında motivasyonun sağlanması, lider bir yaklaşım ile iletişim, çalışanların davranışlarını yönlendirebilecek diğer faaliyetlerdir. Çatışmaların çözümünde, rolün doğru paylaşılması, doğru çalışana doğru sorumlulukların verilmesi ve doğru bir biçimde yapılanmanın sağlanması ve bölümler arası kaynaştırma da önem taşımaktadır.²

¹ Ak, s. 17-18

² Hayran, s. 15-16; <http://www.merih.net/m1/wosmhay15.htm>, (02.04.2013)

Yöneltme, yöneticinin alt birimlerde çalışan kişilere sözel veya yazılı olarak verilen talimatlara göre yapmaları gerekenin ne olduğunu bildirilmesi ile başlar.¹ Yöneltme işlevi şu evrelerden oluşmaktadır:

- * Astların bilgi, beceri ve yeteneklerine göre yapabilecekleri görevlerin verilmesi,
- * Astlara verilen görevler sonrası devamlılığı sağlayabilmeleri için onlara ışık tutacak hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- * Görevlerin yerine getirilme aşamasında belli bir disiplinin sağlanması ve verimli bir çalışma ortaya koyan personelin ödüllendirilmesi,
- * Personel motivasyonunun sağlanmasıdır.²

Yöneltme aslında bir bütün olarak örgüte yön veren hareket noktasıdır. Domino taşlarının ilkidir. Bir bisikletin hareket etmesini sağlamak için ilk pedalın çevrilmesi işlevidir. Her işleyişin sonunda geri dönüşüme ihtiyaç vardır. Bunun içinde denetim gerekir.

1.5. Yönetimde Denetim

Denetim başından bu yana planladığımız hedeflere ulaşıp ulaşılmadığının bir kontrolüdür. Bu işlev sadece planlama süreciyle alakalı olmayıp, diğer evrelerde yapılması gerekenlerin başarılı bir biçimde yapılıp yapılmadığıyla alakalıdır. Denetim süreci diğer süreçlerin ne derece başarıldığını gösterir.³ Eğer planladığımız hedeflere ulaşmamızda bir aksaklık var ise sebeplerinin araştırılması ve gerekli tedbirlerin alınması aşamasıdır. Bu işleyiş daha çok teknik bir işlev olup, gözlem, değerlendirme ve yeni yaklaşımlar geliştirme, iş gücü ve üretimin artırılması

¹ Tengilimoğlu – Işık - Akbolat, s. 59

² Kutun, s. 8-9, İ. Mucuk, Modern İşletmecilik, İstanbul, 2005'den alıntı

³ Ateş, s. 34

konularını barındırır.¹ Denetleme aslında çıktının kontrolü, gerekli önlemlerin alınması, daha iyi ve daha çok çıktı nasıl elde edilir tekniklerinin tespiti sürecidir.

“Kontrol süreci dört aşamadan oluşur:

1-Başarı standartlarının belirlenmesi,

2-Gerçekleşen durumun ölçülmesi,

3-Standartlarla gerçekleşen durumun karşılaştırılması,

4-Düzeltilici tedbirlerin alınması”²

Denetim sürecinde yöneticiler bir takım birimlere ihtiyaç duyarlar. Bunlar iç denetim ve dış denetim birimleridir. İç denetim birimini kurum içi yönetim kademelerinde görevli kişiler oluşturur. Dış denetim birimini ise kurum dışında bağımsız olarak oluşturulmuş, profesyonel denetleme kurumlarından oluşur. İşletme içi yapılan planlama, yöneltme, örgütlenme sonrasında elde edilen tüm çıktıların denetimine bağlı olarak sonuçların kontrolü ve düzeltmeler yapılır. Sonrasında da, dikkat edilmesi gereken düzeltici ve önleyici faaliyetler belirlenir ve yeni döneme bunlar dikkate alınarak başlanması uygun olur.

2. YÖNETİMDE ROLLER

Yönetim kavramını yerine getirmesi gereken bir yöneticinin sahip olması gereken bazı özellikler vardır. Hiyerarşik olarak hangi konumda, hangi mevki de olursa olsun bütün yöneticilerin belli bir plan yapma, örgüt kurma, yöneltme ve kontrol işlevleri vardır. Ve bütün bu işlevleri yerine getirebilmesi için yeterli bilgi, beceri ve iletişim kabiliyeti gibi birçok meziyete sahip olmalıdır. Yöneticinin rolleri

¹ Hayran, s. 20-21

² Tengilimoğlu – Işık - Akbolat, s. 63

de, mutlaka yapılması gereken planlama, örgütleme, yürütme ve denetim işlevleri gibi işleri ifade eder.¹ Henry Mintzberg yönetsel rolleri üç ana grupta toplamıştır.

Tablo 2: Mintzberg'in Yönetim Rollerini Sınıflandırması

Başlıklar	Roller
Kişiler Arası	Temsilcilik Liderlik Birleştirici
Bilgiye Dayalı	Gözetleme Yayıncılık Sözcülük
Karar Temelli	Girişimcilik Problem Çözücü Kaynak Ayırımı Müzakereci

Kaynak: Ş. E. Şeker, MIS Sözlük, “Mintzberg'in 10 Yönetici Rolü”;

<http://mis.sadievrenseker.com/2014/09/mintzbergin-10-yonetici-rolu/>
(12.11.2014)

2.1. Kişiler Arası Roller

Yönetim kavramı anlatılırken insanların belirli amaçları gerçekleştirmek için sevk ve idare edebilmesi şeklinde bir tanımda yapabiliriz. Buradan yola çıkacak olursak insanları yönetmek için önce insanları tanımak gerekmektedir. Yönetimi işbirliğine dayanan bir süreç olarak değerlendirecek olursak, yöneticinin yapması gerekende tüm bireylerle işbirliğidir. Kişilerarası roller bağlantı kurma, başkanlık etme, etkileme rollerinin içerir.² Yönetimde en temel faktör insan faktörüdür. İnsan faktöründe de en önemli olan iknadır ve ikna motivasyondan geçer. Yani yönetici bir

¹ O. Gökçe, - A. Şahin, “Yönetimde Rol Kavramı ve Yönetsel Roller”, Selçuk Üniversitesi, İİBF, Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, s. 148-149; www.sead.selcuk.edu.tr (13.10.2014)

² Kavuncubaşı,- Yıdırım, s. 105

sanat olarak yönetimi icra ederken astlarıyla, kendi birimi dışındaki yönetici ve astlarla bağlantı kurmalı ve yeri gelince arabulucu olmalı, onları güdülemeli, etkilemeli, desteklemeli ve hatta bireysel gelişimlerini kolaylaştırmalıdır. Tüm bu ele aldığımız konular yöneticinin kişiler arası rolleridir. Yöneticinin hasta yakınları ile görüşmesi, kurumu dışarıda temsil etmesi başkanlık rolüne örnektir. Yöneticinin kuruma dair herhangi bir ihtiyacı farklı kuruluşlarla görüşerek karşılamaya çalışmasını bağlantı kurma rolüne örnek verilebilir. Astlarına gereken desteği vermesi de önderlik rolüne bir örnektir.

Tablo 3 : Kişiler arası Roller

Kategori	Rol	Faaliyet
Kişiler Arası (Interpersonal) Roller	Temsilcilik	Sembolik bir lider gibi davranılması, etkinliklere katılınması
	Liderlik	Astların yönlendirilmesi ve motive edilmesi, doğru kişilerin seçilmesi
	Birleştiricilik	Organizasyon içerisinde ve dışarısında bağlantıların kurulması ve devamı

Kaynak: Ş. E. Şeker, MIS Sözlük, “Mintzberg'in 10 Yönetici Rolü”;
<http://mis.sadievrenseker.com/2014/09/mintzbergin-10-yonetici-rolu/>, (12.11.2014)

2.2. Bilgisel Roller

İyi bir yönetici için bir konuda her şeyi bil ama birçok konudan da haberin olsun denilmektedir. İnsanın bilgisi arttıkça becerisi gelişir ve bilgi olmadan fikirde olmamaktadır. Bir yönetici astlarından daha çok bilgi toplama imkanlarına sahiptir. Gerek kendi biriminde çalışanlarla görüşerek gerekse farklı birim çalışanlarıyla ilişkiler kurarak bilgi edinmeli ve bu bilgileri değerlendirerek fikir sahibi olmalıdır.

Yönetici bilgi edindikten sonra o bilgiyi astlarına anlatmalı, astlarını gerekli bilgiyle donatmalıdır. Ayrıca yönetici kendi kurumuna ait bilgi, performans, politika gibi değerleri diğer kurum ve kuruluşlara anlatabilmelidir. Yani bilgi toplama, bilgilendirme ve sözcü rollerine sahip bir yönetici olmalıdır.¹ Ayrıca yöneticinin yatay ve derin bilgilere sahip olması da gerekir.

Tablo 4. Bilgisel Roller

Kategori	Rol	Faaliyet
Bilgiye Dayalı (Informational)	Gözetleme	İş ile ilgili bilgiyi gözetler ve alır
	Yayımcı	Organizasyon içerisindeki diğer kişilerle iletişim kurulması ve gerekli bilgilerin iletilmesi
	Sözcülük	Dış dünya ile iletişim kurulması

Kaynak: Ş. E. Şeker, MIS Sözlük, “Mintzberg’in 10 Yönetici Rolü”;

<http://mis.sadievrenseker.com/2014/09/mintzbergin-10-yonetici-rolu/>, (12.11.2014)

2.3. Kararsal Roller

Toplumumuzda en kötü karar bile kararsızlıktan iyidir diye bir terim vardır. Yöneticileri de diğer çalışanlarda ayıran özellik karar verebilme yeteneğidir. Yani temel yetkinlik karar verebilme yetkinliğidir. Yönetimin işlevlerinden yola çıkacak olursak planlama, örgütlenme, yöneltme ve denetim başlı başına bir karar mekanizması gerektirir. Yönetici icra ettiği yönetim sanatı içinde topladığı bilgi, beceri ve önünü görebilme yetisiyle karar verebilmeli ve uygulamaya koyabilmelidir. Yöneticilerin girişimci rolü, bozucu öğeleri giderme rolü, kaynak dağıtıcılığı rolü ve

¹ Kavuncabaşı - Yıldırım, s. 106

uzlaştırmacılık rolü kararsal roller içinde yer alır.¹ Yönetici hem doğru sembolleri kullanmalı, hem de içeriği dolu olmalıdır.

Tablo 5. Kararsal Roller

Kategori	Rol	Faaliyet
Kararsal Roller	Problem Çözücü	Anlaşmazlıklarla uğraşır ve düzeltici eylemlerde bulunur
	Kaynak ayırımı	Kaynakların hangi yönde kullanılacağına karar verir
	Uzlaştırmacı	İşin müdafası
	Girişimci	Yeni fikirleri çıkarır ve gelişimi yönlendirir

Kaynak: Ş. E. Şeker, MIS Sözlük, “Mintzberg'in 10 Yönetici Rolü”;
<http://mis.sadievrenseker.com/2014/09/mintzbergin-10-yonetici-rolu/>, (12.11.2014)

2.4. Yönetimsel Düzeyler ve Beceriler

Bir kurumda yönetim işlevini yöneticiler yerine getirmektedir. Fakat yöneticilerin üslendiği görevler ve konumları farklılık gösterebilmektedir. Mesela bir hastanede başhekimden başlayarak hastane müdürü, bölüm sorumluları, servis sorumluları gibi bir dilişi ele alacak olursak bölüm sorumluların başhekime karşı sorumlulukları bir dikey sorumluluk, diğer bölüm sorumlularına karşı ise bir yatay sorumluluk söz konusudur. Bu dikey sorumlulukta yönetimsel bir hiyerarşi söz konusudur. Yatay sorumlulukta ise yaptıkları iş ve uzmanlık alanlarına göre bir sınıflama söz konusudur.² Hangi dalın uzmanı olursa olsun başhekime karşı bir hiyerarşik sorumluluk vardır fakat bir biyokimya uzmanının sorumlu olduğu bölüme dair sorumluluğu, bir çocuk uzmanının bölümüne dair sorumluluğuna dair olan bölüme göre yatay bir ilişki içindedir. Bunun yanında yatay sorumlulukta işlevsel ve

¹ Kavuncubaşı - Yıldırım, s. 106

² Kavuncubaşı - Yıldırım, s. 108-109

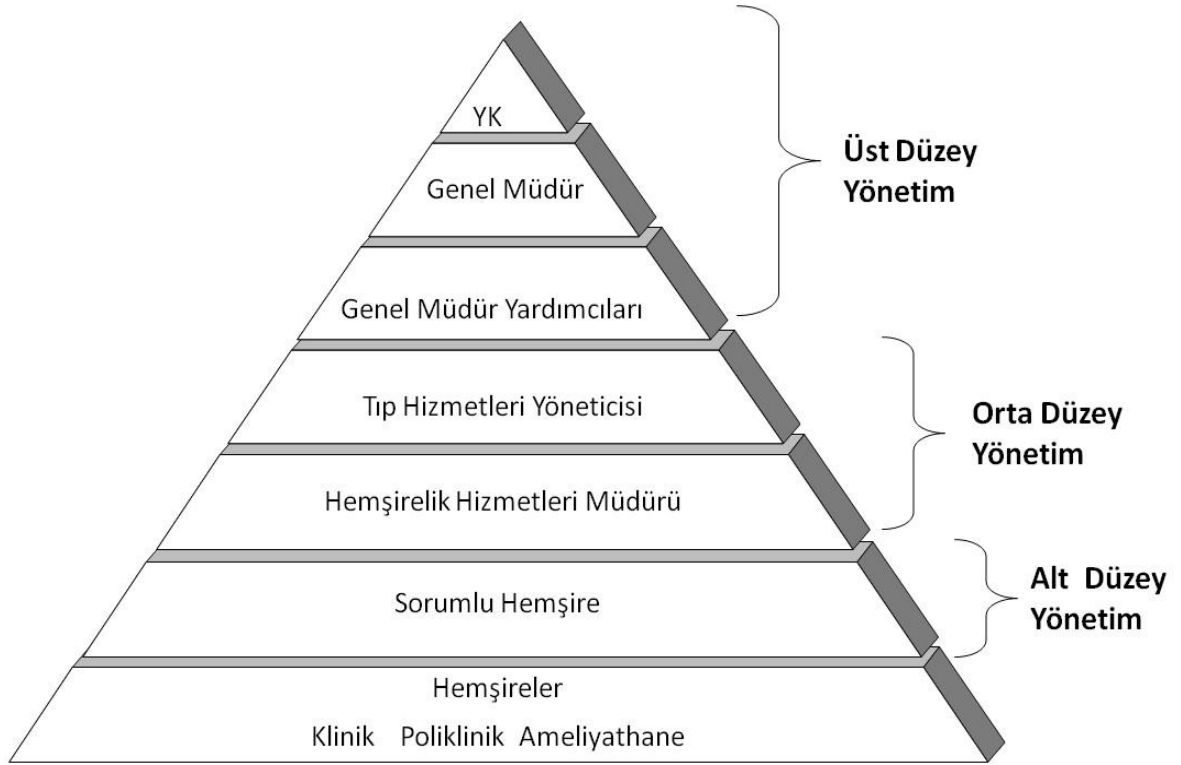
genel yöneticiler vardır. İşlevsel yöneticiler (servis sorumlu hekimi) uzmanlaştıkları alandan sorumlu ve kendi branşın da görev yapan insanlarla çalışan yöneticilerdir. Genel yöneticiler ise farklı işler yapan birden çok alan yöneten kişilerdir.

2.4.1. Yönetmel Düzeyler

Yönetmel düzeyleri üst, orta, alt olarak üç bölümde ele alırız. Üst düzey yönetim işletmenin tümünden sorumlu olan tüm yetkilere sahip yönetim düzeyidir. Günümüzden örnek verecek olursak hastane genel sekreteri, başhekim gibi. Orta düzey yönetim bir alt düzeyde ele alınan faaliyetleri inceleyen, yönlendiren, üst düzey yöneticilerin belirlediğı hedefleri, planları uygulayan, astlarla iletişimi sağlayan, yönlendiren, denetleyen seviyedir. Örnek verecek olursak, hemşirelik hizmetleri müdürü, hastane müdür gibi. Alt düzey yönetim ise işi yapan kişilerle birebir çalışan, gözetimini üstlenen yöneticilerdir.¹ Mesela, servis sorumlu hemşiresi bu durma bir örnektir. Ama unutulmaması gereken bir bütünlük vardır. Hedeflere ulaşmak, kurum başarısını sağlamak için üst, orta, alt yönetim bir uyum içinde çalışmalıdır.

¹ Kavuncubaşı - Yıldırım, s. 108-109

Tablo 6. Yönetsel Düzeyler



Kaynak: Ş. Kavuncubaşı - S.Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s. 108

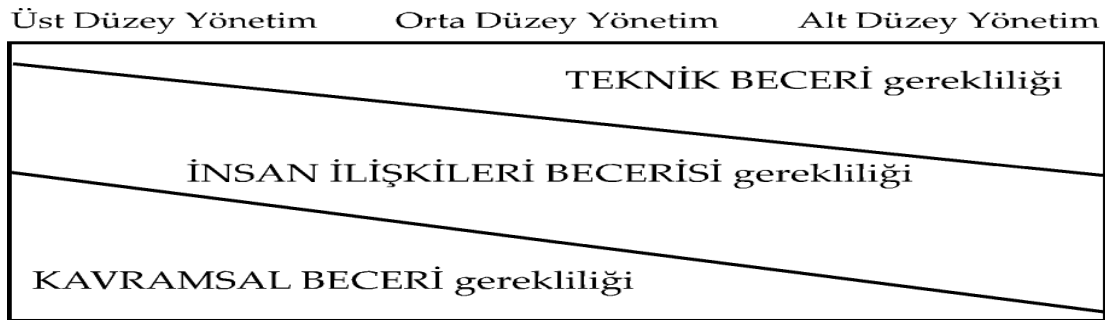
2.4.2. Yönetisel Beceriler

Yöneticilerin sahip olması gereken bazı beceriler vardır. 1955 yılında Robert L. Katz yöneticilerin taşıması gereken özellikleri üç ana grupta toplamıştır. Bunlar; teknik beceriler, insan ilişkisi becerisi ve kavramsal becerilerdir.¹ Teknik beceri işin içinde olan insanlarla çalışan yöneticilerde olması gereken bir beceridir. Çünkü bu yöneticiler işi yapan insanlara nezaret eden alt yöneticilerdir ve işin yapılışını bilmeleri gerekir. İnsan ilişkileri becerisi ise tüm yönetim kademelerinde olması gereken bir beceridir. Yönetim insanı tanımakla başlar, dediğimiz gibi iletişim insana

¹ T. Asunakutlu, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Yayınlanmamış Ders Notları, Beykent Üniversitesi (BEÜ), SBE, İstanbul, 2012

özgüdür, iletişim kuramayan bir yönetici söz konusu olamaz. Ki sağlık kurumlarında yönetici değişik meslek gruplarında uzmanlaşmış, çalışanlarla karşı karşıya kalmaktadır ve iletişimin önemi bir o kadar artmaktadır. Kavramsal beceri bir bütünü düşünebilmektir. Tüm yönetsel becerilerde dahil olmak üzere tüm yönetsel rolleri birleştirebilmek, tüm kurumsal faaliyetleri bütünleştirebilme ve eş güdümlenebilmelidir.¹ Özellikle üst düzey yöneticiler bu beceriye sahip olmalıdır.

Tablo 7. Yönetsel Beceriler



Kaynak: G. Açıkdilli - E. Kırkbeşoğlu, Yönetim ve Örgüt;

http://www.baskent.edu.tr/~erdemk/YBS112_Hafta9.pdf , (09.10.2014)

2.5. Yakın Zamanda Önem Kazanan Roller

Yöneticilerde olması gereken özelliklerde, zaman içinde eksiklikler ortaya çıkabilmekte ve daha farklı roller söz konusu olabilmektedir. 2000’lerde özellikle üç rolün sağlık kurumlarındaki yöneticilerde öneminin arttığı gözlenmektedir. İlişki halinde olan bu roller; stratejist rolü, tasarımcı rolü, önderlik rolüdür.² Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler gibi yöneticinin rolleri de değişim göstermektedir.

¹ G. Açıkdilli - E. Kırkbeşoğlu, Yönetim ve Örgüt, s. 2;

http://www.baskent.edu.tr/~erdemk/YBS112_Hafta9.pdf , (09.10.2014)

² Kavuncubaşı - Yıldırım, s. 110, Zuckermann, H.S., Dowling, W.L. (1997). “The Managerial Role” içinde Shortell, S.M., Kaluzny, A.S. (Ed) Essentials of Health Care Management. Albany, Delmar Publisher, s. 34-58’den alıntı.

2.5.1. Stratejist Rolü

Değişen dünya gibi eldeki imkanlar ve beklentiler değişme göstermektedir. Bu değişime eşlik edecek bir yaklaşım, bir sanatı icra etmek, daha doğrusu, savaşı kazanmanın kaçınılmazını, strateji geliştirmek olarak ele alabiliriz. Yönetimin stratejist rolü aslında kurumu dışarıya karşı korumak, bir o kadar da dışarıdaki tüm imkanları kullanmaktır. Yani kurumun hem bu gününü kontrol edebilmek hem de geleceğini kontrol edebilmektir. Gelişen çevre koşullarına uyum sağlamak ve oluşabilecek tehditlere karşı önlemler almak için stratejiler geliştirmek ve bunları örgüt çalışmalarında uygulamak gerekir. Özellikle sağlık kurumlarında bu planlama ekiplerince yapılmaktaydı ve geliştirilen stratejiler örgütü tam olarak yansıtamamakta ve çalışma şartlarıyla uyum sağlamadığı görülmektedir. Geçen zaman içinde yöneticiler bir anlamda felsefe ve yönetim biçimi olan strateji geliştirme çalışmalarına aktif bir biçimde katılmaktadır.¹ Yönetici artık stratejik planların içinde yer almakta ve etkin bir rol almaktadır.

2.5.2. Tasarımcı Rolü

Sağlık kurumları verdiği hizmet gereği çevresel değişimlere kolay ayak uyduramayabilmektedir. Oysaki tasarımcı rol kurumun iç ve dış değişiklere, beklentilere uyum sağlayabilmesidir. Değişen çevre koşullarına daha çabuk adapte olan, değişimleri yaşama geçirebilen daha esnek organizasyon yapılarına ihtiyaç duyulan günümüzde tasarımcı rolü bunu gerçekleştirir. En önemli konu ise bilgiye dayalı bir sistemdir ve elde edilen bilgilerin doğru yerlerde ve doğru zamanlarda doğru uygulanması gerekmektedir.² Sağlık kurumlarının değişen çevreye uyum sağlaması için gerekli önemli bir roldür.

¹ Kavuncubaşı - Yıldırım, s. 110-111

², Sağlık Kurumları İşletmeciliği, s. 54; https://books.google.com.tr/books?id=wQQf_c8i-PcC&pg=PA53&lpg=PA53&dq=stratejist+rol%C3%BC&source=bl&ots=koLh-Pyilz&sig=kQW6_XosbgrxKBj1nY7IqK7WsY8&hl=tr&sa=X&ei=lZyyVOuYH8mBUcelgIgJ&ved=0CB4Q6AEwAQ#v=onepage&q=stratejist%20rol%C3%BC&f=false, (11.11.2014)

2.5.3. Önderlik Rolü

Çalışanların işe yerleştirilmesiyle başlayan, eğitim, yönlendirme gibi işlevlerin ortaya konulduğu yönetim rolüdür. Örgütün verimliliğini arttıracak tüm çalışmaları kapsar. Yönetimde, mevkilerin sağladığı yetki ile başarılamayacak işler önderlik yetenekleri ile yapılabilir.¹ Farklı uzmanlık alanlarından oluşan bir sistem olarak sağlık kurumlarında da yönetici tüm kurum personelini etkileyerek, belirlenen hedefler doğrultusunda harekete geçmeyi sağlamalıdır. Dünü, bugünü, yarını önemseyerek personeli motive etmelidir. Öğrenmeye, değişime, eleştiriye açık, hem bilgi aktarımı gerçekleştirmeli hem de önerilere açık olmalıdır. Gerçek bir yöneticinin duyguları da yönetebilmesi gerekmektedir. Önderlikte doğuştan getirilen bazı özelliklerin olması gerekir.

3. SAĞLIK KURUMLARININ ÖZELLİKLERİ

Sağlık kurumlarını işleyiş yapısı ile diğer hizmet işletmelerinden farklılaştıran, yönetimini ve işletmeciliğini ayıran bazı özellikler vardır. Sağlık kurumlarında üretim stoklanamaz, müşteri isteğine göre değil, gereksinimine göre verilen bir hizmet söz konusu ise önce bu özellikleri kavramak önemlidir ve sağlık kurumlarında her müşteriye verilen hizmet değişim gösterir.

Yapılan bazı araştırmalara göre sağlık hizmeti sunan kurumlarda, toplam maliyetin % 60-70 gibi bir kısmının insan gücüne yönelik harcamalar olduğu ortaya çıkmıştır. Yapım işletmeleri daha çok sermaye ve teknoloji kullanmaktadır.² Bu durumun iyi analiz edilebilmesi için sağlık kurumlarının yapısal özelliklerini, işleyiş yapısını, çıktısını iyi anlamak gerekmektedir.

3.1. Yapısal Özellikler

Sağlık kurumlarında, kurumu oluşturan yani hizmeti veren kişiler açısından değerlendirildiğinde farklı bir yapısal oluşum göze çarpmaktadır. Kurum bünyesinde

¹ Ş. E. Şeker, MIS Sözlük, "Mintzberg'in 10 Yönetici Rolü", <http://mis.sadievrenseker.com/2014/09/mintzbergin-10-yonetici-rolu/> (12.11.2014)

² Kavuncubaşı - Yıldırım, s. 128

hizmet veren bireylerin aldıkları eğitimden başlayarak sahip oldukları bilgi, beceri ve yetenekleri ile yaptıkları işe olan yaklaşımları gibi birçok açıdan taşıdıkları farklılıklara göre de farklı yapısal özellikler vardır.

3.1.1. Uzmanlaşma Seviyesi

Sağlık kurumlarında ele alınan toplumun varlığıdır ve bu konuda eğitim başta olmak üzere tüm imkanlar daha çok bilgi konusundan yola çıkarak teknolojik gelişmelere kadar gitmektedir. Her geçen gün artan teknoloji ve araştırmalarla kendini göstermekte ve bu işi yapan kişilerin uzmanlaşması söz konusu olmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde bölüm bazında hizmet üretimi söz konusu olduğu için teknoloji kullanımının yoğunluğu uzmanlaşma alanlarının çoğalmasına neden olur.¹ Kuruma alınan her yeni malzemenin kullanımı için yetişmiş, konusunda profesyonel çalışanlara ihtiyaç vardır.

3.1.2. İşlevsel Bağlılık

İşlevsel bağlılık, bir bölümün ya da kişinin bir işi, faaliyeti yapabilmesi için diğer bir bölüme ya da kişiye ihtiyaç duymasıdır. Birimler arası meydana gelen bir hizmet alışverişi, bir tamamlama işlevidir. “İşlevsel bağımlılığı James S Thomson (1967) kullanılan teknoloji bakımından bölümler arası karşılıklı bütünüleyici bağımsızlık (reciprocal interdependence) adlandırmaktadır.”²

Bir ev aleti aldığımızda, eve gelen servis o alete ait eğitime, bakımına ve tamirine kadar her şeyi yapabilmektedir. Fakat bir sağlık kurumuna başvurduğumuzda muayene eden doktor, tahlil, EKG*, röntgen istemekte ve bir hasta için birçok bölüm hizmet vermektedir yani birimler arası bir işlevsel bağlılık söz konusudur. Bu noktada sağlık kurumları işletmesinde görev yapan yöneticiler, birimler arası koordinasyonu ve uyumu sağlamalı ve personeli ortak amaçlar konusunda yönlendirmelidir.

¹ Ateş, s. 5

² Kavuncubaşı - Yıldırım. s. 129

3.1.3. Profesyonellik

Profesyonellik yani meslekleşme kurum içinde çalışan personelin eğitim düzeyini gösterir. Sağlık kurumlarında çalışan tüm personel eğitim almış, meslekleşmiş kişilerdir. Meslekleşmiş kişiler aldıkları eğitimler doğrultusunda etik kurallar içinde kalarak mesleki hedeflere odaklanırlar. Nasıl bir hekim için öncelikli hedef hastaya uygulanacak tedavinin başarısı öncelik teşkil ediyorsa, kurum hedefleri de sonra gelir. Fakat kurum yöneticisinin esas amacı da örgütsel performansın yükseltilmesidir. Bu durumda yönetimin yapması gereken profesyonel kişilere gerekli imkanları sağlamak ve hasta memnuniyeti ve kurum hedeflerini dengeleyebilmektir. Sağlık kuruluşlarının profesyonel ve çağdaş yönetim metotlarına uygun bir şekilde yönetilmeleri gerekliliği ortaya çıkmaktadır aksi takdirde profesyoneller ve yönetim arasında çatışmalar ortaya çıkar.¹ Sağlığın her alanında hizmet veren sağlık emekçileri yaptıkları işte profesyoneldirler.

3.1.4. Denetim Mekanizması

Denetim beklentilerin geri bildirimidir diyebiliriz, sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin başında bir profesyonel olarak hekimler karşımıza çıkmaktadır. Hekimler hizmetlerin büyük kısmının boyutunu ve maliyeti tayin etmektedir fakat hekimler üzerinde yönetime ve kuruma dair bir denetleme işlevi oluşturulamamıştır. Mesela laboratuvar teknisyenin, hekim istemeden kan tahlili yapması mümkün olmamaktadır. Yıllardır başhekimden başlayarak alt kademelere kadar hekimlerden kurulu hiyerarşik yapıda aynı kategoride görev yapmakta olan hekimleri yönetsel pozisyonlarda görev alan hekimler ne kadar denetleyebilir.

¹ T. Asunakutlu, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”; <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>, (22.10.2014)

* EKG: Elektrokardiyografi, kalbin elektriksel aktivitesinin özel kâğıtlara yazdırılma işlemi, halk dilinde kalp grafisidir.

3.1.5. İkili Otorite

Sağlık kurumlarında alışıla gelen bir başhekimlik, bir hastane müdürlüğü ve bir başhemşirelik kavramı söz konusu olurken işleyiş biraz daha zorlaşmaktadır. Profesyonel ve her şeye karar verebilen bir grup yani tıbbi otorite karşısında yönetsel otorite vardır. Profesyonellerin mesleki bilgi birikimi ve tecrübelerinden kaynaklı otoriteleri ile resmi yönetsel otorite arasında çoğu zaman uyumsuzluk, bir karmaşa ortaya çıkmaktadır.

3.2. Süreç Açısından Özellikler

Sağlık hizmetlerinde süreç incelendiğinde karmaşık ve değişkenlik, acillik ve ertelenmezlik, toleranssızlık özelliklerinin iyi anlaşılması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri yapısal karmaşıklık içinde bugün verilmesi gereken yani aciliyetin söz konusu olduğu, ikamesiz hizmetlerdir.

3.2.1. Karmaşıklık ve Değişkenlik

Bir sağlık kurumunun işlevleri, hizmet alımı için başvuran hastayı kabul sonrası, muayene etmek, tıbbi tetkik istemek ve teşhis koyup tedavi sürecini başlatmaktır. Bu durum karmaşık işlevleri yerine getiren kurumda, birden çok amacın olmasına, örgüt içinde birimlerin, işlerin, yönetsel kademelerin, uzman personellerin de artmasına neden olur. Bir aile sağlığı merkezi konumuna göre muayene, teşhis, tedavi hizmeti vermektedir ama bir devlet hastanesi kadar karmaşık bir yapıya sahip değildir. Bunun nedeni ise devlet hastanesinin muayene, teşhis, tedavi işlevleri dışında tetkik ve uzman hekimlerle oluşan kadrosuyla yataklı tedavi hizmeti de veriyor olmasıdır. Verilen hizmetteki artış yatay ve dikey karmaşıklığı ortaya çıkarır. Yatay karmaşıklık kurumun verdiği hizmet sayısı ve bu hizmetlerin sunumu amacıyla oluşturulan birim sayısı ile oluşan karmaşıklığıdır. Dikey karmaşıklık ise kurum içi yönetim seviyelerinde ortaya çıkan atışa bağlı görülen karmaşıklığıdır. Sağlık bütünlüğü bozulmuş bireylerin yaşı, cinsiyeti, ırk ve genetik yapıları ile sahip oldukları hastalığın boyutu uygulanacak tedavinin kişiye göre

farklılık göstermesine neden olur.¹ Sağlık hizmetleri diğer hizmet sektörlerine göre daha değişken daha karmaşık birçok işlevi yerine getirmektedir.

3.2.2. Acillik ve Ertelenemezlik

Sağlık kurumları hizmet özelliklerinde belirtildiği gibi ihtiyacı olan her kişiye, bekletmeden hizmet verirler. Bireylerin ne zaman ve ne şekilde sağlık hizmetine ihtiyaçları olacağı belli olmadığı için yirmi dört saat aralıksız hizmet verirler. Kuruma başvuran bir kişi yasal açıdan hangi konumda olursa olsun muayene ve tedavi edilme hakkına sahiptir.

3.2.3. Toleranssızlık Özellikleri

Sağlık hizmetlerinde müsamaha yoktur. Sağlık hizmeti sunan profesyonellerin aldıkları karar ve faaliyetleri hasta bireyin hayatına devam edebilmesi için çok önemlidir. Sağlık hizmetlerinde tedaviye vakit kaybetmeden başlamak gerekir. Konu olan bir insanın hayatıdır ve bu hayatın geri dönüşü yoktur. Bir otomotiv şirketi ürettiği arabanın vites kolunda arıza çıktı diye satışını yaptığı tüm araçları geri çağırabilir ve değişiklik sonrası, normal üretimine devam eder. Fakat sağlık kurumlarında verilen hizmet farklıdır, verilen kararın geri alınması mümkün değildir.

3.3. Çıktı Özellikleri

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda sonucu diğer üretim sektörlerinde olduğu gibi kısa sürede görmek ve ölçmek mümkün olamaz, girdi ve çıktı insandır. Dünyaya gözlerini açan insanlar herhangi bir sebepten sağlık kurumlarına ihtiyaç duymaktadırlar. Sağlık hizmeti sunan kurumlar da esas olan tek şey insandır. Diğer hizmet kurumlarında olduğu gibi çıktıyı ölçmek mümkün değildir. Çıktı soyuttur. Sağlık kurumunda herkesin aldığı hizmet ve hizmet sonrası memnuniyeti farklıdır. Kamu hastaneler birliği hastanelerinde uygulamada olan aylık düzenlenen hasta

¹ Kavuncubaşı - Yıldırım, s. 131

memnuniyeti anketleri memnuniyetle ilgili fikir verse de hizmet alan her birey ve yakınına uygulanma şansı olmadığı için kesinlik ifade edememektedir.¹ Aynı zaman da hastalanan bireylerin ve yakınlarının olaylara psikolojik açıdan bakış açıları da göze alındığında memnuniyet hisleri farklılık gösterebilir.

¹ Kavuncubaşı - Yıldırım, s. 132

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTANELERİN TANIMI, İŞLEVLERİ, SINIFLANDIRILMASI, TARİHİ GELİŞİMİ

1.HASTANELERİN TANIMI

Eskiden beri bilindiği gibi, hastaneler her şeyin başladığı ve bittiği yerdir. Hastaneler ilk başlarda kimsesiz insanlara bakmak için kurulmuş, genelde dini kuruluş ya da hayır kurumu bünyesinde oluşmuş birimlerdir. O dönemlerde hayırsever bireyler buralarda çalışmış ve tıp mesleğinden olan kişiler bu toplama merkezlerinde pek söz sahibi olamamıştır. Tıbbi alanlarda meydana gelen gelişmelere paralel bir şekilde, hastalara tıbbi ve cerrahi bakım hizmetlerini verebilmek için hastane adı altındaki bu kurumlarda tıp mesleğine mensup personelin öneminde artış olmuş ve hastanelerin yönetimleri de doktorlar tarafından yürütülmeye başlamıştır.¹

“Dünya Sağlık Örgütü hastaneleri müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastanın uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar olarak tanımlamaktadır.”² Bazı yazarlara göre hastane sağlık hizmeti veren kurumlar içinde merkezi oluşturur fakat aynı zamanda da meslek olarak bir toplumsal güç göstergesidir.³ Hastanelerin tanı tedavi ve hasta bakımına yönelik işlevlerinin yanında dinamik değişken bir ortamda ortaya çıkan etkileri farklılaştırarak sonuçların birçoğunu tekrar ortama geri dönüş biçiminde iade eden bir sisteme sahiptir. Hastaneler, yataklı tedavi hizmeti verme, tanı koyma, tedavi uygulamanın yanı sıra teknik birçok faaliyeti bütünleştirmiş

¹ Ç. Kılınç, Sağlık Sektöründe Faaliyette Bulunan Hastane İşletmelerinde, Müşteri İlişkileri ve Yönetim Üzerine Teorik ve Uygulamalı Bir Çalışma, Selçuk Üniversitesi, SBE., YYLT, Konya, 2005, s. 51

² H. Seçim, Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, ‘Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi’, İstanbul, 1991, s. 5, WHO, European symposium On The estimation of Hospital Bed Requirements (Copenhagen: WHO, 22-26 Kasım 1965), s. 2’den alan Mahmut Gecikligün, Hastanelerde Maliyet Hesapları ve Maliyet Analizleri, Yayımlanmamış Doktora Tezi (YDT), (İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, 1977) s.4-5’den alındı.

³ Turner, s. 181

hizmet kurumudur.¹ Bu hastaneler, birden çok profesyonelin hizmet verdiği bir organizasyon, topluma hizmet eden sosyal bir kurum ve çoğunluğu kamusal nitelikte olan örgütlerdir.² Sistem yaklaşımına göre hastaneler, hareketli ve değişime açık bir çevrede, alınan girdilerin belli aşamalardan geçirildikten sonra, sonuçların büyük bir bölümünü tekrar aynı çevreye sunan bir geri bildirim işleyişine sahip kurumlardır.³ Hastanelerin girdileri arasında çalışan personel, ilaç ve sarf malzeme, teknik olanaklar, mesleki bilgi, hastane sermayesi ve hastalanmış bireyleri sayabiliriz. Hastanelerin çıktıları ise sağlık bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylerin tedavisi ve esenlendirilmesidir. Ayrıca talebelere servislerde verilen eğitimler, çalışan personellerin günümüz gelişmelerini takip edebilmesi için verilen hizmete dair eğitimler, araştırma geliştirme amaçlı yapılan çalışmalar, toplumsal olarak sağlık düzeyinin daha iyi konumlara getirilmesi için yapılan işlevlerdir. Dönüşüm aşamaları ise, plan yapmak, iyi bir uygulama için örgütü oluşturmak, hizmeti verecek personel kadrosunu ve bölümleri oluşturmak, bölümler arası iletişimi ve uyumu sağlamak ve denetim yapmak, düzeltici, önleyici faaliyetlerde bulunmaktır.⁴

Hastaneler büyük bir dış çevre ve farklı sistemler ile sürekli etkileşim içindedir. İçinde bulunduğu bu etkileşim ve ilişkilerin bazılarını aşağıdaki gibi sıralanır:

(i) Hasta ve Hastane Arasındaki İlişkiler; Esas amacı hastalanmış bireylere hizmet sunmak olan hastaneler, bu hizmet sunumunda hasta bireylerin olduğu kadar, yakınlarının davranış ve tutumları, eğitim durumları, bilinç düzeyleri, sağlığa dair edinilen huylar, içinde bulunulan toplumun tutumu, sosyal güvenlik sisteminin işleyişi, kişilerin maddi imkanlarının baskısı altındadır.

¹ Ak, s. 69, Costergent, G. "Cout du Service Public en Millieu Hospitaliere", La Reveu Hospitaliere de France, 1996' dan alıntı

² Ak, s. 69; H. Can- M. Tecer, İşletme Yönetimi, Ankara, 1978'den alıntı

³ Tengilimoğlu – Işık - Akbolat, s. 173

⁴ Seçim, s. 6, ODTÜ, SİBAREN ve İYSE, s. 2-5; Jonathon S. RAKICH, Beaufort B. LONGEST ve Thomas R. O'DONOVAN, Managing Health Care Organizations (Philadelphia: W.B., Saunders Company, 1977), s. 21-25'e atfen.

(ii) Dış Çevre; Hastaneler için, hizmet verdikleri hasta ve yakınları ile olan etkileşim kadar içinde bulunduğu toplumun yapısı da önemlidir. Toplumsal yapılar hastaların davranışlarını yön verdiği gibi hastane yapısını da etkiler. Devletin sağlık politikaları, sosyal güvenlik sistemi gibi etmenler hem bireylerin sağlıkla ilgili taleplerini hem de hastane sistemlerini etkiler ve sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliği de etkilenir.

(iii) Hastane Üst Sistem İlişkileri; Hükümet politikaları, toplumun maddi ve manevi gelişmişlik seviyesi, yasalarda yer alan kanun ve düzenlemeler, yönetim yapısı gibi etmenlerin yanında DSÖ gibi uluslararası boyutlardaki örgütlerde verilen kararlar hastane sistemlerini etkiler.¹ İnsanların bilgi için harcadıkları çaba ve ortaya çıkan bilgi birikimleri, belli başlı dinsel kalıpları aşmasına neden olarak bugünkü hastanelerin, tıbbi yaklaşımların ve tıp ilkelerinin oluşumu başlamıştır.²

Hastanelerin modern bir sağlık kurumu haline dönüşmesini sağlayan etmenler şu şekilde sıralanabilir:

- * Tıbbi teknolojinin ilerlemesi,
- * Hemşireliğin bir meslek haline gelmesi,
- * Tıp alanında verilen eğitimlerin gelişmesi,
- * Tıp bilimindeki gelişmeler,
- * Sağlık sigortalarında yaşanan gelişmeler,
- * Hükümetlerin hastaneler üzerine etkisi.³

¹ M. Menderes - K. Ersoy, “Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi”, Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar), (Der. H. Seçim), Eskişehir, 1995, s. 57-63

² Kavuncubaşı - Yıldırım, s. 123

³ Kavuncubaşı - Yıldırım, s.123, Dovling, W.L. (1984). “The Hospital” içinde Torrens, W.S., Torrens, P.R. (Ed) Introduction to Health Services. New York: John Wiley and sons., s. 177-215’e atfen.

Hastaneler tüm hizmet sektörleri içinde çok farklı, karmaşık ve özel bir konuma sahiptir. Kar amacı gütsün ya da gütmesin, en yeni donanımlara sahip olan kadar, en gelişmemiş olan bile sektörler arası kıyaslamada çok önemli bir yerde durur ve toplumun tüm kesimlerine hitap ederler. Bireyler hangi meslekten, hangi mevkiden, hangi kültürden, hangi din, dil, ırk mensubu olursa olsun, ister zengin ister fakir her zaman için yaşanabilecek bir ihtiyaç, hastalık halinde hiç şüphesiz bu sektöre başvurmak zorundadır. Sosyolojiye çoğu zaman hasta hekim arası ilişki konu olmuştur ve bu gözlemlenemeyen bir ilişkidir. Hasta hastane arası ilişki de pek dikkat edilmeyen, üzerinde durulmayan, küçük ama bir o kadar da çoktur. Yani hastaneler hastalar açısından sosyolojik bir önemde sahiptir.¹ Hastaneler sağlık hizmeti sunan kurumlar içinde en büyük yere sahiptir.

2.HASTANELERİN İŞLEVLERİ

Hastanelerin hedeflerine ve var olma sebeplerine göre değişim göstermekle beraber, işlevleri tedavi edici, koruyucu ve geliştirici, eğitim ve araştırma olarak dört ana grupta ele alınır.² Hastaneler tedavi, koruyucu eğitim gibi işlevleri yerine getiren karmaşık yapılardır.

2.1. Tedavi Edici İşlevi

Tedavi amaçlı verilen hizmetler hasta olan bireylerin, tedavilerinin yapılması, daha önce var olan sağlıklarına kavuşmalarını sağlamaya yönelik yapılan hizmetler bütünüdür. Bu hizmetler başta doktor olmak üzere mesleğinde eğitim almış tam donanımlı diğer sağlık çalışanları tarafından verilir.³ Sağlık hizmetlerini sunan personelde tam bir profesyonellik mevcuttur. Hastalara yönelik tedavi amaçlı yapılan tüm uygulamalara, polikliniklerde ve acil serviste verilen muayene hizmetleri, ayakta ya da yatırılarak tedavi alan hastalara yapılan küçük büyük tüm müdahaleler de

¹ Cirhinlioğlu, s. 80

² Seçim, s. 9-19

³ A. Kısa, Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, 2002, s. 31

içinde olmak üzere, bu hizmetlerde ihtiyaç duyulan medikal malzeme ve ilaçlar da dahildir.¹

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastanelerin en temel görevidir. Hastalanan bireylere olduğu kadar kendini hastaymış gibi hisseden ya da kontrol amaçlı hastaneye başvuran kişilere, yatarak veya ayakta tanı, tedavi, müşahade, klinik, poliklinik, cerrahi girişim ve rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir.²

Hastalık sadece teşhisle ortaya konan bir ihtiyaç durumu değildir, kişilerde ruhsal ve bedensel anlamda başkalarına karşı bir muhtaçlık durumu hissettirmektedir. Hastaya güvende olduğu hissi verilmeli ve müşahade altına alınmalıdır. Tüm bunların yerine getirilebilmesi için profesyonel bir ekip olmaya ihtiyaç vardır. Bu ekip aslında dünya üzerindeki ilk biçim olarak bir araya gelmiş organizasyon yapılarındandır ve bugünün hastanelerinin ilk oluşumudur.³ Örneğin; trafik kazası sonrası 112 ekiplerinin ilk müdahalesi sonrası hastanın, acil servise ulaşımı ve tesliminden sonra, acil servis bünyesinde gerekli muayene ve tetkiklerin yapılması sonucunda gerekli kliniğe yatış ve tesliminin yapılması, klinikte gerekli olan ilacın hastane bünyesinde olan eczaneden teminine kadar, sağlık sisteminin büyük bir ekip olduğunu göstermektedir. Ayrıca ilk müdahaleyi gerçekleştiren 112’de bir hemşire, bir doktor ve bir şoförden oluşan ekiple hizmet vermektedir.

2.2. Koruyucu ve Geliştirici İşlevi

Hastaneler tedavi işlevlerini yerine getirirken dolaylı olarak toplumun sağlık seviyesini yükseltmektedir. Toplumun sağlığını korumaya yönelik olarak yürütülen bağışıklama hizmetlerinin yanı sıra, sigara ve alkolle mücadele, beslenme ve ana çocuk sağlığı hizmetleri de bu kapsamdaki hizmetlerdir. Sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik farklı sağlık kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşlarının birlikte yürüttüğü çalışmalar mevcuttur. Örneğin; İl Sağlık Müdürlükleri tarafından hazırlanan İL-SAP (İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planı) adı altında, herhangi bir afet

¹ S. Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998, s. 84

² Ak, s. 76

³ Seçim, s. 10

ya da ihtiyaç durumlarında, UMKE (Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi), Sahil Güvenlik Komutanlığı, Halk Sağlığı İl Müdürlüğü, Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Liman İşletmesi, resmi ve özel hastaneler, Kara Hudut Liman ve Havalimanı Sağlık Denetleme Merkezleri, İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü (AFAD) görev alamakta ve sadece hastaneler değil birden çok kurum ve kuruluş bu çalışmayı beraber yürütmektedir.

2.3. Eğitim İşlevi

Hastaneler bir anlamda sağlık alanında sürekli eğitim veren merkezler konumundadır. Günümüz hastanelerinden beklenen ve verilmekte olan eğitim hizmetleri, hasta bireylerin ve onlara refakat eden bireylerin eğitimi, hastanede çalışan tüm görevlilere, yenilenen teknoloji ve gelişmeler ile ilgili olduğu kadar çalışma ortamına uyum gibi kalite standartları gereği belirlenen vb. eğitimlerdir. Ayrıca hastanelerin herhangi bir biriminde öğrenim amaçlı bulunan öğrencilerin bölümlerine yönelik verilen eğitimlerdir.¹ Yapılanmasına göre eğitim hastanesi olan kurumlarda, sağlık profesyonellerinin uzmanlık eğitimi tamamlanmaktadır. Örneğin; eğitim ve araştırma hastanelerinde asistan hekimler uzmanlık eğitimlerini tamamlamaktadırlar. Hastaneler birçok meslek grubuna yönelik teorik ve pratik anlamda verilen eğitimlere katkı sağlamaktadır. İnsan sağlığıyla alakalı tüm araştırma ve geliştirme işlerinin yürütülmesini sağlamak ve bu hizmeti yerine getirenlere de gerekli yardımı yapmakla görevlidir.

2.4. Araştırma İşlevi

Hastaneler tıp alanında yapılan birçok çalışmaya ev sahipliği yapan, destek veren araştırma merkezlerdir. Hatta birçok araştırma faaliyetlerine de maddi destek sağlamaktadırlar. Hikmet Seçim hastanelerin araştırma işlevini daha farklı değerlendirmiştir. Hastanelerin araştırma işlevleri tıbbi ve idari olmak üzere ikiye ayrılır. Tıbbi araştırma, hastalar üzerinde ya da deney hayvanlarını kullanarak faaliyetlerde bulunan klinik araştırma ve kuruma başvuru yapmış hastaların

¹ Seçim, s. 15

dosyalarının incelenmesine dayanan geçmişe dönük araştırma olarak ikiye ayrılır. İdari araştırma ise hastane içi işleyiş konularında yapılan araştırmalardır, sorunlar saptanarak çözüm yolları araştırılır.¹ Hastaneler araştırma işlevleriyle tıbbi teknoloji ve yeni buluşlar konusunda sağlık hizmetlerine katkı sağlayan en büyük organizasyonlardan biridir.

3. HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI

Hastaneler insanlara birçok alanda hizmet veren kurumlardır. Hastaneler uyguladıkları tedavi türüne, yönetim yapısına, finansal kaynaklarının türüne, yatak sayıları yani büyüklüklerine, hastane içi hastaların kalış sürelerine ve personelin oluşturduğu bütüne göre sınıflandırılabilir. Teşhis koymak, tedavi etmek, rehabilitasyon hizmetleri vb gibi işlevleri olan hastaneler, farklı ölçütlere göre sınıflandırılırlar.² Hastanelerin sınıflandırılması vereceği hizmeti de etkileyebilmektedir.

3.1. Mülkiyet

Mülkiyet esasına göre hastanelerin, sahibi olan kurum, kuruluş ve taşıdığı özelliğe bağlı olarak sınıflandırılmasıdır.³ Bu tür hastanelerin mülkiyet esasına göre bağlı bulunduğu kurum ya da kuruluşlar çoğunlukla hastaneyi yönetme ve denetim yetkilerine de sahiptirler. Hastaneler, mülkiyet esası dikkate alınarak üç grupta sınıflandırılır:

* Devlete direkt olarak bağlı olan hastaneler; doğrudan devlete bağlı olan hastaneler, Milli Savunma Bakanlığına ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan hastanelerdir.

* Dolaylı olarak devlete bağlı olan hastaneler; bu grupta üniversite hastaneleri ve belediyelere bağlı kurulan hastaneler yer alır.

¹ Seçim, s. 18

² Seçim, s. 7-8, Sdney H. CROOG ve Donna F. Ver STEEG, "The Hospital as a Social System", içinde: H.E. Freeman, S. LEVINE ve L.G. REEDER (der.), Handbook of Medical Sociology, 2.B., (New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1972), s.275, N. Eren, Sağlık Hizmetlerinde Yönetim (Ankara, 1984), s. 133-134'den alıntı.

³ Kavuncubaşı - Yıldırım, s. 115

* Özel hastaneler; girişimcilerin belli bir kar amacı güderek kurdukları hastanelerdir. Hedeflere kendi imkanları ölçüsünde gerçekleştirme çabası içindeki hastanelerdir.¹ Gerçek kişilere, şirketlere, yabancılara aitlik söz konusudur.

3.2. Eğitim Statüsü

Eğitim statüsü açısından hastaneleri, eğitim veren hastaneler ve eğitim amaçlı olmayan hastaneler olarak iki grupta sınıflandırılabiliriz. Eğitim hastaneleri, muayene, tanı, tedavi hizmetlerini yatarak ya da ayakta tüm hastalara veren, uzman hekim yetiştiren, tıbbi imkan ve teknolojiye sahip, tam donanımlı hastanelerdir.² Eğitim amacı olmayan hastaneler ise tanı, tedavi gibi sağlık hizmetleriyle beraber, staj gibi pratiğe yönelik az ölçüde eğitim faaliyetlerinde bulunan hastanelerdir.

3.3. Hizmet Türü

Verilen hizmet türüne göre hastaneleri genel ve özel dal hastaneleri diye iki grupta incelenebilir:

* Genel hastaneler; her türden hastaları ve hastalıkları kabul eden, acil vaka, cinsiyet ve yaş ayrımı gözetmeden, kadrosunda yer alan çok çeşitli ihtisas dalları ile tedavi gerektiren hastaları kabul eden hastanelere genel hastaneler denir. Devlet hastaneleri bu grupta yer alır.

* Dal hastaneleri ise; branş hastaneleri belirli bir uzmanlık türüne göre kurulmuş, bu doğrultuda ve bu uzmanlık dalı ile ilgili hastaları kabul eden hastanelerdir. Yaş gruplarına ve cinsiyete göre hasta kabul eden hastaneler, hastalık türüne göre hastaların kabul edildiği hastaneler, organ yada doku hastalıklarına göre hastaların kabul edildiği hastanelerde bu grupta yer alır.³ Dal hastanelerine örnek; çocuk hastalıkları hastanesi, onkoloji hastanesi, göz hastanesi gibi hastanelerdir.

¹ Tengilioğlu – Işık - Akbolat, s. 183

² Ak, s. 83

³ A. Kaya, Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Halkla İlişkiler ve Tanıtım Eksikliği Sorunu, BEÜ, SBE, YYLT, İstanbul, 2013, s. 25

3.4. Büyüklük

Hastanelerin büyüklük esasına göre sınıflandırılması organizasyon açısından önemlidir. Sağlık hizmeti veren hastanelerde büyüme oranlarına göre, farklı bölümlere gereksinim ortaya çıkacaktır. Bu durumda yapılan faaliyetler daha da karmaşıklaşacak ve yönetim kademelerinin ve mevkilerin sayısında bir yükseliş olacaktır.¹ Bu sınıflandırmada kullanılan kriterler, hastanede çalışan personellerin sayısı, hastane bünyesinde bulunan yatak sayısıdır. Yatak sayılarına göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yataklı hastanelerdir.² En çok kullanılan sınıflandırma ölçütü yatak sayısıdır.

3.5. Hastaların Yatış Süresi

Hastaneler yatırarak tedavi ettikleri hastaların hastanede kalış süresine göre sınıflandırılır. Değerlendirme kısa ve uzun süreli kalış durumlarına göre yapılmaktadır.³

* Genellikle 30 günden az yatış süresi olan hastanelere kısa süreli kalınan hastaneler denir. Kısa süreli kalınan hastaneler bazı kaynaklarda, akut bakım hastaneleri olarak da adlandırılır. Kısa süreli, hastanelere devlet hastanelerini örnek gösterebiliriz.

* Genellikle 30 günden fazla yatış süresi olan hastanelere uzun süreli kalınan hastaneler denir. Uzun süreli kalınan hastanelere de bazı kaynaklarda, kronik bakım hastaneleri denir. Uzun süreli hastanelere de akıl ve ruh sağlığı hastanelerini örnek verilebilir.

3.6. Akreditasyon Durumu

Akreditasyon, bağımsız bir kuruluş tarafından hastanede verilen hizmetlerin planlanan ölçüde, organizasyon ve hasta ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığı

¹ Tengilimoğlu - Işık - Akbolat, s. 183

² Kavuncubaşı - Yıldırım, s. 116

³ Ak, s. 84, "National Center for Health Statistics Utilization of Short Stay Hospitals", Public Health Service, 79:1557, 1979'den alıntı

konusunda yapılan değerlendirmedir. Türkiye’de geçerliliği olmayan bu sınıflamada, hastaneler akredite edilen ve akredite edilmeyen hastaneler olarak iki sınıfa ayrılır. Yani belirli bir konuda belirli bir yeterliliğe sahip olan ya da olmayan hastaneler olarak resmi bir belgelendirmeye göre hastanelerin sınıflandırılmasıdır.

3.7. Dikey Bütünleşme

Dikey bütünleşme sınıflamasında hastanelerin geniş bir sağlık hizmetleri planlaması içinde bulundukları basamağa göre sınıflandırması yapılır. Hastanelerin donanımı ve verdiği hizmetin zelliliği önemlidir. Hastaneler bu sınıflandırmada birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olarak ayrılır.

- * Birinci basamak hastaneler, günü birlik teşhis, tedavi uygulayan hastanelerdir.
- * İkinci basamak hastaneler ise kısa süreli yataklı tedavi hizmeti veren hastanelerdir.
- * nc basamak hastaneler, diğer hastanelere göre daha ileri teknolojiyi ve modern donanımı kullanarak, daha çeşitli uzmanlık dallarıyla hastalara hizmet sunan hastanelerdir.¹ üçüncü basamak hastaneler, birinci ve ikinci basamaklarda tedavisi sağlanamayan hastalara hizmet verirler. nc basamak sağlık kurumlarının başlıca olanlarını şöyle sıralanır:

- * Kadın doğum ve ocuk evleri,
- * ocuk hastaneleri
- * Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri,
- * Onkoloji hastaneleri,
- * Göğüs hastalıkları hastaneleri,
- * Deri ve zührevi hastalıklar hastaneleri,

¹ Tengilimoğlu – Işık - Akbolat, s. 186

- * Kemik hastalıkları hastaneleri,
- * Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri
- * Diş hastaneleri.

Dikey bütünleşme basamağında yer alan hastaneler içinde üniversite hastaneleri de bulunur. ¹ Fakat bu hastaneler ikinci basamak tedavi hizmetlerini de vermektedirler.

4.TÜRKİYE'DE SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık Bakanlığı 2005 yılında yayımladığı yönetmelik ile kamu hastanelerinin sınıflamalarında değişiklik yapmıştır. 25806 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan bu yönetmeliğe göre şu şekilde sınıflandırılır; ilçe/ belde hastaneleri, gün hastanesi, genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleridir. ² Devlet hastanesi gibi günlük yaşantının içindeki hastanelerdir.

4.1. İlçe/ Belde Hastaneleri

İlçe/belde hastaneleri çok çeşitli uzmanlık dallarını bünyesinde bulunduramamalarından dolayı, ancak poliklinik hizmeti, acil servis hizmeti, doğum gibi klinik hizmetleri ve koruyucu hizmetleri de bünyesinde bulunduran küçük ölçekli hastanelerdir. Fakat bu hastaneler yeterli tıbbi tetkik ve tedaviyi sağlayamayacakları durumda hastanın uygun koşullar altında tam teşekküllü bir hastaneye sevkini gerçekleştirirler. ³ Trafik kazası sonrası parmağı kopan bir hastanın ilk müdahalesinin en yakın ilçe de bulunan hastane de yapıldıktan sonra, üçüncü

¹ Öztekin, s. 298

²Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 05 Mayıs 2005 tarih ve 25806 sayılı Resmi Gazete s. 2 ;
http://www.istanbulsağlik.gov.tr/w/mev/mev_yon/yatakli_tedavi_kurumlari_isletme_yonetmeli_gi.pdf, (12.08.2014)

³ Kavuncubaşı - Yıldırım, s. 117

basamakta bulunan Mikro cerrahi kliniğine sevkinin sağlanması gibi durumlar buna örnek teşkil eder.

4.2. Gün Hastaneleri

Birkaç uzmanlık dalında, ayakta muayene sonrası teşhisi, tedaviyi ve tıbbi bakımı günü birlik sunan, en az beş müşahade yatağı bulunan, 24 saat sağlık hizmeti veren ve bağlı bulunduğu hastane içinde veya bir hastane ile bağlantılı olarak çalışan sağlık kurumudur.

Tablo 8. Günübirlik Tedavi Hizmeti Sunan Kurumlar

Kurum	Personel	Hizmet Türü
Özel Muayenehaneler	Hekim, diş hekimi, terapist, hemşire	Teşhis, tedavi
Hastane Poliklinikleri	Hekim, diş hekimi, terapist hemşire	Teşhis, tedavi
Hasta Acil Servisleri	Hekim, hemşire	Acil cerrahi
Ayaktan Cerrahi Merkezler	Hekim (cerrah), hemşire, anestezi teknisyeni	Cerrahi
Evde Bakım Kurumları	Hemşire, hekim	Koruyucu, tedavi ve rehabilitasyon
İşyeri Revirleri	Hekim, hemşire, çevre sağlık teknisyeni	Koruyucu ve tedavi
Okul Sağlığı Merkezleri	Hekim, hemşire	Koruyucu, tedavi
Aile Planlaması	Hekim, hemşire, ebe	Koruyucu ve tedavi

Kaynak: Ş. Kavuncubaşı - S. Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s. 38, William D. Dowling, 1984'den alıntı.

4.3. Genel Hastaneler

Bünyesinde birçok uzmanlık dalı yanında yan dalları da bulundurabilen, cinsiyet ve yaş ayırımı yapmadan teşhis ve tedavi hizmeti veren hastanelerdir. Bu hastaneler acil servis hizmeti, ayaktan poliklinik hizmetleri ile yatarak klinik hizmeti de verirler ve asgari elli yatak kapasiteleri vardır. İllerde bulunan devlet hastaneleri bunlara örnektir.

4.4. Özel Dal Hastaneleri

Çatısı altında sadece belirli branşların yer aldığı, özel bir tedavi ve bakım gerektiren cinsiyet, organ ve yaş gibi kriterlere ve belirli bir hastalık türüne göre hizmet veren hastanelerdir, poliklinik hizmeti yanında gözlem, teşhis ve tedavi gibi klinik hizmeti verirler.¹ Rehabilitasyon hizmetleri de verdikleri hizmetler arasındadır. Göz Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hastaneleri bu hastane sınıfına örnektir.

4.5. Eğitim Ve Araştırma Hastaneleri

Eğitimin, öğretimin ve araştırmaların yapıldığı ayrıca hekimlerin belirli bir branşta uzmanlık eğitimlerini yaptıkları hastanelerdir. Aynı zaman da yan dal branşlar içinde uzmanların yetiştirildiği özel dal ve genel sağlık kuruluşlarıdır. Tıp Fakülteleri buna örnektir.

4.6. Türkiye’de Sağlık Sistemi İçinde Hastanelerin Tarihi Gelişimi

Tıp tarihi, insanlık tarihi ile eş zamanlı başlamıştır. Medeniyet ve tıp alanında kaydedilen ilerlemeler hastanelerin gelişiminde etkili olmuştur. Tarihte ilk hastanelerin tıbbın değil dinlerin gelişimi sonucu kurulmuş olduğu söylenebilir. Hastaneler yirminci yüzyılın başlarına kadar genelde yoksul ve ihtiyaç sahibi bireylerin hastalandığında müracaat ettikleri ve ölene kadar barındıkları yapılar

¹ Tengilimoğlu - Işık - Akbolat, s. 187

şeklinde kabul görmüşler ve hizmet vermişlerdir.¹ Hastaneler, tarihin en eski organizasyonlarından biridir. Günümüzde hastaneler toplum içinde önemli yer tutmaktadır. Bunun nedeni ise hastanelerde birçok sağlık hizmetlerinin veriliyor olması ve verilen hizmetlerin maliyetinin diğer sektörlere göre yüksek olmasıdır.²

Avrupa’da on dokuzuncu yüzyılda hastaneler açılmaya başlamış ve bu hastanelerde doktorlar aynı hastalığa yakalanan bireyleri, aynı mekanda incelemeye ve gözlemlemeye başlamışlardır. O dönemde hastaneler bu işlevlerin yapıldığı yer anlamına gelmiştir.³ İnsanlığın bilgi üretimi ve yarattığı bilgi birikiminin, dogmatik dinsel sistemlerin sınırlılıklarını aşmasıyla günümüz hastanelerinin, yani bilimsel tıp kuram ve ilkelerinin uygulandığı kurumların temelini atıldığı görülür.

Türkler’de ilk sağlık kuruluşu Kayseri ilinde 1206 yılında Tıp Medresesi ve Gevher Nesibe Sultan Hastanesi olarak kurulmuştur. Anadolu da cüzzam hastaları için yurtlar açılmış, usta çırak metodu ile hekim yetiştirilmiştir. Osmanlı da ise hekimbaşılık sistemi var olmuştur. Hekimbaşılık bugünün sağlık sisteminin temellerini atmıştır. Sivil Tıp İşleri Genel Yönetim Tüzüğü 1871 yılında yürürlüğe konmuştur. Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiye’ye 1914 yılında sağlık hizmetlerini yürütme görevi verilmiştir.⁴

20 Nisan 1920 tarihinde ilk kez oturum açan TBMM, 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı kanunla Sağlık Bakanlığı’nı kurma kararı almıştır. Türkiye’de 1923 verilerine göre toplamda 6437 yatak kapasitesine sahip 86 tane hastanenin hizmet verdiği görülmüştür. Fakat bu hastanelerin sadece üç tanesi merkezi yönetimin mülkiyetindeydi. Diğer hastaneler yerel yönetimlere, yabancılara, azınlıklara aitti. Devlet, Sağlık Bakanlığı’nın kuruluşu sonrası yeni hizmet birimleri oluşturmaya başlamış ve yerel yönetimlerin ve vakıfların elinde olan mevcut kurumları bünyesine

¹ O. Alpugan, “Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler”, Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar), (Der. H. Seçim), Eskişehir, 1995, s. 157

² Seçim, s. 1-2

³ D. Sezgin, Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık, İstanbul, 2011, s. 35-45

⁴ I. Akyollu, Hemodiyalize Bağlı Hastaların Tıp Sosyolojisi Açısından İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, SBE, YDT, Ankara, 1994, s. 44-45, “Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum” I. Ulusal Sağlık Kongresi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 23-27 Mart 1992, s. 11-12’den alıntı

katmıştır. Kentsel yerleşim alanlarında daha çok olmak üzere yeni hastaneler kurulmaya başlanmıştır.¹ Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam'ın izlediği politikalar, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve gelişmesinde büyük katkı sağlamıştır. Refik Saydam sağlık hizmetlerinde öncelikle koruyucu hizmetlere önem vermiş ve sınırlı kaynaklarla, sık karşılaşılan, özellikle dönemin hastalıklarından olan sıtma*, frengi**, lepra*** gibi ölüme de sebebiyet verebilen hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için örgütler kurarak çaba harcamıştır.

Tedavi edici hizmetler konusunu yerel yönetimler bırakmış, bunlara örnek olması amacıyla Ankara, İstanbul, Diyarbakır ve Erzurum'da birer adet Numune Hastanesi açılmasını sağlamıştır. Kamu sağlık sektöründe görev alan tüm sağlık personelinin atama, yükselme, ceza, ödül gibi özlük hakları tek elde, Sağlık Bakanlığında toplamış, bakanlık hizmeti fiilen yürüten bir kurum haline getirilmiştir. Refik Saydam o yıllarda mevcut olan bir tane tıp fakültesini cazip hale getirebilmek için öğrencilerin masraflarını karşılamıştır. Sosyal sigortalar kurumu 1945 yılında kurulmuş ve işçilere 1952 yılında sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. Bu kurum, finansmanının yarısını sağlık örgütü ve hastane kurmak için harcamış, işletme ve personel atama yetkilerine sahip olmuştur.

Refik Saydam görev yaptığı dönemde, yerel yönetimlerin üstlendiği tedavi hizmetlerini 1937-1960 yılları arasında Sağlık Bakanlığınca üstlenilmiştir. Var olan Belediye Hastaneleri de denetim altına alınmıştır ve 1950'li yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın tedavi hizmetlerini üstlenmesi üzerine belediye hastanelerinin tamamına yakını kamulaştırılmıştır. Böylece koruyucu hizmetlerde görev alan personeller hastaneye kaymış ve yeni bir sıkıntı olarak hizmet açığı ortaya çıkmıştır.

¹ M. Akbolat, Türkiye Sağlık Sektöründe Rekabet Stratejileri: Hastaneler Üzerine Bir Araştırma, Sakarya Üniversitesi, SBE, YDT, Sakarya, 2009, s. 35, Berman, Peter ve Mehtap Tatar, (2004), Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, C. I, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara'dan alıntı

*Sıtma; anofel adı verilen sivrisineğin bir grup paraziti insandan insana sokarak bulaştırması ile ortaya çıkan titreme, ateş ve ter nöbetleriyle seyreden hastalıktır.

**Frengi; cinsel yolla bulaşan, zaman geçtikçe birçok organda ağır tahribatlara yol açan zührevi bir hastalıktır, sifiliz'de denir.

***Lepra; hansen basilinin yol açtığı deri ve çevresel sinir sistemi ile birlikte çoğu organ ve sistemi etkileyen, kişiden kişiye bulaşabilen hastalıktır. Halk dilinde cüzam denilir.

Hastane sektöründe büyük ilerlemeler kayıt edilirken, koruyucu sağlık hizmetleri gerilemiş, özellikle yardımcı sağlık personeli eğitime öncelik verilmemiştir. Fakat SSK ve Devlet adı altında hastaneler kurulmuştur. 1960 planlı dönem sonrasında kurulan sağlık ocakları tedavi edici hizmetler yönünden hastanelere bağlanmıştır.¹ Cumhuriyetin ilanında ülke genelinde 86 hastane hizmet vermekteydi. 1950-1960 yılları arasında da hastane inşaatlarına devam edilmiş ve toplam hastane sayısı 566'ya ulaşmıştır.² Yeni oluşturulan planlar sayesinde düzenli olarak, proje uygulamalarına devam edilmiş ve hizmete açılan hastane sayısında artış meydana gelmiştir.

1960 yılında Türkiye'de Planlı Kalkınma Dönemine geçilmiş ve sağlık sektörüne özellikle iki düzenleme getirilmiştir. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi, 557 Sayılı Nüfus Planlaması ile ilgili kanunlardır.³ Bu kanun ile hükümet tabipliği yerini sağlık ocaklarına bırakmıştır. İlk olarak Muş'ta başlayan bu sistem her yıl artarak devam etmiştir. 1983 yılında da tekrar düzenleme yapılarak ülke geneline yayılan sağlık hizmetleri örgütlenmesi başlatılmıştır.⁴ 1953 yılından itibaren bölgelerde AÇS'ler, verem savaş dispanserleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, numune hastaneleri kurulmaya başlanmıştır.

¹ H. Sur, Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, s. 5-7; <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, (05.05.2013)

² Seçim, s. 144

³ C. U. Çiner - A. G. Fişek, Sağlıkta Sosyalleştirme: “Genel” ile “Yerel”in Önemi; <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=73>, (05.07.2014)

⁴ Sur, s. 6; <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, (05.05.2013)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE HASTANE YÖNETİMİ ve KAMU HASTANELER BİRLİĞİ, TARİHÇESİ

1. HASTANE YÖNETİMİ

Türkiye’de tüm hastaneleri temsil edebilen, tek bir tane organizasyon yapısından söz etmek mümkün değildir. Bu durumun nedeni ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın (SSYB) mülkiyetinde olan hastaneler ve belediye hastaneleri dışındaki diğer hastanelerin “Hususi Hastaneler Kanunu”na ve “Özel Hastaneler Tüzüğü”ne göre faaliyette bulunmalarıdır. Kanun kapsamında hizmet veren hastanelerin organizasyon yapıları konusunda açıklanan en önemli nokta hastanede görev yapacak olan mesul müdürün bir Türk hekiminden olması gerekiyordu. Denetim ve idari yaptırımların SSYB müfettişleri tarafından yapılmasıdır. Türkiye’de hastanelerin genel organizasyon yapısı olarak Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin organizasyonları esas alınabilir. SSYB merkez teşkilatı olarak sağlık hizmetleri organizasyonunun yürütülmesi ve denetlenmesi durumundan sorumlu en üst kademesidir. Bakanlık illerde valiliklere bağlı Sağlık Sosyal Yardım Müdürlükleri (SSYM) yer alır ve hastaneler bu müdürlüklere bağlıdır. Yönetimin merkez teşkilatını SSYB, taşra teşkilatını illerde SSYM oluşturur ve yerinden yönetim birimlerini de hastaneler oluşturur.¹

¹ Seçim, s. 146-147

Tablo 9. Türkiye’de Tedavi Hizmetlerinin Organizasyonu



Kaynak: H. Seçim, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, İstanbul, 1991, s. 157,
SSYB, Yataklı Tedavi Kurumları 1983, s. 21-22’den alıntı

Hastanelerin tıbbi, idari ve eğitim hizmetlerinin yürütülmesinden, hizmet seyrinin takibinden ve haftada bir denetlenmesinden başhekimler sorumludur.¹ Yasa ve yönetmelik sağlık hizmeti sunan bu kurumlarda tüm yönetim yetkiyi doktorlara vermiştir ve bu görevi üstlenen kişiye kurum içinde başhekim denilmiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin organizasyon yapısında, en yukarıda başhekimlik makamı, onun altında alt ve orta kademe yönetim organları bulunur.² Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde (YTKİY) hastane içinde verilen hizmetler farklı biçimlerde ve belirli bir sisteme bağlı kalmadan sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmada:

- (i) Tıbbi hizmetler,
- (ii) Tıbbi teknisyenlik hizmetleri,

¹ H. Özgen, A. Öztürk, Türkiye’deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma, s. 3, (YTKİY, 1983: s. 29)’den alıntı; <http://www.merih.net/m1/hastane1.htm>, (02.04.2013)

² Ü. Şahin, Hastane İşletmeciliği Yönetimi, s. 4; www.karsid.org.tr/.../hastane%20isletmeciligi%20yonetimi (03.04.2013)

(iii) İdari işler,

(iiii) Teknik ve diğer işler, olarak bir ayırım yapılmıştır.¹

Tıp ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitiminde, uyguma merkezleri olarak önemli işlevi olan üniversite hastaneleri, diğer kurumlara göre farklı özellikler taşırlar. Bu farklılıklarda amaç, yapı, işleyiş ve yönetim biçimleri, sahip oldukları insan gücü ve teknolojileri ve kabul ettikleri hasta çeşidi gibi alanlarda görüldüğü belirtilmiştir. Üniversite hastaneleri yönetim ve organizasyon açısından da farklılıklar gösterir. Ülkemizde genellikle tıp fakültesine bağlı olarak faaliyet gösteren hastaneler fakülte dekanı tarafından yürütülür. Ancak bu görev, bağlı olduğu yasada üniversite rektörünün sorumluluğuna verilmiştir. Tıp fakültesi ile aynı kampüsler de yer alan hastanelerin yönetimi üniversite rektörünün görevlendirdiği başhekim konumundaki tıp akademisyeni tarafından yürütülür. Özel hastanelerde ise “Özel Hastaneler Yönetmeliği” kapsamında faaliyet gösterilmektedir. Yönetmeliğe göre özel hastaneler, işlev alanına, verdikleri hizmetlere, yatak sayılarına, teknolojik donanımlarına ve uzmanlık branşlarının çeşitliliğine, niteliğine göre, kamu hastanelerine benzer şekilde, genel. belirli bir cinsiyet, yaş ve organ üzerine hizmet veriyorsa dal hastanesi olarak ayrılır. Özel hastanelerin teknik, idari ve tıbbi hizmetleri mesul müdür sorumluluğunda yürütülür. Hastanelerde yönetimin tüm aşamalarında idari meslekler bulunur, bu mesleklerin görevlendirmesi, iş tanımı, alınan eğitimin gereklilikleri, yetenekler ve bu bireylerin taşıdıkları özelliklere dikkat edilerek yapılır.²

Günümüz hastane yönetiminde görevli yöneticiler çok karmaşık bir organizasyonu işletir ve oldukça büyük bütçeleri elinde tutarlar, birçok profesyonelden, yarı profesyonelden ve yardımcı pozisyonda çalışanlardan oluşan ekibin koordinasyonunu sağlamaları gerekmektedir. Hastanelerde çeşitli sağlık profesyonellerinin ortak çalışmalarını gerektiren hastane yönetimi hizmetlerine, eğitimi ve araştırma işlevleri de eklendiğinde oldukça karmaşıklaşır. Bu durumda

¹ F. Ç. Kutun, s. 19-20, H. Seçim, 1991; YTKİY 2005, <http://www.saglik.gov.tr>'den alıntı

² Can - İbicioğlu, s. 262

etkin ve verimli bir şekilde amaca ulaşmak tek kişi yönetimi dışında çağdaş yönetim ilkelerinin uygulanmasını kaçınılmaz hale getirir.

1.1. Cumhuriyet'in Kuruluşundan 1980 Yılına Kadar Gelişim

Hastane yöneticiliği çok eski mesleklerden biridir. Tarihte 850-923 yılları arasında yaşamış olan Türk hekimi Mehmet Razi'nin Bağdat'taki hastanede, hastane başmüdürlüğü yapmış olduğu bilinmektedir. İlk başlarda hastaneleri putperestler daha sonraları da kilise papazları yönetmeye başlamıştır. VIII. Henri'nin yapmış olduğu reformlar sonrası hastaneler kilise görüntüsünden kurtulmuş ve yönetimleri doktorlara bırakılmıştır. Amerika da 1915 yılında hastane idarecisi yetiştirilmesinden bahsedilmiş, 1928 yılında ilk kez hastane idareciliği kursu açılmıştır. 1932 yılında Hastane İdareciliği Yüksek Okulu kurulmuştur ancak hastane idareciliği mesleği 1952'den sonra kabul görmeye başlamıştır.¹

Osmanlı döneminde ise hastane yönetiminden sorumlu kişi tımarhane ağası idi. Daha sonraları hastaneler yine hekim olmayan müdür-i hastane tarafından yönetiliyordu. Sağlık işlerini düzenleyen ve görev alacak tüm personeli tayin eden Reisul Etıbbı yani Hekim Baş dısında bir örgüt mevcut değildir. 1849'de hekimbaşılık kaldırılmış, yetkileri 1850'de Tıbbiye Nezaretine verilmiştir ve 1862'de hekimlik faaliyetinde bulunabilmek için tıp okumak kuralı konmuştur. 1867'de ilk kez sağlık örgütlenmesi, idari örgüt içinde yerini almıştır. 1871 yılında ise Memleket Tabipliği kurulmuş ve örgütün hukuki boyutu oluşturulmuştur. 1908' günümüz genel müdürlüğüyle aynı statüdeki Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye kurulmuştur. 1914'te de bu müdürlüğü Dahiliye ve Sıhhiye Nezaretı yani içişlerine bağlama kararı alınmıştır. 3 Mayıs 1920 de sağlık hizmetleri 3 sayılı yasa gereği farklı bir bakanlığın bünyesinde ve devletin esas görevi olarak kabul edilmiştir. Sağlık hizmetleri için anayasa gibi kabul gören "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" 1930 yılında ve 1593 sayı ile kabul edilmiştir. 1936 senesinde 3017 sayı ile çıkarılan kanun "SSYB Teşkilatı ve Memurin Kanunu"dur. Bu kanun merkez teşkilatı ile taşra teşkilatının yapısını oluşturarak yetkilerin ve sorumlu olunan görevlerin şeklini açıklamıştır. 1946

¹ Ak, s. 101-103

senesinde de “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” 9. Ulusal Tıp Kongresinde yürürlüğe girmiştir. Belediye, il özel idaresi ve vakıf bünyesinde yer alan tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı’na bağlanmış ve kamu hastaneleri yönetimi tek merkezde toplanmıştır.¹

Türkiye sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu temel sorunlardan en önemlisi yönetim problemidir. ABD’de kurulan Sağlık Yönetimi Eğitim Komisyonu sağlık yönetimini şu şekilde tanımlar. Sağlık yönetimi, tıbbi bakım hizmetleri ile sağlık açısından iyi bir çevre isteklerinin kişilere, örgütlere ve topluma bazı hizmetleri sunarak karşılamaya yönelik kaynak ve eylemlerin planlama, örgütleme, denetim ve uyum işlevlerinin yerine getirilmesidir.² Ülkemizde sağlık kurumlarının yönetimi Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana çoğunlukla tıp eğitimi almış ve hekimlik hizmetine devam eden kişilerce yürütülmüştür. Sağlık kurumları yönetimi konularında akademik kurumsallaşmaya gidilememiştir. Bu çalışmalar yapılmaya çalışıldıysa da yeterli etkinlik sağlanamamıştır. Sağlık idaresi yetki ve görevi tıp bilimi ile sınırlandırılmış, bu sektörün bilimsel bir çerçevede ekonomisi, planlaması, finansmanı, politikası ve yönetimi standartlaştırılmış ve bu konularda uzmanlaşmaya imkan verilmemiştir. Ülkemizde hastane işletmeciliği sektörüne baktığımızda çoğunun gelir amacı gütmeyen hastanelerden oluşmakta ve örgütsel yapılanmaları ise Cumhuriyetimizin kuruluş yıllarından bu yana uygulanan kanunların etkisi ve izin verdiği şekilde oluşmaktadır. 1960 yılından itibaren Planlı Kalkınma dönemi başlamıştır. Bütün sağlık hizmetleri devletin görevidir ilkesi 1961 Anayasasında yer almıştır.³ Anayasa da yer alan bu ilke sonrasında Milli Birlik Komitesi, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkındaki Kanun’u çıkarmıştır. 1961’de hükümet tabipliği yerini “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkındaki Kanun” ile sağlık ocaklarına bırakmıştır.

¹ R. Akdur, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslama, Ankara, 1999 (düzenleme 2005), s. 10-16

² F. Sarvan, “Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi”, Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar), (Der. H. Seçim), Eskişehir, 1995, s. 4, Shultz, R. ve C.J. Alton. Management of Hospitals. New York Mc Graw Hill Book Company, 1976’dan alıntı

³, 1961 Anayasası, Üçüncü Bölüm, “Sosyal ve İktisadi Haklar ve Ödevler”, VII. Sağlık Hakkı, Madde 49; <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>. (09.10.2014)

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ele alınan konular şu şekilde sıralanabilir:

- * Herkese yönelik eşit şekilde hizmetlerin verilmesi,
- * Kesintisiz olarak hizmetlerin sunumu,
- * Verilen hizmetlerin bütünleştirilmesi,
- * Kademeli olarak hizmetlerin verilmesi,
- * Öncelikli hizmetlerin verilmesi,
- * Katılımlı olarak hizmetleri verilmesi,
- * Ekip anlayışıyla hizmetlerin verilmesi,
- * Kontrol edilen hizmet verilmesi,
- * Birey ihtiyaçlarına göre hizmetlerin verilmesi,

* Nüfusu esas alarak hizmetlerin verilmesidir.¹ Kabul edilen bu kanun kapsamında belirlenen ilkelere göre oluşturulacak örgüt modelinde tabip, ebe, hemşire ve sağlık memurundan oluşan birinci basamak sağlık hizmetlerini görmekteyiz. Fakat yönetim konusunda herhangi bir açıklama ya da yaklaşım yoktur. 224 sayılı kanun doğrultusunda sağlık hizmetleri örgütlenmesini 1972 sonuna gelene dek devam etmiştir. Yeni hazırlanan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (BYKP) da bu hizmetin daha çok ile yaygınlaştırılması uygun görülmüştür. Hastaneler bu planlama da sağlık hizmetlerine destek verecek ve tamamlama unsuru olacaktır denilmektedir.² 1963 yılında uygulamaya konulan 224 sayılı kanunda verilmesi planlanan

¹, Sayısı: 224 R.G. Tarihi:12.01.1961 R.G. Sayısı:10705 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun; <http://www.tb.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>, (11.11.2014)

² E. Kaya, Sağlık Kurumlarında Örgüt Kültürü, (Burdur-Isparta Örneği), Süleyman Demirel Üniversitesi, SBE, YYLT, Isparta, 2007, s. 47, Yusuf E. Özdemir, "Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları- Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları" Yeni Türkiye, Sayı 39, 2001, s. 257-265'den alıntı

hizmetlerde yaygınlaşma sağlanamadığı tespit edilmiş, tedbir alma yoluna gidilmiş ve 1978’de 2162 sayılı kanun kabul edilmiştir. Bu kanun “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Kanunu” adıyla yürürlüğe girmiştir. 1970-1980 yılları arasında sağlık politikalarına ait kayda değer daha farklı bir değişim olamamıştır.¹ Sağlık Hizmetlerinde kayıt altına alınmış herhangi bir okullu yönetici ya da idareci söylemine rastlanılamamıştır.

Sağlık hizmetleri ve kurumları yönetimi alanında, Türkiye’de 1963 yılına kadar eğitim veren bir yüksek okul mevcut değildir. Sağlık Bakanlığı Mesleki Öğretim Genel Müdürlüğü 1963 yılında 3 yıllık bir meslek okulu olarak Sağlık İdaresi Yüksek Okulu kurmuştur. Üniversite bünyesinde ise Hastane İdaresi Yüksek Okulu 1970 yılında Hacettepe Üniversitesinde açılmıştır ve yüksek lisans eğitimi de 1975 yılına kadar vermiştir. Hacettepe Üniversitesi 1975 yılında bu bölümün adında Sağlık İdaresi Yüksek Okulu olarak değişiklik yapmıştır, doktora ve yüksek lisans eğitimlerinin yanında lisans eğitimi vermeye başlamıştır. 1975-1982 arasında farklı lisans programları veren bu okullar 1982’de Hacettepe Üniversitesi çatısı altında birleştirilerek Türkiye’de sağlık eğitimi alanında öncülük yapmıştır. Ayrıca, bu Sağlık İdaresi Yüksek Okulu uzun yıllar sağlık kurumlarına yönetici yetiştiren tek lisans eğitimi veren okul olmuştur.² 1960 sonrası planlı dönemde beş yıllık kalkınma planında, koruyucu sağlık hizmetleri ve yapılanmalar ele alınmıştır. Hastane yönetimi ve işletmeciliğine dair bir okulun, Hastane İdarecisi Okulu adı altında açılması ise birinci BYKP öngörülmüştür.³

1970’li yıllara kadar yönetimde var olan anlayış, denetimi yönetmek olarak ele alınmıştır. Ülkemizde bulunan mülkiyeti devlete ait hastanelerin yönetim şeklinin bu 1970’li yılların denetim modeline denk geldiği düşünülebilir. Fakat bu yönetim şekli ile bile istenen denetleme işlevi yerine getirilememiştir. Bu durumun nedenleri şöyle sıralanabilir:

¹ Tengilimoğlu – Işık - Akbolat, s. 135

² M. Tatar - İ. Şahin - G. Erigüç, “2000 li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi”, 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Ankara, 2000, s.12

³, Birinci BYKP, Kamu Hizmetlerinin Bölümleri, Sağlık, s. 406-414;
<http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx>, (20.05.2013)

* Hastaneler bir işletme olarak değerlendirilmemektedir. Denetimin teknikleri ve kullanımı tam olarak bilinmemektedir.

* Denetime dair eldeki teknikleri kullanabilmek için yeterli sayıda ve güvenilir veriler toplanamamakta, kayıtların genel istatistik verilerin elde edilebilmesi işine fayda sağladıkları görülmüştür.

* Hastanelerin bilimsel yönetim anlayışıyla yönetilmedikleri tespit edilmiştir.¹

Tablo 10. Yönetim Modelleri

1970’ler Denetim	1980’ler Liderlik	1990’lar Mentörlük
“Senin çalışmalarını denetlemeliyim”	“Sana nasıl yapacağını göstereyim	“Senin ilerlemene nasıl yardımcı olabilirim

Kaynak: Ş. Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s. 12

¹ Şahin, s. 12-14

1.2. 1980’li Yıllarda Gelişim

1982 Anayasasının 56. Maddesi devlet tüm bireylerin sağlığını sağlama, sağlığın geliştirilmesini sağlama ve işbirliğinin geliştirilmesini sağlama hedefiyle sağlık kurumlarını tek noktadan planlayıp hizmet sunumunu düzenler ve devletin bunu kamuya ait ve özel kesimin elindeki kurumlardan faydalanarak, denetimini yaparak sağlayacağı ifade edilmiştir. Genel sağlık sigortasının bahsi de bu madde içinde edilmiştir. 1982 anayasasında ilk defa sağlık hizmetleri için özel sektör bahsi geçmiştir. Sağlık hizmeti veren kurumların tek noktadan yönetimi ile beraber sağlık hizmet sunumunda kullanılmakta olan kaynakların ve verilen hizmetteki yetersizlik, sisteme karşı eleştirilerin artmasına sebep olmuştur. Bunun üzerine 1988 Dünya Bankası uzmanları sektörün maddi kaynaklarını ele almıştır ve 1990 senesinde Devlet Planlama Teşkilatı Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü’nü hazırlattırarak stratejiler tespit edilmiştir.¹

Sağlık kurumlarındaki yönetim sorunu, sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin etkinliğini, verimliliğini ve kalitesini etkilemektedir. Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu’nda 1982-1989 yılları arasında yaklaşık 750 öğrenci mezun olmuştur. Bu okulda verilen dersler incelendiğinde 20-23 ders saati kurumsal konularda, 2 -5 ders saati de pratiğe yönelik eğitim, birinci ve ikinci sınıfta işletme dersleri, üçüncü ve dördüncü sınıfta ise sağlık yönetimi derslerinin verildiği görülmüştür. 1985- 1986 yıllarında açılan ikinci okul Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’na bağlı olarak Sağlık Bilimleri Enstitüsünün bir dalı şeklinde Sağlık Yönetimi adı altında yüksek lisans ve doktora eğitimi vermektedir. 1987 yılında da İstanbul Üniversitesinde, İşletme Fakültesine bağlı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi adıyla yüksek lisans ve doktora programı başlatılmıştır.²

1980’lerde yönetim kadrosunda görev yapan kişilere, etkili bir yönetim anlayışının, teknik beceri ve liderlik becerisinin bir bütün olarak birleşiminden

¹ Akbolat, s. 37-39, Yusuf E. Özdemir, “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları- Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları” Yeni Türkiye, S. 39, 2001, s. 276-293’e atfen

² Sarvan, s. 18

oluştugu öğretilmiştir. Hastaneler genel olarak bir işletme olarak görülmemekte, kontrol teknikleri verimli kullanılamamakta, hastanelerin bilimsel olarak yönetilmedikleri dikkat çekmektedir. 13 Aralık 1983 tarihinde yayınlanan 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Türkiye’deki hastanelerde başhekimlik makamı, hastanede ki bütün işlevlerin idaresinden yükümlü en üst idari makamı oluşturmaktadır. Böylece hastanede görev yapan tüm doktorlar, poliklinikler ve servisler başhekimliğe bağlıdır. Başhekim hastane içindeki bütün işleyleşten sorumlu kabul edilmektedir. Fakat bu sorumluluğu yürütürken kimlere ve ne kadar yetki devrinde bulunacağı şahsi insiyatifine bırakılmıştır. Bu durumda bazı hastanelerde otokratik, bazı hastanelerde de demokratik bir yönetim tarzı ortaya çıkmaktadır.

13 Ocak 1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmi Gazete de yayımlanan YTKİY’ne göre başhekimin görevlerinin bazıları şu şekilde özetlenebilir:

- * Hastane içinde verilen her türlü tıbbi, idari ve eğitime dair tüm hizmetlerin çalışanlar tarafından sunumunu sağlamak, bu tür hizmetlerin takibini ve her hafta en az bir kez kontrolünü yapmak,
- * Hastanedeki verimi arttırmak, hizmetlerin daha hızlı, daha kaliteli ve düşük maliyette ama en yüksek seviyede verilebilmesi için gerekli önlemleri almak,
- * Kanunlarda belirtildiği gibi personelin işe devamlılığını sağlamak ve tüm faaliyetlerin kanunlara uygun bir biçimde yürütülmesini ve takibini yapmak,
- * Kurumda çalışan uzman yada yetkili konumdaki personeli gerekli durumlarda toplantıya çağırarak ve fikir alışverişi yapmak,
- * Hastalara verilen her türlü hizmetin ve hasta memnuniyetinin takibini yapmak,
- * Çalışan personelin hatalı davranışlarda bulunmamaları için tedbir almak,
- * Kuruma başvuran hastalara gerekli tıbbi tetkiklerin yapılması konusunda gözlemlene yapmak,

* Tıbbi hizmetler dışında yer alan ambar, depo gibi birimlerin kayıt işlemlerini kontrol etmek, evrak ve dosyalama işlerinin kurallara uygun bir biçimde arşivlenmesini sağlamak.¹

Yönetmelikte başhekimin sorumluluk ve görevleri, karmaşık bir yapıya sahip olan hastanelerdeki bütün faaliyetlerin yürütülmesi ve kontrolüdür. Hastaneler araştırma, tedavi hizmeti ve eğitime yönelik çalışmaları ile bir kamu kurumu olarak oldukça karmaşık bir örgüttürler. Tüm bu işlevleri yerine getirirken, gerek maddi gerekse yönetsel sorunlarla karşı karşıya kalırlar ve bu sorunları da çözümlemekle mükelleftirler.² Bunu da başarabilmenin yolu bilimsel bir yönetim anlayışından geçmektedir.

1.3. 1990' lı Yıllarda Gelişim

Hastaneler, kişilere sağlık alanında her türlü hizmeti veren sağlık sisteminin en önemli unsurudur. İlk çağlarda din adamları öncülüğünde ve sosyal kurumlar tarafından kurulmuş olan hastaneler, yalnızca düşkün insanları bakımına yardımcı olmak için kurulmuş fakat bilgi çağı ile birlikte değişim göstermiştir. Koşullardaki değişim toplum içinde hastanelerin rolü ve konumu da değiştirmiştir. 1990'lı yıllarda özellikle teknolojik alandaki gelişmelere paralel olarak laboratuvar bakteriyoloji, şirürji, anestezi alanında da gelişmelere müteakip sağlık örgütlerinde yaşanan değerler dizisindeki değişim ile birlikte hastane yönetiminde de köklü değişimler yaşanmıştır. Küresel rekabet, değişen müşteri memnuniyeti, teknolojik gelişmeler, kaliteli hizmet anlayışı ve mali hesapların etkisinde kalan hastaneler koruyucu ve tedavi edici işlevlerinin yanında gelir hesapları yapan girişimler olarak da görülmeye başlamıştır. 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından “Sağlık Sektörü

¹, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete: 13 Ocak 1983 – 17927, Madde, 110;
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=311:yatakli-tedavkurumlari-letme-yetmel&Itemid=33, (12.06.2014)

² Ak, s. 99

Masterplan Etüdü” yapılarak sağlık reformlarına dair stratejiler oluşturulmuştur¹. 1990 sonrası için hazırlanan sağlık reform çalışmalarını büyük bir bölümünü hastane reformları oluşturmuştur. Fakat sağlık reformlarının diğer alanlarında olduğu gibi hastane hizmetleri ve yönetimi konularında da istenilen sonuçlara ulaşılamamıştır. 1990 lı yılların başında dünya üzerinde ele alınan sağlık politikalarına eş değer reform girişimlerine sahip, ulusal sağlık politikası dokümanı yayınlanmıştır. Bu dokümanda yer alan hastanelerle ilgili kısımlar ise hastaneleri özerkleştirmek, kaliteli ve verimi hizmet sunumunu sağlamak, kendi gelir ve giderlerini karşılayabilen ve yönetimde merkeziyetçilikten arınmış sağlık işletmelerine dönüştürmek rekabeti sağlamaktır. İlki 1992 de ikincisi 1993 te olmak üzere ulusal sağlık kongreleri düzenlenmiştir. Sağlık reformları ayrıca yedinci ve sekizinci BYKP temel yapısal projeleri içerisinde de yer almıştır. 11 Ocak 1995’de 3359 sayılı sağlık hizmetleri temel kanuna dayanılarak sağlık işletmeciliği yönetmeliği çıkarılmıştır.² Burada temel felsefe mali ve idari açıdan hastaneleri özerk bir işletmeye dönüştürmektir. Yani hastane bünyesinde kurulan bir yönetim kurulu vasıtasıyla işletmeyi yönetmektir.

1993 yılında yayımlanan Ulusal Sağlık Politikasında tespit edilen sorunların içinde, hastanelerin merkezi yönetim anlayışıyla yönetiliyor olması, bürokratik yönetim yapısına sahip olması ve hastane yönetiminde profesyonel bir yönetim anlayışının olmaması ve kaliteli bir hizmet sunumunun uygulanamaması başlıca sorunlar olarak yer almaktadır. Merkezi yönetime bağlı sıkıntılar personel yönetimi ve bütçelerin yönetimi başta olmak üzere yönetim fonksiyonunun birçok alanında karşımıza çıkmaktadır. Ulusal Sağlık Politikası’nın ilkeleri şu şekilde ele alınır:

- (i) Çağdaş ve yerinden yönetim anlayışına göre hastaneler yönetilmelidir.
- (ii) Hastane yönetimi tarafından tüm yönetim fonksiyonlarının yerine getirilmesi gerekmektedir.

¹ Tengilimoğlu –Işık - Akbolat, s.136, Y. E. Özdemir, “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları” Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı I, Yıl:7, S. 39, Ankara, 2001 s. 276-293’e atfen

² Tengilimoğlu – Işık - Akbolat, s. 136-137

- (iii) Hastanelerin fonksiyonlarını yerine getirmesinde esas olarak verimliliğin ele alınmasıdır.
- (iiii) Fiyatların maliyet hesaplarına göre düzenlenmesidir.
- (iiiii) İstisnai durumlar haricinde, yeterli fonksiyonları yerine getiremeyen hastanelerin kapatılmasıdır.
- (iiiii) Hastaneleri sunduğu hizmetler ile temel sağlık hizmetlerinin uyumlu şekilde yürütülmesidir.¹

Ulusal Sağlık Politikası'nda da hastane yönetimine yönelik ele alınabilecek konu, gereksinim duyulan personel ihtiyacına göre planlamanın ve eğitimin verilmesidir. Açıkça yönetici eğitiminden bahsedilmese de profesyonel yönetici ihtiyacına bağlı olarak eğitimin verilebilecek olmasıdır.

1990'lı yıllarda tedavi hizmetleri veren kurumlar arasında özellikle özel sektör girişimlerinin arttığını göze çarpmaktadır.

1.4. 2000'li Yıllarda Gelişim

Sekizinci BYKP Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporunda da pahalı yatırımların yapılmasını gerektiren hastane işletmeciliğini özel sektör ve vakıflar üstlenmelidir denilmektedir. Yani hastane işletmeciliği, yapılan reform çalışmalarının bir sonucu olarak özel sektöre devredilecektir. Sağlık 2005 raporunda da sağlık sisteminin bir bütün olarak yeni bir anlayışla organize edilmesi gerektiği yer almaktadır. 2002 genel seçimlerinden sonra kurulan hükümet "acil eylem planı" hazırlamıştır. Acil eylem planının uygulamasının bir parçası olarak sağlık bakanlığı tarafından sağlıkta dönüşüm programı başlatılmıştır.² Fakat bu dönüşüm programı içinde hastane yönetimine yönelik herhangi bir açıklayıcı unsur göze çarpmamaktadır. Son yıllarda özellikle bilgi ve iletişim teknolojilerinde görülen gelişmeler etkisini her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de hissettirmiştir. Halkın bilgi seviyesi yükselmiş, hastalıkların birçoğunun teşhis ve tedavisi yapılabilir hale gelmiş, yaşam süresi uzamıştır. Bu durumda hizmetin verildiği

¹....., Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, 1993, s. 51-53;

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf> (06.06.2014)

² Tengilimoğlu – Işık - Akbolat, s. 137

hastane organizasyon yapısı da değişime ayak uydurmak zorunda kalmıştır. Hastane yöneticisinin rolü bir kez daha ortaya çıkmıştır. Ocak 1990 da tamamlanan “ mevcut durum raporu” nda saptanan etkin olmayan sağlık kurumları yönetiminin varlığı 2000’li yıllarda hala bir çözüme ulaşamamıştır. Hekimler tarafından idare edilen hastane sisteminin tersine sağlık hizmetlerinin yöneticilik konusunda eğitim almış, bilgi ve beceri sahibi profesyonel kişiler veya yönetici yeteneklerine sahip olan ve vakitlerinin tamamını yönetici olarak geçirecek sağlık çalışanları ile yönetilmesi gerekmektedir. Bu durumda verimliliğin daha da artacağı düşünülmektedir. Hastanelerin özerkleştirilmesi sonrası ortaya çıkan sağlık işletmelerinde tüm mali, tüm idari sorumluluklar ve yetkiler yönetim kuruluna aittir. İşletme müdürü yönetim kuruluna başkalık eder. Ayrıca kurulun altı üyesi bulunur. Üç üye işletmenin yönetiminden sorumlu, işletme içinden seçilmiş kişiler olacaktır. Diğer üyeler ise kamu kurumlarından ve yerel toplum kuruluşlarından diğer seçilecektir. Özellikle toplumun içinden gelen temsilcilerin hastane yönetiminde olması, toplumsal beklentilerin hastane içi daha yakından değerlendirilmesini sağlayacaktır.¹ Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, genel anlamda yönetim hizmetlerinin örgütlenmesini yansıtmaktadır.

Genel sağlık sigortası, aile hekimliği ve hastanelerin özerkleştirilmesi 2000’li yıllarda karşımıza çıkan sağlıkta dönüşüm politikalarıdır. Hastane yöneticisi konusunu eğitimle değil yönetim kuruluyla çözmeye çalışılmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı çalışanlarına yönetim eğitimi programı uygulaması yolu ile sağlık bakanlığının kurumsal kapasitesini güçlendirmek ve örgütsel gelişime destek vermek amaçlanmaktadır. Bilindiği gibi örgüt geliştirmenin temel taşlarından birisi de eğitimidir. Bu program yoluyla; çağdaş yönetim ilkelerine sahip, nitelikli bir yönetici kadrosu oluşturmak istenmektedir. Fakat hayata geçirilmiş bir eğitim programına bulunduğumuz bölgede daha rastlanmamıştır. Ayrıca 2000’li yıllarda toplam kalite yönetimi, özellikle de kalite güvencesi olan ISO 9000

¹ G. Uçar, Sağlık Kurumlarında Örgüt Geliştirme Çalışmaları: Mersin İl Örneği, Mersin Üniversitesi, SBE, YYLT, Mersin, 2007, s. 120.

programları uygulanmaya başlamıştır.¹ Ülkemizde sağlık insan gücü planlaması yapılırken dünyada uygulanan diğer yöntemler dikkate alınmamaktadır. Bildiğimiz gibi dünyada ihtiyaç, talep, hedef ve nüfus-insan gücü oranı olmak üzere dört yöntem kullanılmaktadır. Yalnızca bir yöntemin iyi olduğunu söylemek mümkün değildir. Her birinin avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Bu yüzden planlama yaparken bütün yöntemler bir arada düşünülmelidir.

Ülkemiz sağlık ihtiyaçları belirlenerek bugün ve yarın neler yapılması gerektiği tespit edilmeli, taleplerde meydana gelebilecek değişimler ve amaçlar belirlenerek uyumlu bir biçimde ele alınmalıdır. Bütün bu planlamaları gerçekleştirecek insan gücü ve yönetici yetiştirilmesi gerekmektedir.² Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmelere müteakip planlamalar yapılmakta ama yönetim sorununa yönelik tam açıklayıcı bir yaklaşımın ortaya konulmadığı gözlenmektedir.

ÖSYS'nin Yükseköğretim programlarını ve kontenjan durumlarını gösteren klavuzda yer alan bilgiler ışığında ülkemizde toplamda 13 okulda lisans düzeyinde sağlık yönetimi eğitimi verilmektedir. Bu okulların üç tanesi özel, on tanesi de devlete bağlı okullardır. Okulların bazıları İktisadi İdari Bilimlere bağlı, bir kısmı da sağlık bilimleri fakültesinin ve sağlık yüksekokullarının bünyesine bağlı olarak eğitim vermektedirler.³ Sağlık yönetimi konusunda eğitim alan bireylerin, sağlığa dair bilgili olmaları yanında, ekonomi, işletme, sosyoloji gibi birçok alanda bilgiye sahip olmalıdır. Aslında 2000'li yıllarda sağlık hizmetlerine dair en büyük değişim Kamu Hastaneler Birliği (KHB) ile hastanelerde olmuştur.

¹ B. Aydın, Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2007, s. 9-10;
<http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/bilge.aydin-das-2007-yazi.pdf>, (11.10.2014)

² F. Şantaş - Ö. Özer - Ü. Çıraklı, "Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan gücü Planlaması", Çankırı Karatekin Üniversitesi, İİBF Dergisi, F. Şantaş, Ö. Özer ve Ü. Çıraklı, C. 2, S. 2, s. 45-59, Güz 2012, s. 56-57; iibfdergi.karatekin.edu.tr/DergiPdfDetay.aspx?ID=48, (11.11.2014)

³ M. Çimen, "Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetimi Eğitimi", Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, C. 1, S. 3, İstanbul, 2010, s. 137.

2. KAMU HASTANELER BİRLİĞİ ve TARİHÇESİ

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, belirlediği politikalara ve hedeflere uygun olacak şekilde, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nu, ikinci ve üçüncü basamakta verilen tüm sağlık hizmetlerini veren hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve benzer diğer kuruluşların kurulması, yürütülmesi, hizmetlerin takibinin yapılması, denetleme ve geri dönüşümün sağlanması, hastanelerde verilen koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilebilmesi için bakanlığa bağlı olacak şekilde kurmuştur.¹ Bu kurum hastaneler, diyaliz merkezleri gibi sağlık hizmeti verecek kuruluşlarını kurmaya, birleştirmeye, tasfiye etmeye ve ayırmaya yetkili olacaktır. Personeli atama, nakletme, emekli etme, hastaneye dair komisyonlar kurmak, kurum hizmetlerinin gerektirdiği alım, satım, kiralama işlerini yapmak, çalışan ve hasta güvenliğine, hastaların haklarına, yönelik iyileştirme ve geliştirme etütleri yapmak, değerlendirme sistematığı için alt yapı kurmak, rapor hazırlamak, tüm koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini sağlamak, diğer kamu ve özel kurumlarla iş birliği yapmak yetki ve sorumluluklarına da sahiptir.

Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılabilmesi için kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlar, illerde Kamu Hastaneler Birliği (KHB) aracılığıyla işletilir. Bir ilde birlik kapsamı dışında sağlık kurumu kalmaz ve gerekirse hizmet büyüklüğüne göre birden fazla birlik kurulabilir. Ayrıca belli bölgelerdeki ya da birden çok birliğin bulunduğu illerde ise kurulan birliklerden birisi koordinatörlük görevini üstlenir. Genel sekreterlik karar verme ve yürütmeyi sağlama sorumluluğuyla birliğin en üst organıdır. Genel sekreterlikle beraber birlik bünyesinde tıbbi, mali hizmetler ve idari hizmetler şeklinde hastane yöneticilikleri bulunur. Hastaneler, hastane yöneticisi tarafından yönetilir ve yönetici bu sorumluluğu yerine getirirken başhekim, mali ve idari işler ve bakım hizmetleri ile çalışır. Genel sekreter tarafından kurumun norm ve

¹ Tengilimoğlu – Işık - Akbolat, s. 191

standartlarını aşmamak koşuluyla belirlenen başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur.

Kamu Hastaneler Kurumu ve KHB, Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması; 06.04.2011 tarihli ve 6223 sayılı kanunun verdiği yetkiye dayanılarak bakanlar kurulunca 11.10.2011 tarihinde 663 sayılı KHK ile kararlaştırılmıştır. Çıkarılan KHK sonrası 2012 yılında başta on dört ilde pilot uygulama olmak üzere kamu hastane birlikleri kurulmuştur. Bu kararname ile hastane yönetimine daha fazla bir oluşum katılmış olup, hastanelerde ki tek söz sahibi olan başhekim yetki ve sorumluluklarının büyük bir kısmını genel sekreterliğe devretmiştir.

3. KAMU HASTANELER BİRLİĞİ ORGANLARI

KHB'nin organları, Genel Sekreterlik ve Hastane Yöneticiliklerinden oluşur. Fakat ilk verilen tasarıda Yönetim Kurulu adı altında, en üst yetkiye sahip bir organ daha örgüte dahil edilmiştir.¹ Sonradan kararnamede yer almayan Yönetim Kurulu üyeleri ve özellikleri aşağıda olduğu gibi açıklanabilir:

Yönetim Kurulu Birliğin en üst organıdır ve aşağıdaki üyelerden oluşur.

*İl Genel Meclisinin belirlediği hukuk fakültesi mezunu bir üye,

*İl Genel Meclisinin belirlediği yeminli mali müşavir ya da mali müşavir

*Valilik Makamı'nca belirlenmiş işletme, iktisat ya da maliye alanından birinde lisans tamamlamış bir üye

*Bakanlığın tayin ettiği tıp eğitimi almış bir üye

¹, T.C. Başbakanlık Kanunlar ve Kararlar Genel Müdürlüğü, S. B.02.0.KKG.0.10/101-1349/942, Konu : Kanun Tasarısı,06/03/2007, Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığına, Kamu Hastaneler Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, Madde: 1-2-3; <http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>, 02.05.2012

*Yine Bakanlık tarafından belirlenmiş sağlık hizmetlerinde tecrübeli, lisans mezunu bir üye

*Ticaret Odası tarafından belirlenen lisans mezunu bir üye

*Sağlık İl Müdürü ya da ilde birden çok birlik kurulmuşsa bakanlığın tayin ettiği il sağlık müdür yardımcısı

Yönetim kurulu üyeleri kamu ya da özel sektörde en az sekiz yıllık iş tecrübesine sahip olmalıdır, üst üste üç defa ya da senede beş defa kurula katılmazlarsa üyeliklerine son verilir. Eş ve ikinci derece akrabaları ile birlikte ticari ilişkiler içinde olamaz. Üyeler başka bir birlikte yönetim kurulu üyesi olamaz. İlk toplantıda kurul bir başkan ve bir başkan vekili seçer. Yönetim kurulu ayda en az bir defa ve toplamda en az beş kişi ile toplanır.

Yönetim kurulunun görevlerini ise şu şekilde özetlemek mümkündür:

*Bakanlığın belirlediği mevzuata uygun şekilde ve stratejik plana göre senelik çalışma programı hazırlamak,

*Birliğin bölgesi içinde halkın ihtiyaçlarına karşılık gelecek şekilde hizmetlerin etkin ve kolay ulaşılabilir olmasını sağlamak,

*Sene sonu maliyet sonuçlarına ve hizmet çıktılarına göre yatırımlara dair seçenekleri değerlendirmek ve karar almak.

*Birliğe ait her türlü taşınır ya da taşınmaz tüm varlıkları satmak, kiraya vermek, kiralamak, devir ya da takas işlemlerini yürütmek,

*Dava ve icra takiplerinin, hak ve alacaklarda uzlaşma sağlamak, haklardan vazgeçmek ve onay vermek, kanun yollarına başvurulmamasına karar vermek,

*Yürürlükteki ihale kurallarına uygun olarak yetki paylaşımını yapmak,

*Kullanılan nakitleri aktif büyüklükleri dikkate alınarak ilk 10 banka hesabında değerlendirme kararı almak,

*İhtiyaç halinde tıbbi uzmanlık hizmeti satın alınması kararını almak,

*İş ve işgücü dağılımını yapmak, personele verilecek gerekli eğitimlerin planlamasını yapmak,

*Birliğin çalışma usulleri ile ilgili düzenlemeleri yapmak,

*Hizmetlerin başta belirlenen hedefler doğrultusunda mevzuata bağlı kalınarak yürütölüp yürütölmediğinin kontrolünü yapmak,

*Harcama limitlerini belirlemek.¹ Bütün bunlar yönetim kurulunun görevleri arasındadır.

3.1. Genel Sekreterlik

Birliğin en üst karar alma ve yürütme organı Genel Sekreterliktir. Genel Sekreter mali hizmetler, idari hizmetler ve tıbbi hizmetler başkanlıkları ile çalışır.

Genel sekreter aşağıda belirtilen görev ve yetkilerden sorumludur;

*Belirlenmiş hedefler, stratejiler, politikalar ve performans planlamalarına göre birliği yönetmek,

*Birlik çalışmalarını ve işleyişinin kontrolünü yapmak, idari işlemleri değerlendirmek, hizmet sunumunu ve idari yaptırımları gözlemlemektir. Kalite ve verimliliğin artırılmasını sağlamak,

¹, T.C. Başbakanlık Kanunlar ve Kararlar Genel Müdürlüğü, S. B.02.0.KKG.0.10/101-1349/942, Konu : Kanun Tasarısı,06/03/2007, Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığına, KHB'likleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı Madde: 1-2-3; <http://www.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>, (02.05.2012)

*Kaynakları ve personel ihtiyaçlarını belirleyerek personel dağılımını düzenlemek ve topluma daha iyi, daha kaliteli sağlık hizmeti verilmesini sağlamak,

*Diğer hastanelerle gerekli uyumu sağlamak ve kurum ve kuruluşlarla bir çalışma ortaklığı oluşturmaktır,

*Gelir gider hesaplarını oluşturarak, gelen dış teklifleri hazırlayarak kurula sunmak,

*Birliğe ait istatistik bilgilerini izlemine sağlayarak, tüm mali hesapları değerlendirmek ve gelişebilecek olumsuz durumlara karşı önlemler almak ve yapılabilecekler konusunda kuruma tavsiyelerde bulunmak,

*Etik kuralların hasta ve çalışanlar için tatbikini sağlamak ve personelin memnuniyetine ve hastaların haklarına yönelik daha iyi hizmet anlayışı ile gelişimini sağlamak,

*Mevzuatlar çerçevesinde, birliğe ait tüm gelirleri ve alacakları toplamak, tüm gider hesaplarının kontrolünü sağlamak ve ödeme işlemlerini yapmak, muhasebe hizmetlerinin uygulanmasını sağlamak,

*Birliğin diğer tüm görevlerini uygulamaktır.¹

Ayrıca genel sekreter yetki devri yoluyla yazılı olarak sınırlarını belirlediği bazı yetkilerini daha alt kademedeki yöneticilere devredebilir.

3.2. Hastane Yöneticisi

Birliğe bağlı bulunan hastaneleri, hastane yöneticileri yönetir. Hastane yöneticisi bu görevi, kendisine bağlanan başhekim, sağlık bakım hizmetleri, mali ve idari işler müdürlükleri ile yürütür.

¹, 663 Sayılı KHK, Madde: 31

Hastane yöneticilerinin görevleri şu şekilde açıklanabilir:

*Mevzuatta Genel Sekretere verilen tüm görevlere, yetkilere ve sorumluluklara hastane yöneticileri hastane bünyesinde sahiptir.

*Hastane içindeki tüm işleyişten, hizmetlerin kaliteli ve kanunlar çerçevesinde uygulanmasından genel sekreterliğe karşı sorumludur.

Birliklerin mali ve finansal kaynaklarının elde edilmesi, kullanılması ve mali denetimin yapılmasında görevli ve yetkili olanlar kaynakların etkili, ekonomik, verimli ve hukuka uygun olarak elde edilmesinden, kullanılmasından, muhasebeleştirilmesinden, raporlanmasından ve kötüye kullanılmaması için gerekli önlemlerin alınmasından sorumludur. Ayrıca bu kanunun uygulanmasında oluşabilecek sorunları giderme yetkisi sağlık bakanlığına aittir.

4. KAMU HASTANELER BİRLİĞİNE GÖRE HASTANELERİN GRUPLANDIRILMASI VE DENETİMİ

“(i) Hastaneler; altı ay ya da bir senelik bir periyod da değerlendirilir. Bu değerlendirme verilen tıbbi hizmetler ve mali tablolar ile hastaların ve çalışanların güvenliği, kalite standartları, eğitim hizmetleri dikkate alınarak belirlenen kurallar ve esaslar doğrultusunda yapılır. Değerlendirme, kurum tarafından uygun bulunan kamu ya da özel sektör değerlendirme şirketlerine de yaptırılabilir. Hastaneler bu değerlendirmenin sonucuna göre yukarıdan aşağıya olacak bir şekilde (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplara ayrılır. Birliğin içinde bulunacağı grup, aldığı puan ortalamasına göre belirlenir.

(ii) Yapılan tüm değerlendirmeler sonucunda birliğin;

a) Daha aşağıdaki bir gruba düşürülmesi,

b) (D) grubunda yer alan birliğin bu şekilde devralınması durumunda, üçüncü değerlendirme sonucunda bir üst gruba yükseltilmemesi,

c) (E) grubunda devralınan bir grubunda ikinci değerlendirmede sonucunda bir üst gruba yükseltilmemesi,

ç) Birliğe bağlı olan hastanelerden herhangi birinin üst üste yapılan iki değerlendirme sonucunda grup düşürülmesi,

d) (E) grubunda hastane ile devralınması durumunda, ikinci kez yapılan değerlendirme sonucunda da aynı hastanenin bir üst gruba çıkarılamaması durumunda Kamu Hastaneleri Kurumunca Genel Sekreter görevinden alınır. Bu fıkranın (a), (b) ve (c) bentlerinde açıklanan durumların, hastane içinde görülmesi halinde ise, Genel Sekreter tarafından Hastane Yöneticisi görevden son alınır.

(iii) Kurum Başkanına ait performans ölçümü ise tüm değerlendirmeler sonunda elde edilen, birliklerin aldığı puan ortalamasına göre belirlenir.”¹ Tüm bu değerlendirmeler birliğin geleceği için önemlidir.

5. KAMU HASTANELER BİRLİĞİNE GÖRE HEDEFLENEN SONUÇLAR

KHB'nin hedeflenen sonuçlarından önce yönetim anlayışına ve eğitimine dair kriterlerinden bahsedecek olursak Genel Sekreter, Hastane Yöneticisi, İdari ya da Mali Hizmetler Başkanlıkları, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve Müdür Yardımcısı, Mali Hizmetler Müdürü ve Müdür Yardımcısı görevine gelebilmek için, asgari dört yıllık lisans programı veren bir yükseköğretim kurumundan ya da buna eş değer yüksek öğretim kurulunun onayladığı farklı bir ülkenin öğretim kurumlarından diploma almış olma şartı aranır., Genel Sekreter olabilmek için sekiz sene, Hizmet Başkanlıkları ve Hastane Yöneticisi olabilmek için beş sene iş tecrübesinin olması şartı aranmaktadır. Kriter olarak aranan iş tecrübesinde kamu kuruluşları ya da özel

¹ 663 Sayılı KHK, Madde: 34

sektör ayrımı yoktur.¹ Burada yöneticilerde aranan iş tecrübesi ve bitirilmiş bir okuldan bahsedilmekte fakat hangi okul, hangi bölüm, hangi birimde iş tecrübesi fark etmemektedir. KHB'yle esas değişiklik yönetimde yapılmıştır şeklinde bir yaklaşıma karşılık biz böyle bilimsel yönetim anlayışı yaklaşımını göremiyoruz.

KHB'ne göre hedeflenen sonuçlar şunlardır:

- * Vatandaşa daha kaliteli hizmet verilmesi,
- * Hizmet alan hasta bireylerin hakları ve memnuniyeti ile görev yapmakta olan personelin memnuniyeti ve hasta bireylerin toplumsal ihtiyaçlarının karşılamaya yönelik verilecek hizmetler bundandır ki en az 6 aylık periyotlarla personele yönelik yapılır. Ayaktan, yatan ve acil servise başvuran hastalara hastane yatak sayısına ve belirlenen kişi sayısı göre her ay anket düzenlenip sonuçlar yönetim tarafından değerlendirilir. Değerlendirme sonucunda eksikliklerin tespiti ve düzeltici önlemler alınır. Buna yönelik düzenlemeler kararlaştırıp uygulamaya konulur. Hastalara uygulanan anketler özel şirketlere yaptırılabilceği gibi kendi kurumlarınca yapılacak ise yönlendirme yapmadan üniformasız kişiler tarafından yapılır.
- * Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin daha da kolaylaştırılması. Örnek olarak ; evde bakım hizmetleri, hemodiyaliz tedavisi alanlara evden hastaneye taşıma hizmetleri sayılabilir.
- * Her türlü tıbbi, idari, Mali hizmetlerin sevk ve idaresi ile işletilmesi ve geliştirilmesi,
- * Sağlık harcamalarının en aza indirilmesini,
- * İmkanların etkin ve verimli olarak kullanılmasını, doğru işin, doğru zamanda ve doğru biçimde yapılmasını sağlamaktır.

¹ 663 Sayılı KHK, Madde: 32

- *Eğitim ve araştırmanın desteklenmesi. Bu durum tıptaki gelişmelerin yakından takip edilmesinde ve çalışanların yapacağı çalışmalara da destek olup onları teşvik edici olmaktadır. Bunun yanında tedavi amacıyla hastaneye gelen bireylere ve yakınlarına da hasta eğitimi verilirken örneğin diyabet eğitimi polikliniğe gelen herkesin görebileceği yerlere konulan broşürlerle (akıllı ilaç kullanımı) eğitim verilmeye çalışılmaktadır.
- *Hastanede çalışan tüm personelin yönetiminin ortak tek bir yerden yapılmasını, bu durum bürokratik işlemlerin hızlı ve etkin bir biçimde yapılması ve zamandan tasarrufu da sağlar.
- *Birliğe bağlı hastanelerin koordinasyonunu ve diğer tüm kamu kurum ve kuruluşları ile bir işbirliği yapılmasını sağlamaktır.¹ Yeni yapılanma ile hedeflenen bir diğer sonuç ise yönetim kademelerinin ve yönetim felsefesinin değişimidir. Yönetici ölçütleri kanunda belirtilmiş durumdadır ve daha dinamik, daha aktif, hem hasta hem de çalışana yönelik daha iyi bir sağlık sistemine dönüşmektir.

¹ H. Ateş – H. Kırılmaz, “Bir Yönetişim Modeli Örneği: Kamu Hastane Birliği”, Sakarya Üniversitesi, s. 215-232; [http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/imagesimages/files/16\(2\).pdf](http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/imagesimages/files/16(2).pdf) (12.11.2015)

SONUÇ

Hastaneler ancak, etkili bir yönetim anlayışı ile hizmetlerini etkin olarak sunabilirler. Hastane yönetimi genel yönetimden ayrı değildir, planlama, programlama, bütçeleme, örgütleme, kadrolama, yürütme, denetim gibi bilgileri de içermektedir. Hastanenin belirlenen hedeflere ulaşabilmesi için; elde ki insan gücünü ve maddi kaynakları en verimli şekilde kullanabilmelidir. Sağlık hizmetlerindeki değişimi zorunlu kılan bazı nedenler göze çarpmaktadır. Bunlar; nüfus artışı ve uzayan yaşam süresi, sağlık bilinç seviyesinin yükselmesi, hizmetten yararlanma sıklığının artması, tıp teknolojisindeki birikimin hızlı artması ve ileri teknoloji ürünleri pahalı uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşması, akut hastalıkların öneminin azalması ve tedavisi daha pahalı olan kronik hastalıkların önem kazanmasıdır. Bu durumda tüm gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri sektörü ulusal gelirden en büyük payı alan sektördür ve bu sektör içinde en büyük yapı taşı hastaneler oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri sektörü ulusal iş gücü içinde çok büyük bir kesimi kapsamakta ve çeşitli büyüklük ve karmaşıklıkta sağlık kurum ve kuruluşlarının yönetimi büyük önem kazanmaktadır.

Sağlık hizmeti veren hastanelerin tıbbi bir kuruluş oldukları kadar ekonomik ve sosyal amacı olan kurumlar olmaları ve profesyonel yönetim eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmeleri bir zorunluluk halini almıştır. Fakat ülkemizde hastane yönetimi ile ilgili teorik ve pratik deneyime dayalı bilgi yakın tarihimizde artış göstermiştir. Ülkemiz hastane işletmeciliği sektörü yatan kapasitesi olarak yaklaşık % 94'ü kamusal otoritelerce örgütlenip yönetilen organizasyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastanelerimizin verimli çalışmadıkları ve önemli hizmet kalite sorunlarını bünyelerinde taşıdıkları birçok araştırma sonucunda ortaya konulmuştur. Hastane yöneticileri, genellikle inanılmaz karmaşık boyutta bir kurumu işletir, çok büyük bir bütçenin sorumluluğunu taşır ve yüze yakın değişik hizmet gören profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı personelin uyumunu sağlamak zorundadır. Bu noktada peki hastaneleri kim yönetmelidir sorusu kaçınılmazdır.

Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğine göre uygulamada tam yetkili başhekimdir. Peki, başhekimler hekimlik ve destek hizmetleri planlaması, organizasyonu, uygulamasını ve denetimine yönelik mevcut yasal yetkileri tam olarak kullanabiliyorlar mıdır? Ayrıca, doktorlar kültürel ve geleneksel olarak iyi takım oyuncularını değillerdir. Mesleklerinin doğası gereği, astları kendi takımlarını destekleseler de bireysel, hastalar için verilen sorumluluk önemlidir, bir takımda etkilim olarak çalışmak, bir tek oyuncu olmanın gerektirdiğinden farklı beceriler gerektir ve doktorların pek az çoğunluğu bunun için çaba sarf eder. Ülkemizde yönetim anlayışını bilimsel anlamda karşılamaya yönelik 1963 yılından itibaren Sağlık İdaresi Yüksekokulları açılmaya başlamıştır. İhtiyacı tam olarak karşılayacak kadar mezun veremeseler de bu hastane yönetimi konusunda büyük bir adımdır. Ayrıca zaman içinde sağlık kurumları işletmeciliğinin rolleri değişmiş ve 1920-1950 yılları arası iş yöneticisi, 1950-1970 arası koordinatör, 1970-1980 arası genel müdür ve 1980 sonrası yönetim ekibi önderi biçiminde bir ilerleyiş göstermiştir. 2000’li yıllarda da önemli üç rolden; stratejist rolü, tasarımcı rolü, önderlik rolünden bahsedilmeye başlanmıştır.

Oldukça karmaşık fonksiyonel yönetici karmasını içeren hastanelerin en üst yönetiminde yer alan yöneticinin kim olduğu ya da olacağından çok; yönetim yaklaşımı ve bu yaklaşımı sergileyebileceği örgütsel yapının nasıl olması gerektiği daha önemlidir. Sağlık hizmetlerinin yerleştirilmesi konusunda dünya da yaşanan gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de bu konu uzun yıllar tartışılmış, başta kalkınma planı olmak üzere çeşitli kuruluşların hazırladıkları raporlarda sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından sunumu ve özellikle hastanelerin idari ve mali açıdan özerk hale getirilmesi söz konusu olmuştur. Ayrıca Sayıştay’ın 2005 de hastaneler üzerine yaptığı performans denetimine yönelik raporun da özellikle hastane yönetiminin çağdaş standartlarda olmadığı, yetki ve sorumlulukların açıkça belirtilmediği ve hesap verme sorumluluğunun yaygınlaştırılması hususunda vurgu yapılmış olup hastane yöneticilerinin bu konuda eğitim almış ve deneyimli kişilerden seçilmediği, uzmanlaşmış yönetim ekiplerince yönetilmediğinden bahsedilmektedir. Bu yaklaşımlardan yola çıkarak yönetim sorununun çözülmesi kaçınılmazdır.

663 sayılı KHK ile Kamu Hastaneler Kurumu ve bu kuruma bağı KHB kurulmuştur. Bu kararnamede birliğin organları genel sekreterlik ve hastane yöneticisinden oluşur. Bu kararname kamu hastanelerinde yönetim anlayışına yeni bir boyut getirmiştir. Yöneticilerin almaları gereken yönetici eğitimine dair branşlar ayrıca belirtilmese de belli iş deneyimi ve lisans mezunu olmalarının gerekliliği dikkat çekmektedir. Hastaneleri özelleştirmeye zemin hazırlama olarak da değerlendirilebilecek KHB uygulaması yeni başlayan ve umarız ileride çözüme ulaşan bir hastane yönetimi anlayışı beklentisi halinde kalmıştır.

Çiçek hastalığının kökü kazındığında bunu dünya ya duyuran bilim adamının dediği gibi “çiçek hastalığının kökü kazındı, şimdi sıra yönetimde” sözü hala geçerliliğini korumaktadır. Türkiye’de 1960’lı yıllarda başlayan Sağlık Hizmetleri Yönetimi eğitimleri mezun vermiş ve vermeye devam etmektedir. Tıp dünyasında yaşanan teknolojik gelişmeler, arzın değişen yüksek beklentileri, karşılaşılan tedavisi pahalı hastalıklar, artan harcamalar ve değişen yetişmiş iş gücü ihtiyacı sağlık için yönetimin profesyonel olması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Fakat uygulamada hala sağlık hizmetlerinde ve hastane yönetiminde, çoğu pozisyonda işleyiş politika destekli doktorlar tarafından yürütölmektedir.

KAYNAKÇA

- Ak, B., Hastane Yöneticiliği, Ankara, 1990
- Ak, B. - Sevin, H. D., “Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri”, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi (2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri Ve Kurumları Yönetimi), Ankara, 2000
- Akbolat, M., Türkiye Sağlık Sektöründe Rekabet Stratejileri: Hastaneler Üzerine Bir Araştırma, Sakarya Üniversitesi, SBE, YDT, Sakarya, 2009
- Akdağ, R., Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, ATAÜZEM
- Akdur, R., Sağlık Sektörü, “Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”, Ankara, 2003
- Akdur, R., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslama, Ankara, 1999, (Düzenleme 2005)
- Akyollu, I., Hemodiyalize Bağlı Hastaların Tıp Sosyolojisi Açısından İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, SBE, YDT, Ankara, 1994
- Alpugan, O., Hastane İşletmeciliği, (Seçme Yazılar) (Der. H. Seçim), Eskişehir, 1995
- Ateş, M., Sağlık İşletmeciliği, (Ed. M. Ateş), İstanbul, 2011
- Asunakutlu, T., “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Yayımlanmamış Ders Notları, BEÜ, İstanbul, 2012
- Baloğlu, B., Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık, İstanbul, 2006

- Can, A. - İbicioğlu, H., “Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF Dergisi, C.13, S.3, Isparta, 2008
- Cirhinlioğlu, Z., Sağlık Sosyolojisi, Ankara, 2011
- Çelik, Y., “Sağlık Kurumları ve Değişen Çevresi”, Sağlık Kurumları Yönetimi-I, (Ed. M. Tatar),Eskişehir, 2012
- Çimen, M., “Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetimi Eğitimi”, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, C. 1, S. 3, İstanbul, 2010,
- Illich, I., Sağlığın Gaspı, (Çev. S. Sertabiboğlu), İstanbul, 2011
- Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000
- Kavuncubaşı, Ş. - Yıldırım, S., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010
- Kaya, A., Türkiye’deki Kamu Hastanelerinde Halkla İlişkiler ve Tanıtım Eksikliği Sorunu, BEÜ, SBE, YYLT, İstanbul, 2005
- Kaya, E., Sağlık Kurumlarında Örgüt Kültürü, (Burdur-Isparta Örneği), Süleyman Demirel Üniversitesi, SBE, YYLT, Isparta, 2007
- Kılınç, Ç. C., Sağlık Sektöründe Faaliyette Bulunan Hastane İşletmelerinde, Müşteri İlişkileri ve Yönetim Üzerine Teorik ve Uygulamalı Bir Çalışma, Selçuk Üniversitesi, SBE, YYLT, Konya, 2005
- Kısa, A., Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, 2002
- Kiremitçi, İ., İzmir İlinde Bulunan II. Basamak Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin Özdeğerlendirme Modelini Algılama Düzeyleri, Dokuz Eylül Üniversitesi, SABE, (YYLT), İzmir, 2009
- Kurtulmuş, S., Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998

- Kutun, F. Ç., Hastanelerde Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Etkinliğinin Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi, SABE, YYLT, İstanbul, 2011
- Menderes, M. - Ersoy, K., Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar), (Der. H. Seçim), Eskişehir, 1995
- Öztek, Z.,” Sağlık Kavramları ve Sağlık Hizmetleri”, Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı, Yıl. 7, S. 39, Ankara, 2001
- Seçim, H., ‘Türkiye de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi’, Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, İstanbul, 1991
- Sezgin, D., Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık, İstanbul, 2011
- Tatar, M. - Şahin, İ. - Erigüç, G., 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 2000 li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000
- Tengilimoğlu, D. - Işık, O. - Akbolat, M., Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2012
- Turner, B. S., Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi, (Çev. Ü. Tatlıcan), Bursa, 2011
- Uçar, G.,Sağlık Kurumlarında Örgüt Geliştirme Çalışmaları: Mersin İl Örneği, Mersin Üniversitesi, SBE, YYLT, Mersin, 2007,
- Açıkdilli, G. - Kırkbeşoğlu, E., Yönetim ve Örgüt;
http://www.baskent.edu.tr/~erdemk/YBS112_Hafta9.pdf , (09.10.2014)
- Asunakutlu, T., Sağlık Hizmetlerinde Kalite;
<http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>, (22.10.2014)
- Ateş, H – Kırılmaz H, “Bir Yönetişim Modeli Örneği: Kamu Hastane Birliği”, Sakarya Üniversitesi;
[http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/imagesimages/files/16\(2\).pdf](http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/imagesimages/files/16(2).pdf), (12.11.2015)

- Aydın, B., Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi – 2007;
<http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/bilge.aydin-das-2007-yazi.pdf> (11.10.2014)
- Bilgili, E. - Ecevit, E., “Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 11, S. 2, 2008;
<http://www.saglikidaresidergisi.hacettepe.edu.tr/Makale/112/3.pdf>, (21.10.2014)
- Çiner, C. U. - Fişek, A. G., Sağlıkta Sosyalleştirme: “Genel” ile “Yerel”in Önemi;
<http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=73>, (05.07.2014)
- Gökçe, O. - Şahin, A., “Yönetimde Rol Kavramı ve Yönetimsel Roller”, Selçuk Üniversitesi, İİBF, Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi;
www.sead.selcuk.edu.tr (13.10.2014)
- Hayran, O., Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmet Sektörleri;
<http://www.merih.net/m1/wosmhay12.htm>, (23.11.2014)
- Hayran, O., Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi;
<http://www.merih.net/m1/0mangmt.htm>, (02.04.2013)
- Özcan, S. - Baş, K. - Taş, Y., Sağlık Sektöründe Bilgi Asimetrisinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Yalova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Bir Uygulama, (international conference on eurasian economies 2013);
<http://www.eecon.info/papers/673.pdf>, (09.10.2014),
- Özgen, H. - Öztürk, A., Türkiye’deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma;
<http://www.merih.net/m1/hastane1.htm>, (02.04.2013)

- Rüzgar, N. - Kurt, M., “Yöneticiler Aslında Ne Yapar? Yönetici Rollerini Hakkında Bursa Merkezli İşletmelerde Bir Araştırma”, İşletme Araştırma Dergisi; http://www.isarder.org/isardercom/2013vol5issue4/vol.5_issue.4_article03_full_text.pdf, (09/09/2014),
- Şantaş, F. - Özer, Ö. - Çıraklı, Ü., “Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan gücü Planlaması”, Çankırı Karatekin Üniversitesi, İİBF Dergisi, C. 2, S. 2, Güz 2012; iibfdergi.karatekin.edu.tr/DergiPdfDetay.aspx?ID=48, (11.11.2014)
- Sargutan, A. E., “Sağlık Sektöründe Hizmet Talebi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 8, S. 3, 2005; <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Makale/83/8036.pdf>, (10.10.2014)
- Sur, H., “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”; <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, (05.05.2013)
- Şahin, Ü., Hastane İşletmeciliği Yönetimi; www.karsid.org.tr/.../hastane%20işletmeciliği%20yönetimi, (03.04.2013)
- Şeker, Ş. E., “MIS Sözlük”, Mintzberg'in 10 Yönetici Rolü; <http://mis.sadievrenseker.com/2014/09/mintzbergin-10-yonetici-rolu/>, (12.11.2014)
-, ATAÜZEM, Sosyal Antropoloji, Yayımlanmamış Ders Notları , Erzurum, 2011,
- “Sağlık Sistemi”, Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü, (Nalçalı, E. - Hamzaoglu, O. - Özalp, E., Ed.), İstanbul, 2006
-, Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü; <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf>, (11.10.2014)

....., T.C. S.B. , I. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları, Ankara, 1992

....., 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Ankara, 2/11/2011, 28103

....., T.C. Başbakanlık Kanunlar ve Kararlar Genel Müdürlüğü, Sayı:
B.02.0.KKG.0.10/101-1349/942, Konu : Kanun Tasarısı,06/03/2007, Türkiye Büyük
Millet Meclisi Başkanlığına, Kamu Hastaneler Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında
Kanun Tasarısı; <http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>, (02.05.2012)

....., Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, 1993;
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf>, (06.06.2014)

....., Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete: 13 Ocak 1983 –
17927;
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=311:yatakli-tedavikurumlari-letme-yetmel&Itemid=33, (12.06.2014)

....., Beş Yıllık Kalkınma Planları, Kamu Hizmetlerinin Bölümleri, Sağlık;
<http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx>, (20.05.2013)

....., Sayısı:224 R.G. Tarihi:12.01.1961 R.G. Sayısı:10705 Sağlık Hizmetlerinin
Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun; <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html> (11.11.2014)

....., 1961 Anayasası, Üçüncü Bölüm, “ Sosyal ve İktisadi Haklar ve Ödevler”, VII.
Sağlık Hakkı, Madde 49; <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>,
(09.10.2014)

....., Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 05 Mayıs 2005 tarih ve 25806
Sayılı Resmi Gazete;
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_yon/yatakli_tedavi_kurumlari_isletme_yonetmeligi.pdf, (12.08.2014)

..... Sağlık Kurumları İşletmeciliği; https://books.google.com.tr/books?id=wQQf_c8i-PcC&pg=PA53&lpg=PA53&dq=stratejist+rol%C3%BC&source=bl&ots=koLh-Pyilz&sig=kQW6_XosbgrxKBj1nY7IqK7WsY8&hl=tr&sa=X&ei=lZyyVOuYH8mBUcelgI&ved=0CB4Q6AEwAQ#v=onepage&q=stratejist%20rol%C3%BC&f=false, (11.11.2014)

....., Muhasebe Dersleri; <http://www.muhasabedersleri.com/ekonomi/hizmet.html>, (11.10.2014)

ÖZGEÇMİŞ

02.06.1973 Yenice doğumluyum. İlkokulu, Yenice Köyü İnönü İlköğretim Okulunda, ortaokulu Muğla Merkez Ortaokulunda, lise öğrenimimi Muğla Sağlık Meslek Lisesinde tamamladım. 1991 yılında hemşire olarak Sağlık Bakanlığı bünyesinde göreve başladım ve Uludağ Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Hemşirelik Bölümüne devam ettim sonrasında Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümünü bitirdim. Halen Muğla Merkez II No'lu Bayır Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda hemşire olarak görev yapmaktayım. Ayrıca UMKE (Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi) gönüllüsüyüm.

Özgül YENİCE