

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

**KAMU HASTANELERİNDE ORGANİZASYON,
YÖNETİM VE BAŞLICA SORUNLARI**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Tahsin GÖKDAL

İstanbul, 2014

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

**KAMU HASTANELERİNDE ORGANİZASYON,
YÖNETİM VE BAŞLICA SORUNLARI**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Tahsin GÖKDAL

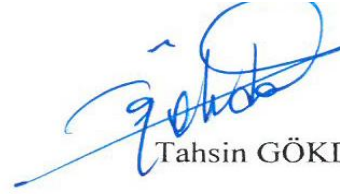
Öğrenci No:
1207460051

Danışman:
Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İstanbul, 2014

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “ Kamu Hastanelerinde Organizasyon, Yönetim ve Başlıca Sorunları ” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 12/09/2014



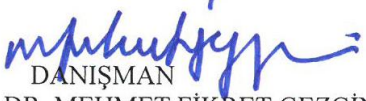
Tahsin GÖKDAL

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

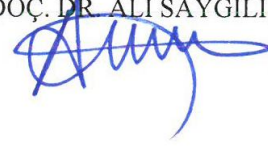
12/09/2014

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **1207460051** numaralı **Tahsin GÖKDAL**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Kamu Hastanelerinde Organizasyon, Yönetim ve Başlıca Sorunlar*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 02.09.2014 tarih ve 2014/23 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince **50** dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/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
YRD. DOÇ. DR. ALİ SAYGILI



ÜYE
YRD. DOÇ. DR. ERKUT ALTINDAĞ



Adı ve Soyadı : Tahsin GÖKDAL
Danışman : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2014
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Organizasyon, Kamu Hastaneleri, Yönetim ve Sorunlar

ÖZ

KAMU HASTANELERİNDE ORGANİZASYON,

YÖNETİM VE BAŞLICA SORUNLARI

Hastaneler oldukça karmaşık organizasyonlardır ve bir takım yönetim ve organizasyon sorunları mevcuttur. Türkiye'nin Sağlık sistemi içerisinde yer alan kamu hastanelerinde de benzer sorunlar mevcuttur. Personel sorunları, finansman sorunları, sağlık hizmetinin talebinden kaynaklanan sorunlar, fiziki yapıdan kaynaklanan sorunlar, iş bölümü ve uzlaşmadan kaynaklanan sorunlar, yönetim sorunları bunlardan bazılarıdır. Hastanelerde görülen bu sorunların çözümü de ancak modern yönetim anlayışına sahip yöneticilerin iş başına getirilmesi ile mümkün olur. Sağlık ve yönetimle ilgili politikaların istikrarlı bir şekilde uygulamaları gerekmektedir. Sağlık yönetim sistemimiz ile bütün kademelerinde görülen yönetim ve organizasyon sorunları; ülkemizin şartları doğrultusunda yeni bir sistemin hayata geçirilmesini elzem hale getirmiştir. Yapılan bu çalışmayla kamu hastanelerinin eski yönetim ve organizasyon yapıları ile teşkilat yasası doğrultusunda yeniden şekillenen yönetim ve organizasyon yapıları ayrıca bu yönetim ve organizasyon yapılarında karşılaşılan sorunlar ortaya konmuştur. Hastanelerde karşılaşılan en önemli sorun, yönetim ve personel sorunudur. Hastanelerimizin de, modern bir yönetim anlayışı ile kaliteli ve etkin bir sağlık hizmeti sunumu verebilmesi için devlet ve personel politikalarının bu yönde, siyasi çekişmelerden uzak uygulanması gerekmektedir.

Name and Surname : Tahsin GÖKDAL
Advisor : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Type and Date : Master's Degree, 2014
Major : Hospital and Health Care Management
Key Words : Organizations, Public Hospitals, Management and Issues

ABSTRACT

ORGANIZATION IN PUBLIC HOSPITALS, MANAGEMENT AND MAIN PROBLEMS

Hospitals are very complex organization and there are a number of management and organization problems. Turkey is located within the health system, there are similar problems in public hospitals. Staff problems, financial problems, health care problems arising from the demands of the physical structure problems caused, arising from the division of labor and reconciliation issues, management issues are some of them. The solution of this problem is also seen in hospitals but with a modern management approach is possible with the introduction of managers per job. Health related policies and management practices must be in a stable manner. With health management system at all levels of management and organization problems seen; countries in accordance with the terms of our implementation of a new system has made it essential. Through this work the old management and organizational structure of public hospitals in line with the organization's law also reshaped the structure and management problems encountered in the management and organizational structure have been revealed. The most important problem encountered in hospital management and staff is a problem. At our hospital, with a solid understanding of modern management and effective delivery of health services and personnel policies in order to provide the state in this direction, away from political strife should be applied.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ v

ŞEKİLLER LİSTESİ vi

KISALTMALAR vii

GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANELERLE İLGİLİ TEMEL BİLGİLER

1. HASTANE KAVRAMI 3

2. HASTANELERİN TARİHİ GELİŞİMİ 7

2.1. Hastanelerin Dünya’daki Tarihi Gelişimi 7

2.2. Hastanelerin Türklerdeki Tarihi Gelişimi 9

3. HASTANELERİN AMAÇLARI 13

4. HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI 15

4.1. Verdikleri Tedavi Hizmetinin Türüne Göre Hastaneler 15

4.1.1. Eğitim-Araştırma Hastaneleri 16

4.1.2. Genel Hastaneler 16

4.1.3. Özel Dal Hastaneleri 17

4.2. Mülkiyet Türüne Göre Hastaneler 17

4.2.1. Devlet Hastaneleri 17

4.2.2. Üniversite Hastaneleri 17

4.2.3. Dernek veya Vakıf Hastaneleri 18

4.2.4. Özel Hastaneler 18

4.3. Büyüklüklerine Göre (Yatak Kapasitesi) Hastaneler 18

4.4. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler	20
4.5. Hastaların Yatış Süresine Göre Hastaneler	20
4.6. Hizmet Basamaklarına Göre Hastaneler	21
5. HASTANE FONKSİYONLARI	21
5.1. Tıbbi Fonksiyonlar	21
5.2. Araştırma-Geliştirme Fonksiyonu.....	22
5.3. Eğitim Fonksiyonu	23
5.4. İdari-Mali Fonksiyonlar	24
5.5. Otelcilik Fonksiyonu	25

İKİNCİ BÖLÜM

ORGANİZASYON OLARAK HASTANELER

1. TÜRKİYE’DE HASTANELERİN ORGANİZASYON YAPISI VE YÖNETİM ORGANLARI	26
1.1. Sağlık Bakanlığı	27
1.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	28
1.2.1. Kamu Hastane Birlikleri.....	31
1.2.1.1 Genel Sekreterlik	33
1.2.1.2. Hastane Yöneticiliği ve Başhekimlik	33
1.2.1.3. Bilimsel Kurullar	34
1.3. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.....	37
1.3.1. Halk Sağlığı Müdürlükleri	40
1.3.2. İlçe Devlet Hastaneleri	42
1.3.3. Toplum Sağlığı Merkezleri	43
1.4. İl Sağlık Müdürlükleri.....	44
2. GELİŞMİŞ BAZI ÜLKELERDE HASTANELERİN ORGANİZASYON YAPISI.....	46
3. HASTANEDE HİZMET GRUPLARININ ORGANİZASYONU	48
4. SİSTEMLER YAKLAŞIMI AÇISINDAN HASTANE ORGANİZASYONU	50
5. HASTANE ORGANİZASYONLARININ ÖZELLİKLERİ	55
5.1. Hastanelerde Karmaşık Yapı	55

5.2. Hastane Kuruluş Yeri ve Mimari Özellikleri	56
5.3. Hastanelerde Sağlık Hizmeti Üretimi	57
5.4. Hastane Faaliyetlerinde Süreklilik	58
5.5. Hastanede Sosyal Yaşam	59
5.6. Hastanede Teorik ve Pratik Eğitim	59
5.7. Hastane Personeli İçin Avantaj ve Dezavantajlar	60

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNETSEL AÇIDAN HASTANE

1. HASTANE YÖNETİMİ VE TÜRLERİ	61
1.1. Devlet Hastaneleri Yönetimi.....	61
1.2. Üniversite Hastaneleri Yönetimi.....	63
2. HASTANE YÖNETİMİNDE HİZMET VERİMLİLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	63
2.1. İnsan Kaynakları	64
2.2. Sermaye.....	65
2.3. Teknoloji ve Malzeme	66
2.4. Hukuki Düzenlemeler	67
2.5. Zaman.....	68
2.6. Fiziki Tesisler.....	69
3. HASTANE YÖNETİCİLİĞİNİN GELİŞİMİ.....	70
3.1. Hastane Yöneticiliğinin Dünya'daki Gelişimi	71
3.2. Hastane Yöneticiliğinin Türkiye'deki Gelişimi	71
4. HASTANE YÖNETİCİSİ VE ROLLERİ	72
4.1. İş Yöneticisi Rolü.....	75
4.2. Koordinasyonu Sağlama Rolü	75
4.3. Genel Müdür Rolü	76
4.4. Yönetim Ekibi Önderi Rolü	77

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

HASTANELERDE YÖNETİM VE ORGANİZASYON SORUNLARI

1. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNDEN KAYNAKLANAN YÖNETİM SORUNLARI.....	78
2. ORGANİZASYON YAPISINDAN KAYNAKLANAN YÖNETİM SORUNLARI.....	79
2.1. İş Bölümü ve Uzmanlaşmadan Kaynaklanan Sorunlar.....	79
2.2. Yetki ve Sorumluluğun Denk Olmaması	80
2.3. İş Tanımlarının ve İlişkilerinin Belirsizliği.....	81
2.4. Örgütsel Çatışma.....	81
3. FİZİKİ YETERLİLİK AÇISINDAN HASTANE VE HASTA YATAĞI SAYISI	85
3.1. Türkiye'nin Hastane ve Hasta Yatağı Durumu.....	85
3.2. Hasta Yataklarının Bölgelere ve Nüfusa Göre Dağılımı	87
4. PERSONEL SORUNLARI.....	88
4.1. Türkiye'nin Sağlık Personelinin Durumu	88
4.2. Sağlık Personelinin Coğrafi Dağılımı	90
4.3. Diğer Personel Sorunları	92
5. DENETİM VE DEĞERLENDİRME SORUNLARI.....	93
5.1. Denetim Sorunu	93
5.2. Değerlendirme Sorunu	94
6. FİNANSMAN SORUNU	94
6.1. Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve GSMH İçindeki Payı	94
6.2. Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları	96
6.3. Sağlık Hizmetlerinde Kaynak Harcamaları	97
7. DİĞER ÖNEMLİ SORUNLAR	97
7.1. Mevzuat Sorunu	97
7.2. Fiziki Yapı Sorunları.....	98
7.3. Dış Çevreden Kaynaklanan Yönetim Sorunları.....	102
SONUÇ	104
KAYNAKÇA.....	108

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No.
Tablo 1. Ülkemizde Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı	86
Tablo 2. Ülkemizde Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı	87
Tablo 3. Her 10.000 Kişiyeye Düşen Yatak Sayısının Bölgelere Göre Dağılımı.....	88
Tablo 4. Yıllara Göre Bazı Sağlık Personelinin Sayıları	89
Tablo 5. Yıllara Göre 1.000 Kişiyeye Düşen Sağlık Personeli Sayısı.....	90
Tablo 6. 1.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısı.....	91
Tablo 7. 1.000 Kişiyeye Düşen Hemşire Sayısı	91
Tablo 8. Yıllara göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı..	95
Tablo 9. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması	96

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No..
Şekil 1. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması.....	28
Şekil 2. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun Teşkilat Şeması.....	30
Şekil 3. Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Teşkilat Şeması.....	32
Şekil 4. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Teşkilat Şeması	40
Şekil 5. Halk Sağlığı Müdürlüğü Teşkilat Şeması	42
Şekil 6. İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması	46
Şekil 7. Yönetim İşlevleri.....	73
Şekil 8. Çatışma/Örgütsel Performans İlişkisi.....	83
Şekil 9. Hava Sıcaklığı Değişikliğinin Günlük Ortalama Hata Sayılarına Etkisi	100

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devleti
ASKOM	: İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu
C.	: Cilt
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	: Gayri Safi Milli Hâsıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
KHB	: Kamu Hastaneler Birliği
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
m.	: Madde
MÖ	: Milattan Önce
PDC	: Personel Dağılım Cetveli
RG	: Resmi Gazete
s.	: Sayfa
S.	: Sayı
SB	:Sağlık Bakanlığı
SBE	: Sosyal Bilimler Enstitüsü

SiYO	: Sağlık İdaresi Yüksek Okulu
ss.	: Sayfa sayıları
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TKHK	: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
TOKİ	: Toplu Konut İdaresi
Vb.	:Ve benzeri
Vs.	: Ve sair
YDT	:Yayımlanmamış Doktora Tezi
YTKİY	: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

GİRİŞ

-Çalışma Konusunun Seçimi: Yataklı tedavi kurumları olan hastaneler, yönetilmesi çok zor ve karmaşık kurumlardır. Sağlık hizmetlerinin sunumu, devletin sağlık politikaları ve teknolojik gelişmelerin paralelinde yeniden yapılanan kamu hastanelerinde görülen problemlerin önemli olduğu fark edilmiştir.

Sürekli olarak değişen ve gelişim gösteren hastanelerde, yitirilen sağlığın yeniden kazanılması uğrunda birçok meslek unvanıyla, fedakârca çalışan sağlık camiasının yönetimi, sorunları ve organizasyon yapıları ve bu organizasyon yapılarının ayrıntılı olarak incelenmesi gerektiğinden dolayı bu konu seçilmiştir.

-Çalışmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı, kamu hastanelerinin organizasyon ve yönetim yapılarının incelenmesi ve bu kurumlarda görülen sorunların tespit edilerek çözüme yönelik bilgiler verilmesidir. Özellikle kamu hastanelerinde yönetim, organizasyon ve personel konularında görülen sorunlara dikkat çekmek amaçlanmış, ayrıca çözüme yönelik yapılması gerekenlerden bahsedilmiştir.

Bu amaçla çalışmada hastanelerin gelişimleri, hastane yönetim sistemleri ve organizasyon yapıları açıklanmaya çalışılmış, nihai olarak da kamu hastanelerinde ve organizasyon yapılarının sorunlar üzerinde durulmuştur.

-Çalışmanın Önemi: Öteden beri önem arz eden hastaneler, günümüz dünyasında daha da önemli hale gelmiştir. Özellikle Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısının değişmesiyle beraber köklü bir değişikliğe uğrayan kamu hastaneleri son yönetim ve organizasyon şekilleriyle değerlendirilmiştir.

Binlerle ifade edilen personel sayısı ve bir o kadarda güçlü bütçesiyle insanlığa hizmet eden hastanelerin, çok yönlü olarak farklı bir bakış açısıyla ele alınması bu konuda yapılan çalışmayı değerli kılacaktır. Ayrıca kamu hastaneleri alanında yapılan bu çalışmanın önemli bir kaynak teşkil etmesi de amaçlanmıştır.

-Çalışma Planı: Bu çalışma dört bölümden meydana gelmiştir. Birinci bölümde hastane kavramı, hastanelerin tarihsel süreç içerisindeki gelişimi, hastanelerin amaçları, sınıflandırılmaları ve fonksiyonları anlatılmıştır.

İkinci bölümde Türkiye’de hastanelerin organizasyon yapısı ve yönetim organları, gelişmiş bazı ülkelerdeki hastanelerin organizasyon yapısı, hastanelerdeki hizmet gruplarının organizasyonu, sistemler yaklaşımı açısından hastane organizasyonu, hastane organizasyonlarının özellikleri; üçüncü bölümde hastane yönetimi ve türleri, hastane yönetiminde hizmetlerin verimliliğini etkileyen faktörler, hastane yöneticiliğinin gelişimi ve hastane yöneticisinin rolleri anlatılmıştır. Dördüncü bölümde ise kamu hastanelerindeki yönetim ve organizasyon sorunlarından bahsedilerek sonuç kısmıyla bazı genel yargılara ulaşılarak çalışma sonlandırılmıştır.

-Kullanılan Metot ve Teknikler: Kamu Hastanelerine yönelik olan bu çalışma, sadece teorik nitelikte olup, tarihçi metot ve kaynak taraması tekniğinden faydalanılmış ve ayrıca istatistiki verilerden yararlanılmıştır. Konunun özelliklerine göre çalışma içerisinde yer yer mesleki bilgi ve birikim, deneyim, gözlemlerden ve yorumlardan istifade edilmiştir.

-Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar: Sağlık Bakanlığı ve Bağlık kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmünde Kararnamenin yakın zamanda yürürlüğe girmesinden dolayı Kamu Hastane Birlikleri ve yeni teşkilat yapılanması hakkında kaynak temininde zorluklar çekilmiştir. Bu konu Bakanlığın yayımlamış olduğu kitap, dergi ve mevzuata yönelik çalışmalarla telafi edilmeye çalışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANELERLE İLGİLİ TEMEL BİLGİLER

1. HASTANE KAVRAMI

Hastane ve sağlık kavramı, özellikle son yıllarda giderek artan bir öneme sahip konulardan biri haline gelmiştir. Sağlık kavramı değişik zamanlarda değişik şekillerde tanımlanmıştır. Bunun sebebi o dönemin sağlığa bakış açısından kaynaklanmaktadır. İnsanlar hayatlarını düzenli bir şekilde yaşayabilmelerini sağlıklı olmaya borçludurlar. Birçok hastalıklar ve kazalar insanoğlunun sağlığını kaybetmesine neden olmakta bu ise beraberinde iyileşme adına bir tedavi süreci ve mekân ihtiyacını doğurmaktadır.

Kaybedilen sağlığın kazanılması, sağlığın kaybedilmesine neden olan etken veya hastalığın tedavisi ile mümkündür. Gerek toplum gerekse birey olarak tüm insanlara iyi bir sağlık hizmetinin sağlanması için insan bilgi ve becerisiyle mekanik ve elektronik araç-gereçlerin etkili biçimde birleştirilmesi gerekir. Günümüzde tıbbi tedavi ve bakıma temel oluşturan bilgi, beceriler ve teknolojik araç-gereçler daha iyi sağlık hizmeti sunmak için hastane kuruluşlarında birleşmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlığın tanımı şu şekilde yapılmıştır. Herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması ve beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumudur. Bu durum sağlığın sadece kişisel bir olgu olmadığını “sosyal bakımdan” ifadesiyle toplumsal bir yönünün de olduğunu vurgulamaktadır. Diğer taraftan Mutlu’nun bu konudaki tanımı şudur: “Objektif sağlık ise, doktor muayenesi ve yapılan test sonuçlarına göre belirlenen bir hastalığın olmayışı hali olarak tanımlanmaktadır.”¹ Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda ancak bir hastalık kanısına varılabilir ve teşhisi konulan hastalığın tedavisi ancak tıbbi müdahale ile olur.

Tarihsel araştırmalara göre tıbbın Sümerlerle birlikte başladığı söylenebilir. Ayrıca eski Mısır, eski Hint ve eski Yunan medeniyetlerinde de benzer tıbbi kayıtlara

¹ A. Mutlu, Sağlık Ekonomisi ve Politikaları, İstanbul, 2002, s.14

² Ş. Özdelek-N. Akgün, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Ankara, 1970, s. 5

rastlanmıştır.² Hasta ve yaralıların bakımlarının yapılmasında kullanılan barınaklar, ilkel de olsa şimdiki hastaneler için bir örnek oluşturmıştır.

“Hastane ismi bizde kısa zamandır kullanılmaya başlanmış olup, en eski hastanelerimiz Bimarhane, Bîmâristân, Dârü’sşifâ gibi isimlerle anılmakta idiler.”³ Türk dilindeki hastane sözcüğü, hastaların barındırıldığı ev anlamında kullanılmış, bazı belgeler garip kimsesiz fakirlere ve askerlerin tedavisi için kullanılan binalar olarak tanımlanmıştır. Tanzimat-ı Hayriye’nin ilanı sonrası, zamanla “hastahane” şekline dönüşmüştür. Bu gün “hastane” biçiminde yaygın olarak kullanılmaktadır.⁴ “Türkçe’deki hastane kavramı, batı dillerinde Latince misafirperverlik anlamına gelen “Hospital” sözcüğüne karşılık gelmektedir. Bu kavram, ilk defa orta çağda düşkün, zayıf ve hasta şövalyeler için kurulan yurtlar ile birlikte ortaya çıkmıştır.⁵ Görülüyor ki hastane kavramını batı dillerindeki zayıf ve düşkünler için yurt, yardım ve misafir evi gibi ilk anlamı ile Türk dilindeki hasta ve yaralıların barındırılıp bakımının yapıldığı yer biçimindeki ilk anlam arasında pek fark yoktur, ama ilk tanımındaki ilk hastane ile günümüz karmaşık, büyük ve modern hastaneler arasında nicelik, nitelik ve diğer özellikler bakımından büyük farkların bulunduğu aşikârdır.

Birçok meslek grubundan kişilerin görev aldığı, sosyal ve toplumsal bir kurum ve büyük çoğunluğu kamu kuruluşu olan hastaneler çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Hastaneler, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine (YTKİY) göre şu şekilde tanımlanmıştır; “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.”⁶ Tedavi edici sağlık hizmetleri, halk sağlığı hizmetlerinin temel dallarından biridir. Bu hizmetlerin yerine getirilmesinde hastanelerin önemli fonksiyonu bulunmaktadır.

²Ş. Özdilek-N. Akgün, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Ankara, 1970, s. 5

³ O. Şevki, Beşbuçuk Asırlık Türk Tabâbeti Tarihi, Ankara, 1991, s.121

⁴ Şevki, ss.121-122

⁵ Özdilek-Akgün, s.9

⁶T.C. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Ankara, 1983, s. 3

“Hastaneler tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer sağlık personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma ünitesi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir teşkilat, sosyal bir kurum ve amaçların gerçekleştirilmesi doğrultusunda faaliyet gösteren ve hizmet veren kurumlar haline gelmişlerdir.”⁷ Aslında hastaneler bünyesinde birçok faaliyeti barındırmaktadır. Sadece tıbbi bir hizmetin sunulduğu kurumlar olarak değerlendirilmemeli, eğitim faaliyetleri başta olmak üzere birçok sosyal faaliyetide bünyesinde barındırın kuruluşlardır.

“Hastaneler; her türlü sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak kesintisiz biçimde üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü kâr gözetmeyen, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren karmaşık, pahalı ve kendine göre değişik özellikler gösteren bir hizmet işletmesi çeşidi olarak tanımlanabilir.”⁸ Hastaneler sağlık hizmeti faaliyetini yerine getirirken çevresinden soyutlanarak faaliyet göstermemektedir. Elbette açık bir sistem olan hastaneler çevreyle ilişki içerisinde sosyal bir sistemdir. Birçok materyal ve bilgi alışverişi girişi olmakta ve dolayısıyla çevreye ve sisteme çıktı sunmaktadır.

Sosyal bir kurum olan hastane; binası, teçhizatı, hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli ile insan hastalıklarını tedavi eder, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engelleyerek sağlığın korunmasında yardımcı olur; bölge insanları ile sürekli ilişki kurarak onların sağlık düzey ve kültürlerini arttırmaya çalışır. “Bilimsel inceleme, araştırma ve eğitim çalışmalarını hastane yürütür ve ülkede sağlık personelinin nitelik ve nicelik yönünden gelişmesini sağlar.”⁹ Hastaneleri bir bütün olarak değerlendirmek gerekmektedir. Hiçbir tıbbi cihaz ve makinanın olmadığı bir hastanede en iyi uzman hekimin yapacağı çok fazla bir şey yoktur. Her hizmet grubu birbirini desteklemekte bu da, en iyi sağlık hizmetini ortaya çıkarmaktadır.

Seçim’in bu konudaki görüşü şudur: “Dinamik değişken bir çevre içinde aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını

⁷ H. Karaca, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu Yıllığı, Ankara, 1984, s. 84

⁸ B. Ak-Ç. Akar, “Hastane Kavramı”, Sağlık Yönetimi Dergisi Sayı (S). 3, Ankara, 1987, s. 90

⁹ A. Mutlu, Sağlık Binaları ve Hastaneler, İstanbul, 1973, s. 49

gene aynı çevreye veren, geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanelerin girdileri hastalar, insan gücü, malzeme, fiziksel ve parasal kaynaklardır. Çıktıları ise, hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma- geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık seviyesine katkıda bulunmaktadır. Dönüştürme süreçleri, sözü edilen sonuçlara ulaşabilmek için hastanedeki çeşitli hizmet birimlerinin kendi alanlarıyla ilgili olarak gerçekleştirdiği planlama, örgütleme, yürütme ve denetleme faaliyetlerini ifade eder.”¹⁰ Hastanelerde sağlık hizmeti faaliyetlerini yürüten alt sistem, yönetsel manada faaliyet gösteren idare alt sisteminin ayrı ayrı görevleri bulunmaktadır. İdarenin tedavi sürecinde bulunması ne kadar yanlış ise tıbbi hizmetlerin hastane idaresinde bulunması da o derece yanlıştır. Ancak, Türkiye şartlarında kamu hastanelerinde bunun örnekleri görülmektedir.

Günümüzün teknolojik gelişmelerine paralel olarak yapılan hastane tanımlarının yetersiz kaldığı, yüklenmiş olduğu misyonuyla tanımlarında yeni ifadeler yer verilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. “Hastane; teşhis, tedavi ve tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hasta ve yaralı insanlara her an hizmet sunabilen, iyi yetişmiş personel tarafından modern tıp, yönetim ve organizasyon teknik ve ilkelerine uygun olarak faaliyet gösteren, çeşitli bilimsel ve teknolojik araç ve gereçleri kullanan, aynı zamanda tüm toplumun sağlığını korumayı, sağlık bilgi ve kültürünü yaymayı amaçlayan, tıbbi eğitim, araştırma, teşhis ve tedavi fonksiyonlarını birlikte yürüten bir organizasyondur.”¹¹ Sağlık alanında faaliyet gösteren pek çok kurum ve kuruluşun dolaylı veya dolaysız olarak sağlık hizmeti sunduğu bilinmektedir. Hemen her ülkede sağlık hizmeti gören birimlerden, küçük sağlık evlerinden sağlık hizmetlerinin organizasyonu, sevk ve idaresi görevlerini yürüten daire başkanlığı, genel müdürlük ve bakanlığa kadar çeşitli kuruluşlar vardır. Ülke sağlık politikalarının gerçekleştirilmesi amacıyla tüm kurum ve kuruluşlar tek çatı altında toplanmış ve tek elden sevk ve idaresi gerçekleştirilmesi amacıyla çıkarılan 5283 sayılı Kanunla bu işlem gerçekleştirilmiştir.

¹⁰ H. Seçim, Hastane Yönetim ve Organizasyonu. Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, Eskişehir, 1985, s.6

¹¹ M. Özdemir, Sistemler Yaklaşımı Açısından Hastane Organizasyonu ve Yönetimi, Erzurum, 1988, s.7

Direkt sağlık hizmeti sunan, hastalıkların teşhis ve gerekli tedavisiyle ilgilenen, bunun dışında pek çok görevi üstlenen hastaneler, ekonomik ve sosyal yönleriyle giderek büyüme ve karmaşıklaşma eğilimi içerisindedir.

2. HASTANELERİN TARİHİ GELİşİMİ

2.1. Hastanelerin Dünya’daki Tarihi Gelişimi

Daha öncede belirtildiği üzere ilk tıbbi kayıt ve işlemlere Sümerlerde başlandığı bilinmektedir. İnsanoğlu tarihsel süreç içerisinde hep arayış içerisinde olmuş, insan sağlığı ve tedavisi söz konusu olduğundan hep gelişim göstermiştir. Dünyadaki tarihsel gelişiminde sağlık hizmeti sunumu ilk olarak din adamları tarafından verilmiştir. Dinsel inanışlar hastalıkların teşhis ve tedavisinde etkili olmuştur. Toplumda n planda olan din adamları dini görevlerinin yanında, bu görevlerine ek olarak tıbbi hizmetleri sunma görevini de üstlenmişlerdir. Dini nitelikteki meknların bir bölümünde ibadetlerin yanı sıra hastaların muayene, tedavi edildikleri yerler hazırlanmıştır. Doğal olarak ta olsa, verilen bu hizmet türü dini nitelikte olmuştur.

İlk ağlardaki toplumlarda insanların büyük çoğunluğu, insanların sağlığında meydana gelen değişikliklerin, hastalıkların temel nedeninin ruhlar ve cinler olduğuna inanmış, tedavi seçeneği de bu yönde gelişmiş; by ve sihir gibi yöntemler kullanılmıştır. Toplumlardaki değişmelere paralel olarak bilimsel gelişmelerde ilerleme kaydedilmesi, yeni tedavi yönetmelerinin bulunması ekonomik, sosyal, kültürel değerlerdeki değişmeler nedeniyle hastanelerin ortaya çıkış zamanları ve hastane özellikleri farklılık göstermektedir. İlk hastanenin nerede kurulduğu ve zamanı hakkında kesin bir bilgi bulunmamaktadır. İlk zamanlarda dini özellik gösteren, hasta ve yaralıların bakımları yapıldığı ve hastane sayılmayacak kadar ilkel olan barınaklar, şimdiki modern hastane örneklerinin temellerinin atıldığı yerlerdir.

Bunlardan, Milattan nce (M) 1134 yılında Eski Yunanistan’da inşa edilen Easculapius adlı bir mabet gelir ki burada hastaların tedavi edilmekte olduğu

bilinmektedir.¹²İslamiyet'te ilk hastane, Emeviler döneminde halife Abdulmelik zamanında yapılmıştır (H.687/M.687). Bu yapılan hastanede cüzzam hastalığına yakalananlar tedavi edilir ve karşılığında kendilerine maaş verilirdi. Abbasiler dönemi Halifelerinden Mansur, Cundişapur hastanelerinden tabipler getirtmiştir. Bağdat'ta ilk hastane ise halife Harun Reşid tarafından tesis edilmiştir.¹³

Tarihte kurulan ilk Hristiyan hastaneleri Roma ve Yunan hastanelerinin yerini aldılar ve kiliselerin yanında hastaları tedavi edecek yerleri oluşturdular. Kayseri'de St. Basil tarafından (369) kurulan hastane bunun ilk örneklerindendir.¹⁴

İngiltere'de kurulan ilk hastane 937'de York'ta yaptırılan St. Peter Hospitaldir.¹⁵ Ayrıca İngiltere'de Aziz John adına 1084'de yapılan hastanenin de ilk olduğunu belirtenler vardır. Londra'da 1137'de St. Barthelemew, 1207'de St. Thomos, 1247'de St. Mary isimli üç meşhur hastane kurulmuştur. St. Mary bilhassa, İngiltere'de ilk defa ruh hastalarını kabul eden hastanedir.¹⁶

Din ve din adamlarının etkisinde faaliyet gösteren hastanelerin, manastırlardan ayrılarak müstakıl olarak kurulmaları 14. yüzyıl sonrasında gerçekleşmiştir. Zamanla bu hastanelerin kontrol ve denetimi de devletin kontrolü altına girmiştir.¹⁷ Din gibi güçlü bir faktörün etkisinden kurtularak bağımsız olarak devlet kontrolünde faaliyet göstermeleri hastane ve tıp alanındaki gelişmeleri daha da hızlandırmıştır.

İngiltere'de 14. yüzyılda 600'den fazla Darülaceze niteliğinde olan ve kâr amacı gütmeyen hastane niteliğinde kurum bulunmaktaydı. Din adamlarının idaresinde bulunan bu hastaneler 16. yüzyıldan itibaren Governörler kurulları tarafından idare edilmeye başlanmıştır. Governörler kurulu; şehir belediye meclisi üyelerinden, noterden ve şehrin ileri gelen kişilerinden oluşturulmuştur. Bu yönetim

¹² Seçim, s.10

¹³ Şevki, s.86

¹⁴ Özdilek-Akgün, s.9

¹⁵ Seçim, s.133

¹⁶ Özdilek-Akgün, s.10-11

¹⁷ Seçim, s.133

şekli Amerika Birleşik Devleti (ABD) hastanelerindeki yönetim ekibi karşılığı olarak görülebilir. Guvernörler Kurulu yürütme yetkisini hastane müdürüne devretmiştir.¹⁸

2.2. Hastanelerin Türklerdeki Tarihi Gelişimi

“İslam dininin etkisinde bulunan ülkelerde hem tıp biliminde, hem de tıbbi uygulamalarda oldukça ün yapmış çeşitli bilginlerin yetişmesinden, büyük sağlık kuruluşlarının kurulmasından, sağlık hizmetlerine önemli ölçüde değer verildiği anlaşılmaktadır. Tıp biliminde bugün bile önemli yere sahip bulunan Ebu Bekir Zekeriyâ Râzî (854-932), Fârâbî (872-948), İbn Sina (980-1037) gibi ünlü hekim bilginlerin çalışmaları, bu ülkede sağlık hizmetlerinin kurumlaştırılmasında rolü olan temel başlangıç noktaları kabul edilebilir.”¹⁹ Bu bilginler sayesinde yeni buluşlar yapılmış ve tıp ilminin gelişim ve ilerlemesine katkı sağlamışlardır. Birçok hastalığın teşhis ve tedavisinde başarı sağlanmıştır.

İlk hastaneler kurulmadan önce sağlık hizmetleri darüşşifalarda verilmekteydi.²⁰ Darüşşifalar her yerde bulunmamaktaydı, ancak önemli merkezlerde bulunmaktaydı. Sultan Fatih'in hastaların tedavisi ile ilgili fermanı darüşşifalar için yaklaşımını ve verilen önemini göstermektedir. Kurulan ilk hastanelerde bu geleneğin devamı olarak faaliyet göstermişlerdir.

Selçuklular ve daha sonra Anadolu'da kurulan beylikler devrinde, bugünkü hastane kavramını karşılayan imarethane, bimarhane, darüşşifa ve mâristan isimleriyle anılan, çeşitli tedavi ve bakım hizmetleri sunan pek çok sağlık kuruluşu faaliyet göstermekteydi.²¹ Modern manada olmasa da o günkü şartlarda hasta ve yaralıların bakımları bu kuruluşlarda görevli insanlar tarafından yapılmaktaydı.

Türklerin yapmış olduğu ilk hastane ise Sultan Alparslan'ın 11. yüzyılda yaptırdığı Kars'taki Darüşşifadır.²² “Melikşah zamanında ise 1072'de Büyük Selçukluların 40 deve katarından oluşan seyyar bir hastane kurdukları dikkat

¹⁸ Seçim, s.122

¹⁹ B. Ak, Hastane Yöneticiliği, Ankara, 1990, s.88

²⁰ Z. Tonbul-Ö., Forta, Tarihi Hastaneler, İstanbul, 2009, s.17

²¹ Özdilek-Akgün, s.20

²² Seçim, s.142

çekmektedir.”²³ Türkler tarih boyunca tıp ilmine önem vermiş ve bu tür kurum ve kuruluşların yapılması ve işletilmesi için büyük çaba sarf etmişlerdir.

Anadolu’da ilk hastaneler 13. Yüzyılda yaptırılmıştır. Bunlardan 1206’da Kayseri’de yapılan Gevher Nesibe Darüşşifası en önde gelmektedir. Sivas’ta yapılan I. Keykavus Darüşşifası (1217), Tokat’taki Pervane Bey Darüşşifası (1288), bu yüzyılda yapılan diğer önemli Darüşşifalardandır.²⁴

Özellikle Anadolu Selçukluları döneminde yapılan hastanelerde kanalizasyon tesisatı, temiz su tesisatı, havalandırma sistemi, aydınlatma gibi tesisatlar yapılmış ve hastaneler genellikle bir vakıf bünyesinde faaliyet göstermiştir.²⁵ Anadolu Selçukluları dönemi hastanelerinin hepsi bir kompleks halindedir. Hastane yanında camii, medrese, hamam hep bir arada bulunmaktadır. Hep iç içedir. Bir çoğunda kaplıca bulunmakta ve sağlık hizmeti anlamında buralardan faydalanılmaktadır. Hastanelerin medreselerle iç içe olmasının nedeni ise hasta tedavisinin yanında ayrıca hekim yetiştirilmekte, eğitim verilmekteydi.²⁶

14. yüzyıl içerisinde Zülkadiroğullarının Kayseri’de yaptırdıkları Cüzzam Hastanesi ile Saruhanogullarının Manisa’da yaptırdıkları Körler Hastanesi Anadolu’da bu alanda yapılan ilk özel dal hastanelerini oluşturmaktadır.²⁷ Sultan Abdülhamid Han’ın yaptırdığı Hamidiye Etfal Hastanesi ise Osmanlı Devleti döneminde yapılan ilk çocuk hastanesidir. Osmanlı döneminde ilk hastane Sultan Yıldırım Bayezid’in 1400’de Bursa’nın batısında yaptırdığı Dârü’t-tıp’dır.²⁸ Diğer önemli hastaneleri ise şu şekilde sıralamak mümkündür. Amasya Darüşşifası, Fatih Darüşşifası (1470), II. Bayezid (Edirne) Darüşşifası (1486), Süleymaniye Medrese ve Darüşşifası (Yeni Teşkilat) (1555) Edirne Cüzzamhanesi (1451), Üsküdar Cüzzamhanesi (1514), Haseki Darüşşifası (1539), Manisa Hafsa Sultan Darüşşifası (1539), Sultan Ahmet Bimarhanesi (1617), Valide Atik Bimarhanesi (1583) Üsküdar Toptaşı Bimarhanesi (1583), Eskisaray, Galatasaray ve İbrahim Paşa hastaneler daireleri (1772), Yenisaray Hastalar Ocağı (1769), Taksim Topçu Hastanesi (1809),

²³ B. Ak, Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara, 1990, s.175

²⁴ Seçim, s.142

²⁵ Ak, Hastane Yöneticiliği, s.176

²⁶ Özdilek-Akgün, s.18

²⁷ Seçim, s.142

²⁸ Şevki, s.87

Topkapı Hastanesi (1834), Tophane Hastanesi (1835), Edirnekapı Garipler ve Bekârlar Hastanesi (1837), Kız Kulesi Veba Hastanesi (1838), Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Hastanesi (1838), Bezm-i Âlem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi (1843), Haydarpaşa Hastanesi (1845), Kuduz Hastanesi (1887), Darülaceze Hastanesi (1895), Hamidiye Etfal Hastanesi (1889), Gülhane Hastanesi'dir. (1889)²⁹

1483'de İstanbul'da açılan, Bezm-i Âlem Vakıf Gureba Hastanesi, hastane kelimesinin ilk kullanıldığı hastanedir.³⁰ Hastane kelimesi bun sonra daha sık kullanılmaya başlamış ve yaygınlaşmıştır.

Osmanlılarda hastanelerin geneli, tıp medreselerinin uygulama yeri idi. Büyük vakıflarda mutlaka darüşşifa olarak adlandırılan hastane mevcuttu. Selçuklulardaki gibi Osmanlı hastaneleri de, devletin ileri gelen varlıklı hayır sahipleri tarafından kurulan vakıf halindeki kuruluşlardır. Selçuklu ve Osmanlı medrese hastaneleri çok zengin vakıf gelirlerine sahipti ayrıca bunlar devlet tarafından yaptırılmamıştı, hayır sahiplerinin eseri idi.³¹

Osmanlı döneminde kurulan vakıf hastanelerinden Gureba, Şişli Etfal, Haseki günümüzde de faaliyet göstermeye devam etmektedirler. Ayrıca hastaneden taburcu edilerek çıkarılan zayıf bünyeli hastalar yine hastane bünyesinde mevcut olan tabhanelerde misafir edilirdi.³²

Tababet-i Belediye Nizamnamesi 1861'de yayımlanmış ve bu sayede Belediye Sağlık Hizmetleri gelişmeye başlamıştır. 1909'da ise, Haseki, Etfal, Cerrahpaşa, Zükür (erkek) hastaneleri İstanbul Belediyesine devredilmiş ve böylece ilk belediye hastaneleri ortaya çıkmıştır. 1913'de ise, bütün illerde oluşturulan il özel idarelerine birçok hastane devredilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti ilan edildiğinde ülkede 86 hastane faaliyette bulunmaktaydı.³³ 1924 yılında alınan kararla örnek teşkil etmesi bakımından Ankara, İstanbul, Sivas, Trabzon, Erzurum ve Diyarbakır Numune Hastaneleri açılmıştır.³⁴ Ülkemizde sağlık hizmetlerinin modern anlamda

²⁹ Şevki, ss.91-111

³⁰ Özdemir, s.17

³¹ İ. E. Kozak, Bir Sosyal Siyaset Müessesesi Olarak Vakıf, İstanbul, 1985, s.23

³² Kozak, s.23

³³ Seçim, s.144

³⁴ Özdemir, s.19

bir devlet görevi olarak ele alınması, Milli Mücadele Döneminde Ankara’da kurulan ilk Milli Hükümet bünyesinde 2 Mayıs 1920 gün ve 3 sayılı Kanunla, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın kurulmasıyla başlamıştır. Bu sayı 1930’da 183’e, 1940’da 198’e, 1950’de ise 301’e ulaşmıştır.³⁵ 1924 yılında ise İstanbul Heybeliada Verem, Haydarpaşa ve İzmir Bulaşıcı Hastalıklar Hastaneleri açıldı. 1941’de İstanbul Göğüs Cerrahi Merkezi, 1964’de Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi kuruldu. Bunun yanında ruh sağlığı hastaneleri, doğumevleri, çocuk hastaneleri, trahom, kuduz, lepra, zührevi hastalıklar, kanser hastaneleri ve devlet hastaneleri inşa edildi.³⁶

Osmanlı dönemi vakıf hastanelerinde özellikle II. Bayezid tarafından Edirne’de yaptırılan hastanede akıl ve ruh sağlığı hastalarına yönelik olarak çiçek yetiştirme ve musiki ile tedavi yöntemi yaygın olarak kullanılmış ayrıca haftanın belirli günleri ilaç dağıtımı yapılmıştır.³⁷

1954 yılında çıkarılan yeni bir Kanunla yataklı tedavi kurumlarının çoğu, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na devredilmiştir. Çünkü bağlı bulundukları mahalli idarelere mali bakımdan yük olmaya başlamışlar etkin ve verimli çalışmamışlardır. Ankara,, İstanbul, İzmir gibi bazı büyük illerdeki hastaneler belediye, özel idare, vakıf ve Üniversite hastaneleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlanmıştır.³⁸

“1960 sonrasındaki dönemde ise ülkenin içinde bulunduğu şartlar ve ihtiyaçlar göz önüne alınarak, sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanmaya gidildiği görülmektedir. 1961 yılında kabul edilmiş olan 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki Kanunda sağlık hizmetinin eşit, süratli, entegre, kademeli, öncelikli, katılımlı, ekip halinde, uygun, denetlenen ve nüfusa göre gibi ilkeler çerçevesinde sürdürülmesi kabul edilmiştir.”³⁹ Sosyalizasyon Kanunu ile sağlık hizmetleri ülke sathına dağılmaya başlamıştır. Özellikle sağlık ocağı sistemi ve hükümet tabipliklerinde gelişmeler görülmüştür.

³⁵ Özdemir, s.19

³⁶ Ak, Hastane Yöneticiliği, s.177

³⁷ Kozak, ss.23-24

³⁸ Özdilek-Akgün, s.21

³⁹ Özdilek-Akgün, s.22

19. yüzyıla gelindiğinde tıp ilminde ciddi ilerlemeler kaydedilmiştir. Birçok hastalığa karşı aşı ve antibiyotik bulunmuş, hastalıkların tanı ve tedavisinde kullanılan cihazlarda gelişmeler kaydedilmiş ayrıca sterilizasyon, röntgen, ameliyat konusundaki gelişmeler hastanelerin gelişmesini sağlamıştır. Günümüzde yüz naklide dâhil olmak üzere her türlü organ transplantasyonu, ve her türlü ameliyatlar başarı ile yapılmaktadır.

“Günümüz hastaneleri tıbbi tedavinin yapıldığı kuruluş olmanın yanında, bir işletme yönetimi ve hekimler ile diğer sağlık personeline eğitim hizmeti veren bir eğitim kurumları haline de gelmişlerdir.”⁴⁰ Hastanelerin tıbbi hizmetler dışında çok daha fazla fonksiyonları bulunmaktadır. Eğitim hizmeti bunlardan bir tanesidir. Değişik unvan gruplarında binlerce çalışanın bulunduğu yönetsel manada çok karışık bir yapıda bulunan hastaneler günümüzde devasa organizasyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

3. HASTANELERİN AMAÇLARI

Hastane amaçları, yönetim süreci içerisinde her kademedeki göz önünde bulundurulması gereken konulardır. Hastane amaçlarının yöneticiler tarafından iyi tespit edilmesi gerekmektedir.

Genel işletme amaçları; uzun sürede kâr elde etmek ve işletmenin yaşamını sürekli kılmaktır. Buna karşılık, bir hizmet işletmesi olan ve sağlık sektöründe hizmet veren birimlerin en önemlisi olan hastanelerin amaçları, genel işletme amaçlarından biraz farklılık göstermektedir. “Bir hastanın iyileştirilmesinin ekonomik ve sosyal yönünün yanında, psikolojik ve ahlaki yönü de vardır.”⁴¹ Sağlık hizmetlerinin ilk ve temel amacı insanları hastalıklardan korumaktır. O nedenle, hizmetlerin götürüldüğü en önemli grup sağlam kişilerdir. Zira sağlıklı bir insanın sağlığını koruyarak, üretim yaşamını sürdürmesi, hastalarında iyileşerek yeniden çalışmaya başlamaları, ülkedeki üretim faaliyetlerini doğrudan etkileyen bir faktördür.

⁴⁰ H. Karaca, “Hastaneler ve Yönetimleri”, Sağlık Yönetimi Dergisi, S.1, Ankara, 1987, s.21

⁴¹ B. Ak-Ç. Akar, “Hastane Amaçları” Sağlık Yönetimi Dergisi, S.6, Ankara, 1988, s. 12

Sağlık hizmetleri, kişilerin sağlığının korunması amacıyla kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinin amacı, toplumda bireylerin yaşam süresini uzatmak, sağlık konforunu arttırmaktır.⁴² Sağlık kurum ve kuruluşları sağlık hizmetleri sunumu noktasında ülke genelinde faaliyet göstermektedir. İnsanların hastalıktan korunmaları ve ya hastalandıkları takdirde tanı-tedavi için hastanelere başvurumaktadırlar.

Faaliyet gösterdikleri toplumda yerine getirmek üzere üstlendikleri görevleri ifade eden amaç ve fonksiyonlar, tarihi gelişim içinde büyük ölçüde değişmiştir. Örneğin, imarethane, yetimhane, yaşlı, düşkün ve fakirler için barınak niteliğinde olan ilk sağlık kuruluşlarından modern, toplumda hemen herkesin yararlanabileceği tıbbi bakım, teşhis ve tedavi yaptırabileceği eğitim ve araştırma yapılabilen bir sağlık kuruluşu olan hastanelere doğru bir gelişim olmuştur. Bu doğrultuda hastane amaçları şu şekilde sıralanabilir.⁴³

Hasta ve yaralıların tedavi ve bakımını sağlamak. İlk olarak insanların hastalık ve yaralarını iyi etmek için sağlık hizmeti veren küçük ve basit bir birim şeklinde ortaya çıkan hastanelerde her ne kadar önemli olan hasta ve yaralıları tedavi etmek ise de, modern hastane amaçları bu gün; teşhis, tedavi ve bakım hizmetleriyle birlikte, insan sağlığının korunmasına yardımcı olmak ve insanların sağlıklı, huzurlu yaşamalarına katkıda bulunmak şeklinde gelişmiştir.

-Halk sağlığını koruma: Hastaneler, son yıllarda koruyucu hekimlik programlarının gereği olarak pek çok sorumlulukları üstlenmiştir. Birçok toplumda bu görevler, hekim ve hemşirelerin çalıştığı özel veya resmi sağlık kuruluşları aracılığıyla yapılmasına karşılık, ülkemizde sağlık evleri, aile sağlığı merkezleri, aile hekimlikleri, sağlık merkezleri ve hastaneleri, bölge hastaneleri gibi çeşitli kuruluşlar tarafından sürdürülmektedir. Bu kuruluşlar tedavi hizmetlerinin yanında aynı zamanda halk sağlığının korunması içinde faaliyet gösterirler. Hastane gibi sağlık kuruluşları tarafından topluma sunulan sağlık hizmetlerinin belki de en önemlisi budur.

⁴² D.Ö.Özdaş, Dış Hekimlerinin Dış Hekimliği Hizmetinde Rekabet ve Reklama Yönelik Değerlendirmeleri, İstanbul, 2001, s.22

⁴³ B. Ak-Ç. Akar, “Hastane Amaçları”, s. 35

-Hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin eğitme, yetiştirme: Hastane hizmetlerini sürdüren hekim, hemşire ve diğer tüm personelin eğitim ve yetiştirilmesi faaliyetleri de hastane amaçları içinde değerlendirilip, varlığını sürdürme amacı olarak kabul edilebilir.

-Tıbbi alanda araştırma ve geliştirme yapma: Hastanelerin önemli amaçlarından biriside tıbbi alanda araştırma ve geliştirme faaliyetlerini kolaylaştırmak, buna imkân ve fırsat sağlamaktır. Kimi hastaneler araştırma faaliyetlerini destekleyecek kaynaklara sahiptir. Bu kaynaklara sahip ülkelerde tıp biliminin bilgileri, insan becerileri ile birleşerek insan sağlığının korunmasına yönelik olarak kullanılmaktadır.

Farklı bakış açılarından ele alınıncaya pek çok amacı gerçekleştirmek için faaliyet gösterdiği anlaşılan hastanelerin, belki bu çok amaçlılıktan kaynaklanan, oldukça karmaşık bir yapıya sahip oldukları görülmektedir.

4. HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI

Toplumsal değişimler ve gelişmeler paralelinde, hastane fonksiyonunda da çeşitli gelişmeler görülmüştür. Ancak, hastanelerin esas fonksiyonu olan hasta tedavisi hizmetlerinin, daha verimli bir şekilde yerine getirilebilmesi amacıyla sınıflandırılması gündeme gelmiştir. Hastanelerin sınıflandırılması kısaca altı şekilde yapılmaktadır. Bunlar; verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne göre hastanelerin sınıflandırılması, mülkiyet türüne göre hastanelerin sınıflandırılması, hasta yatış süresine göre hastanelerin sınıflandırılması, büyüklüklerine göre hastanelerin sınıflandırılması, akreditasyon durumuna göre hastanelerin sınıflandırılması ve hizmet basamaklarına göre hastanelerin sınıflandırılmasıdır.

4.1. Verdikleri Tedavi Hizmetinin Türüne Göre Hastaneler

Bu grupta hastaneler kendi içerisinde üçe ayrılmaktadır. Eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler ve özel dal hastaneleridir.

4.1.1. Eğitim-Araştırma Hastaneleri

“Eğitim ve araştırma hastaneleri: Yatarak veya her türlü hasta muayene, teşhis ve tedavi yapan buna ek olarak eğitim ve öğretim faaliyetleriyle de uğraşan genel hastane niteliğinde olan sağlık personeli ve uzman yetiştiren, ayrıca tıbbi araştırma yapan tam teşekküllü yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir.”⁴⁴ Bu hastaneler yatak sayısı bakımından diğerlerine oranla büyüktürler. Hastane hizmetleri bakımından tıp biliminin bütün imkânları kullanılarak en karmaşık vakalarla ilgilenirler. Bunların temel fonksiyon ve amacı bütün kademelerde öğretim, eğitim ve araştırma yapmaktır. Eğitim ve öğretimin kapsamı içinde asistan eğitimi, uzman ve pratisyen hekimlerin mesleki eğitimi, yardımcı sağlık personelinin eğitim ve öğretimi, tıp öğrencilerinin pratik çalışmaları, üniversite hastanelerinde yapılır. Bu hastaneler ister genel, ister özel dal hastaneleri şeklinde olsun modern hekimlikle ilgili her türlü ilmi yeni çalışmalara ortam hazırlar.⁴⁵ Üniversitelere bağlı Eğitim ve Araştırma hastaneleri bulunduğu gibi Sağlık Bakanlığına da bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri bulunmaktadır. Bu hastaneler üniversite bünyesinde 3. Basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Bunlara örnek verecek olursak, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Adana Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi olabilir.

4.1.2. Genel Hastaneler

Genel hastaneler olarak ifade gören hastane, Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde bulunan mevcut uzmanlık dalları ile ilgili hastaların kabul edildiği ve ayakta veya yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı yataklı kurumlardır. Verdiği sağlık hizmetinin genelliği nedeniyle bu tür hastaneler en yaygın şekilde görülen hastanelerdir. Herhangi bir eğitim faaliyeti veya belirli bir dal da uzmanlaşma söz konusu değildir. Ayrım yapılmaksızın bir sağlık hizmeti sunumu söz konusudur. Kahramanmaraş Pazarcık Devlet Hastanesi vb.

⁴⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, s. 10

⁴⁵ Özdilek-Akgün, s.374

4.1.3. Özel Dal Hastaneleri

Özel Dal Hastaneleri; belirli bir yaş ve cinsiyet grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri hastanelerdir.⁴⁶ Bu hastaneleri şu şekilde sıralamak mümkündür. Doğum ve çocuk bakım evleri, kaplıca ve fizik tedavi merkezleri, ruh sağlığı ve hastalıkları, trahom, kemik hastalıkları, onkoloji, cüzam, kuduz, çocuk hastalıkları, astım ve diş hastanelerini sayabiliriz. Bu hastanelerin kadro yatak standartları ve personel kadro standartları hizmet verdikleri alana göre değişiklik göstermektedir. Kahramanmaraş Türkoğlu Dr. Kemal Beyazıt Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi vb.

4.2. Mülkiyet Türüne Göre Hastaneler

Burada hastanelerin mülkiyetinin, dolayısıyla yönetim ve kontrol yetkisinin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduğuna göre sınıflandırma söz konusudur. Bu sınıflandırma şu şekilde yapılmaktadır. Devlete doğrudan bağlı hastaneler, devlete dolaylı yönden bağlı hastaneler ve özel hastanelerdir.

4.2.1. Devlet Hastaneleri

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının, kontrol, yönetim ve mülkiyeti devlete ait olan Devlet hastaneleri, devlete doğrudan bağlı olan hastanelerdir. Değişik yatak kapasitelerinde ülke genelinde en yaygın olarak görülen hastaneler devlet hastaneleridir. Ülkemizin en küçük veya en ücra ilçelerinde karşımıza çıkan hastaneler devlet hastaneleridir. Kahramanmaraş Pazarcık Devlet Hastanesi vb.

4.2.2. Üniversite Hastaneleri

2547 sayılı Kanuna tabi Üniversitelere bağlı olarak faaliyet gösteren üniversite hastaneleri, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Yine burada yatarak veya ayaktan teşhis ve tedavilerin yapılmasının yanında Tıpta Uzmanlık Tüzüğü hükümlerine göre uzman hekim yetiştirilmekte, ayrıca tıp öğrencilerine teorik ve pratik uygulamalar yaptırılmaktadır.

⁴⁶ Ak, Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, s.82

4.2.3. Dernek veya Vakıf Hastaneleri

Dernek veya vakıf hastaneleri, devlete dolaylı olarak bağı bulunan mülkiyeti ve yönetimi ilgili kuruluşa ait olan hastanelerdir. Bu tür hastanelerde kâr amacı güdülmemektedir. Sağlık hizmeti sunumu önceliklidir. Hastane yönetimleri veya mütevellî yönetim kurulları tarafından idare edilmektedir. Ticaret Borsası Hastanesi vb.

4.2.4. Özel Hastaneler

Sağlık Hizmetlerini kendi güç ve kaynaklarıyla sürdüren hastanelerdir. Özel şahıs, azınlıklar veya yabancılar gibi kuruluşların sahibi olduğu, hastane yönetim ve denetimini ellerinde tuttuğu hastanelerdir. Özel hastaneler, faaliyet alanlarına, hizmet birimlerine, yatak kapasitelerine, teknolojik donanımlarına ve hizmet verilen uzmanlık dallarının nitelik ve sayısına göre, genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olarak açılabilir. Bu hastanelerin kuruluş amaçlarında birinci öncelik kâr elde etmektir. Özel Hastaneler Yönetmeliği hükümlerine göre faaliyet göstermektedirler. Buna örnek olarak Kahramanmaraş Özel Megapark Hastanesini gösterebiliriz.

4.3. Büyüklüklerine Göre (Yatak Kapasitesi) Hastaneler

Organizasyon açısından diğer bir sınıflandırmada, hastanelerin yatak kapasitelerine göre sınıflandırılmasıdır. Çünkü hastane büyüdükçe bazı yeni hizmet birimlerine ihtiyaç duyacağı gibi, diğer bazı birimlerde yeterli büyüklüğe ulaşacaklarından organizasyonlarında değişiklik olacak, böylece hastane içindeki idari kademelerin ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir. Kamu hastane birlikleri içerisinde hastaneler, tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesince Türkiye Kamu Hastane birliklerince belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler A, B, C, D ve E şeklinde gruplandırılır.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genele Müdürlüğünün belirlemiş olduğu hastane rollerine göre gruplama altı başlıkta anlatılmıştır.

-A-I Grubu Hastaneler: Bakanlıkça ilgili mevzuata göre en az beş branşta eğitim yetkisi verilmiş ve buna göre kadrolarını tamamlamış, üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetinin verildiği, eğitim-araştırma faaliyetlerinin yürütüldüğü ayrıca uzman ve yan dal uzmanlarının yetiştirildiği hastanelerdir.

-A-II Grubu Hastaneler: Bölge sağlık merkezi statüsündeki illerde veya bunlara bağlı illerde faaliyet gösteren, eğitim-araştırma statüsü bulunmayan hastanelerdir.

-B Grubu Hastaneler: AI ve AII grubu hastaneler dışında kalan, il merkezi veya il merkezindeki genel hastaneler ile güçlendirilmiş ilçelerde faaliyet gösteren hastanelerdir.

-C Grubu Hastaneler: Güçlendirilmiş ilçelerde faaliyet gösteren bünyesinde dört ana branşta uzman tabibin hizmet verdiği hastanelerdir.

-D Grubu Hastaneler: Sağlık bölge planlaması kapsamında güçlendirilmiş ilçelerde faaliyet gösteren en az 25 hasta yatağı bulunan genel hastanelerdir.

-E Grubu Hastaneler: Hasta yatağı sayısı 25 yatağın altında olan entegre ilçe hastaneleridir. Teşhis ve tedavi hizmetleri ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin aynı yapı içerisinde sunulduğu sağlık tesisleridir.⁴⁷

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Kadro Standartlarına göre belirlenen yatak sayılarından bazıları şunlardır:

1-24, 25-49, 50-74, 75-99, 100-149, 150-199, 200-249, 250-299, 300-349, 350-399, 400-499, 500-599, 600-699, 700-799, 800-899 gibi sıralanmaktadır.⁴⁸

Yapılan bir diğer bir sınıflandırma ise şöyledir: 0-50 yatak kapasiteli hastaneler küçük hastane, 50-100 yatak kapasiteli hastaneler orta büyüklükteki

⁴⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, Hastane Roller, Ankara, 2009, ss.3-7

⁴⁸, <http://www.tkhk.gov.tr/TR,3490/saglik-bakanligina-bagli-turkiye-kamu-hastaneleri-kurum-.html>, (21.05.2014)

hastane, 150-500 yatak kapasiteli hastaneler büyük hastane, 500 ve üzeri yatak kapasiteli hastaneler çok büyük hastanelerdir.⁴⁹

4.4. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa Birliği ülkelerinde daha çok kullanılan, ülkemizde yeni yeni kullanılmaya başlayan bu hastane sınıflamasına göre hastaneler akredite edilen ve akredite edilmeyen hastaneler olarak sınıflara ayrılmaktadır. Özellikle ABD’de akreditasyon, hastanelerin finans yapılarını oldukça fazla etkilemektedir. Bunun yanında akreditasyon sisteminin hastanelerin toplum içerisindeki konumunu ve saygınlığını artırmaktadır.

Ülkemizde bulunan hastanelerde ABD’deki sisteme benzer ISO Kalite Güvencesi Sistemine sahip olmak adına büyük çaba sarf etmektedirler. Buna göre ISO Kalite Güvencesi Sistemine sahip hastaneler ve ISO Kalite Güvencesi Sistemine sahip olmayan hastaneler olarak gruplara ayrılabiliriz. Bu belgelere sahip hastanelerimiz dönemsel olarak denetim ve kontrolden geçmektedirler.

4.5. Hastaların Yatış Süresine Göre Hastaneler

Bu sınıflamaya göre hastaneler yatırılarak tedavi edilen hastaların yatış süresine göre akut bakım (kısa süreli) veya kronik bakım(uzun süreli) hastaneler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kısa süreli hastaneler genellikle otuz günden daha kısa süre hastanede yatmayı gerektiren hastalıkların tedavisinin yapıldığı hastanelerdir. Bunlar küçük ve orta büyüklükte ameliyat sonrası hastaların tedavi ve rehabilite edildikleri hastanelerdir. Uzun süreli hastaneler ise tedavi amacıyla otuz günden fazla yatış gerektiren hastanelerdir.

Hastaların yatış süresine göre % 50’den fazlasının 30 günden çok kaldığı hastaneler ise uzun süreli hastanelerdir. Psikiyatri, tüberküloz hastaneleri uzun süreli hastaneler arasında sayılmaktadır.⁵⁰ Bu tür rahatsızlıklar kronik hale gelmiş hastalıkların tedavisinin yapıldığı hastanelerdir. Bu tür rahatsızlıklar hem direnç

⁴⁹ Mutlu, Sağlık Binaları ve Hastaneler, s.38

⁵⁰ Seçim, s.8

göstermekte, hem de uzun süre devam eden rahatsızlıklar olduğundan şifa ile taburcu olabilmesi uzun süre hastanede kalmayı gerektirmektedir.

4.6. Hizmet Basamaklarına Göre Hastaneler

Hastanelerin hizmet basamaklarına göre sıralamada, hastanelerin sunmuş oldukları sağlık hizmetlerinin kapsamı önem arz etmektedir. Buna göre hastaneler birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastaneler olarak gruplara ayrılmaktadır.

Birinci basamak hastaneler, kısa süreli tedavi gerektiren, gerektiğinde yatış imkanı bulunan entegre sağlık hizmetleri sunumunun gerçekleştiği hastanelerdir. Genellikle ülkemizde ilçe devlet hastanesi şeklinde bulunmaktadır.

İkinci basamak sağlık hizmeti sunan hastaneler, birinci basamak hastanelerinde tedavisi mümkün olmayan hastalıkların tedavi edildiği, uzman hekim sayısının daha fazla olduğu hastanelerdir. İl merkezlerinde bulunan devlet hastanelerini buna örnek gösterebiliriz.

Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastaneler ise her türlü cerrahi müdahale ve teknolojik imkânların daha da gelişmiş olduğu, uzmanlaşmanın daha da ileri seviyede olduğu hastanelerdir. Bu hastanelerde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunan hastanelerde tedavisi yapılamayan daha kompleks hastalıkların teşhis ve tedavi edildiği hastanelerdir. Üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastanelerini buna örnek gösterebiliriz.

5. HASTANE FONKSİYONLARI

Hastanede, belirlenmiş amaçlara ulaşabilmek için yapılması gereken hizmetler, diğer bir deyimle hastanenin üstlendiği fonksiyonlardır. Bunlar, tıbbi, eğitim, idari, mali, otelcilik ve araştırma geliştirme fonksiyonlarıdır.

5.1. Tıbbi Fonksiyonlar

Hastanelerin kuruluş amaçlarına hizmet eden en önemli fonksiyonu tıbbi hizmet fonksiyonudur. Hastaneler, birçok diğer hizmetin yanında tıbbi hizmetlerin

sunumunun yapıldığı kurumlardır. Hastaneler, müracaat eden hasta ve yaralıların tedavilerinin yapılmasıyla bu hizmeti yerine getirir. Yapılan bu sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade tedavi edici sağlık hizmetleridir. Kamu hastanelerinde bu hizmetin sunumu ayakta ve ya yatarak verilmektedir.

Hastanelerde sunulan tıbbi hizmetler çeşitlilik arz etmektedir. Sunulan bütün bu hizmetler birbirleriyle ilişkilidir ve sonuçta en etkin ve verimli sağlık hizmetlerinin sunumu için tüm birimler bir bütünün parçası gibi çalışmaktadırlar. Bu hizmeti insanlar polikliniklerden, röntgen, biyokimya laboratuvarı veya ameliyathanelerden farklı şekillerde almaktadırlar. Ancak bu hizmetlerinde riskli yanı vardır. Tıbbi hizmetlerin sunumu esnasında alınan bir yanlış karar ve ya müdahale insan hayatına mal olmaktadır. Büyük risk taşıyan bu hizmeti sunan hastaneler sonuçta insana hizmet etmektedir.

5.2. Araştırma-Geliştirme Fonksiyonu

Bu fonksiyon, hastanenin geliştirilmesi, çalışanların, hasta ve yakınlarının istek ve ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak yapılması gerekenleri kapsar. Bu bazı spesifik sorunların tespit ve çözümüne yönelik araştırma geliştirme faaliyeti olabileceği gibi bilgi toplamaya, istatistiki çalışmalara yönelikte olabilir.

“Hastanelerde yapılan araştırma-geliştirme faaliyetleri tıbbi, idari olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Tıbbi araştırma faaliyetleri ise klinik araştırma ve geçmişe dönük araştırma şeklindedir. Klinik araştırmada, hasta ya da deney hayvanları üzerinde araştırma yapılmaktadır. Geçmişe dönük araştırma ise hasta dosyalarına dayanılarak yapılan araştırmalardır.”⁵¹ Geçmişten gelen deneyim birikimler ile günümüz teknolojik gelişmeleri birleştirilerek tıp alanında gelişmeler sağlanmıştır. Yapılan deneyler ve laboratuvar imkânlarının gelişmesi araştırma geliştirme faaliyetleri sayesinde gelişme göstermiş, birçok tanı yöntemi ve aşılar geliştirilmiştir.

Batıda hastane endüstrisi büyük endüstriler arasında yer aldığından idari araştırmalara çok önem verilmektedir. Bazı hastanelerde araştırma-geliştirme

⁵¹ Seçim, s.18

bölümleri, hastane içinde ayrı bir bölüm olarak bulunur. Bölüm olmayan hastanelerde bu fonksiyon ilgili servislere yüklenmiş sayılır.⁵²

5.3. Eğitim Fonksiyonu

Hastanelerin insan kaynakları, politikalarını ve hizmetlerini etkin ve en iyi şekilde yerine getirebilmeleri için önemli bir role sahiptir. Personel planlamaları yapılırken doğru stratejilerin seçilmesi çok önemlidir.⁵³ Hastane yönetimleri, kuruma ilk defa alınan veya daha önceden işe girmiş, yeni tayin gelmiş personelleri belirli bir eğitim ve geliştirme programlarına tabi tutmalıdır. Personel yönetim stratejilerinde yapılan değişikliklere adaptasyonu sağlamak, yeni gelişmeler karşısında personelin bilgi ve becerilerini artırmak adına seminer, hizmet içi eğitim ve kurslar düzenlenmelidir.

Eğitim fonksiyonu sayesinde, hastanede görev yapan, hemşire ve diğer personelin mesleki yönden eğitimini, hasta ve yakınlarının eğitimini ifade eder. İnsan sağlığı için mesleki alanda iyi yetişmiş personele ihtiyaç vardır. Hastaneler, gerek doktor gerekse yardımcı tıbbi personelin pratik eğitimine de zemin hazırlayan sistemlerdir. Daha önceleri yalnız kütüphanelerde yapılan çalışmalarla geliştirilmeye çalışılan hekimlik, 18. Yüzyıldan itibaren hastanelerde geliştirilmeye başlanmıştır. Bu tarihlerden itibaren kurulan tıp fakülteleri ve hemşirelik okulları, öğrencilerine klinik eğitimi verebilmek amacıyla ya bir hastane ile birlikte, ya da bir hastaneye bağlı olarak kurulmuştur.⁵⁴ Kamu hastanelerinde özellikle ebe, hemşire, sağlık memuru ve diğer sağlık personelinin mesleki bilgi ve becerilerinin gelişiminin sağlanması için eğitim hemşireleri bulunmaktadır. Bunların hazırlamış oldukları belirli bir program dâhilinde tüm personel eğitime alınmaktadır. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarına hastalıkları hakkında veya genel hastane enfeksiyonları konusunda yapılan faaliyetlerde eğitim faaliyetleridir.

⁵² Ak, Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, s.181

⁵³ Ö. Dinçer, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, İstanbul, 1998, s.325

⁵⁴ Ak, Hastane Yöneticiliği, s.77

5.4. İdari-Mali Fonksiyonlar

Sağlık sektörü dolayısıyla hastaneler bütçeleriyle ekonomik açıdan çok önemli kuruluşlardır. Sağlık sistemindeki kaynakların çok etkin ve verimli kullanılması sonucunda iyi bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleşecektir. Bu durum hastanelerin idari-mali fonksiyonlarının önemini ön plana çıkarmaktadır. Çok iyi bir idari-mali yönetim sayesinde bu başarılabilir. Sağlık hizmetleri çeşitlilik arz etmesi ve direkt insan sağlığı ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle iyi bir yönetim gerektirmektedir.

Sağlık yönetiminde alınan yanlış kararlar sağlık düzeylerinin bozulması sonucuna kadar gidebilir. Çok farklı unvan ve branşta personelin istihdam edildiği ve bu anlamda çok karmaşık bir yapıya sahip hastanelerin çok iyi bir şekilde sevk ve idare edilmesi gerekmektedir. İdareciler, hastane hizmetlerinin etkin verimli sunulması için koordinasyon içerisinde faaliyetleri yürütmeleri gerekmektedir.

Kaliteli sağlık hizmeti üretebilme yönünde gerekli olan yiyecek, içecek, giyecek, yakacak, araç-gereç ve diğer malzemelerin temini, personelin maaş ve diğer sosyal haklarının ödenmesi, bütçenin tanzim edilmesi ve hastane derneğinden gelir elde edilmesi ve bu gelirlerin sarf edilmesi, mali fonksiyon kapsamındadır. Ayrıca döner sermaye ve buna bağlı işlemler, bağış ve yardımlarda bu fonksiyonun içinde yer alır. Kısaca hastanenin bütün gelir ve gider faaliyetlerini ifade eder.⁵⁵

Sağlık hizmetinin sunumu açısından hastanenin mali yönüde çok önemlidir. Günümüzde kamu hastaneleri çok büyük bütçelere sahiptir. Bunu çok etkin ve verimli kullanılması, gelir gider dengesinin iyi ayarlanması gerekmektedir. Kamu hastane birliklerine bağlı hastanelerin mali durum tabloları Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından izlenmekte her hastane ve idareciye bir karne düzenlenmektedir. Mali yönden zayıf veya gerileme tespit edilen hastaneler bir alt gruba düşürülmekte aynı zamanda idarecilerin sözleşmeleri fesih edilerek görevlerine son verilmektedir. Tabiki tasarruf tedbirleri kapsamında hareket edilerek hastanenin yiyecek-içecek, yakıt, demirbaş malzeme alımı, tıbbi cihaz alımları zamanında yapılmalıdır. Mali

⁵⁵ Ak-Akar, "Hastane Kavramı", s.31

anlamda her hastane stok yönetimi kurmalı, bütçe kriterleri doğrultusunda ihale veya doğrudan temin yöntemleriyle bu harcamaları gerçekleştirmelidir.

5.5. Otelcilik Fonksiyonu

Sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık otelciliği çok önem arz etmektedir. Hastanelerde hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik olarak konforlu, hijyenik, bir ortamda hasta ve yakınlarının bilgilendirildiği, eğitildiği, onların ihtiyaçlarını giderildiği, mekânsal anlamda düzenlemelerin yapılarak teşhis ve tedavilerinin yapılmasının tamamı otelcilik hizmeti olarak değerlendirilebilir. Kamu Hastane Birliklerinin kurulmasıyla birlikte belirli yatak kapasitesinin üzerinde bulunan hastanelerde Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği müdürleri görevlendirilmiştir. Hasta ve çalışan memnuniyetinin en üst seviyeye çıkarılması, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli sunumunda sağlık otelciliği hizmetlerinin ayrı bir yeri vardır.

Aslında hastanelerin tıbbi fonksiyonlarını bir tarafa bıraktığımızda ön plana çıkan hizmet otelcilik hizmetidir.⁵⁶ Yatarak tedavi gören bu hastaların ihtiyaçlarının karşılanması, hasta odalarının tefrişi, refakatçilerin istirahati için gerekli düzenlemelerin yapılması hepsi bu kapsamdadır. Odaların temizliği, aydınlanması, havalandırma sistemleri iyi çalışmalı, mobilyalar ergonomik olmalıdır.

“Hastaneler, müşterisi hasta olan bir oteldir.”⁵⁷ Hastalar şifa ile taburcu olup gidene kadar hastane himayesinde misafirdirler. Onların güvenliğinin sağlanmasından ihtiyaçlarının teminine kadar her işlem dâhildir. Hasta ve yakınlarının uzun süreler hastanede kalmaları onların moral ve motivasyonlarını etkilemektedir. Mümkün olduğunca olumsuzlukları gidererek kaldıkları süre içerisinde hastane ortamında rahat ettirmek hastanelerin görevidir. Bu esasen sosyal devlet anlayışıyla devletin bir görevidir. Sağlanan rahatlık ve konfor hastaların daha çabuk iyileşmesini sağlayacaktır. Kötü koşullar hem psikolojik olarak etkileyecek hem de enfeksiyon kaynağı olacaktır.

⁵⁶ Ak, Hastane Yöneticiliği, s.76

⁵⁷ Özdilek-Akgün, s.93

İKİNCİ BÖLÜM

ORGANİZASYON OLARAK HASTANELER

1. TÜRKİYE’DE HASTANELERİN ORGANİZASYON YAPISI VE YÖNETİM ORGANLARI

Sağlık sektörü çok hızlı gelişen ve değişim gösteren bir sektör olarak içerisinde birçok sistem, alt sistem ve uzmanlık alanını barındırmaktadır. Tarihsel gelişim içerisinde çağın teknolojik gelişmelerine ayak uydurmak zorunda olan tıp ve sağlık sektörü her yönde günden güne gelişim göstermektedir. Bu gelişmelerin yansımaları olarak sağlık hizmeti sunumunun yapıldığı kamu hastaneleri de sürekli değişmekte, gelişmektedir. Hastanelerin vermiş olduğu çok fazla ve farklı hizmetler mevcuttur. Bu hizmetlerin sunumu için mutlak surette bir organizasyon yapısına ihtiyaç vardır. Modern organizasyon sistemine göre her iş mutlaka o alanda yeterli birikime sahip, ehliyet ve liyakat sahibi uzman kişiler tarafından yerine getirilmelidir. Bu sayede yapılan işler daha kısa sürede ve daha başarılı bir şekilde yerine getirilmiş olur.

Ülkemizde 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yasasında değişikliğe gidilmiş. Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluş olarak bu alanda Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurulmuştur. Bu kurumlardan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kısaca ülke genelindeki kamu hastanelerinin bağlı olduğu kurum olarak faaliyet göstermiştir. Mezkûr kararname ile birlikte hastane organizasyon ve yönetim şekilleri de değişikliğe uğramıştır. “Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin genel organizasyon yapısında Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY) esasları esas alınmıştır. Yönetim ve organizasyon alanında 663 sayılı KHK sonrası düzenleyici bir çok yönetmelik ve mevzuat çıkarılmış ve hala devam etmektedir. Bu yeni model ile eski yönetim şekillerinde değişikliğe gidilmiş ama eski sistemden de tamamen bir kopuş söz konusu olmamıştır. Yine hekim idareci iyi olur zihniyeti bu yasayla devam ettirilmiştir.

1.1. Sağlık Bakanlığı

Mevcut Anayasamıza göre, ülke genelinde sağlık hizmetinin sunumu temininden devletin görevidir. Anayasal bir görev sorumluluk olan bu hizmeti yerine getirmekle görevli organ ise Sağlık Bakanlığı'dır. Anayasa'da bu hususta şu hüküm bulunmaktadır. "Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler."⁵⁸Buna göre Sağlık Bakanlığı bu görevi yerine getirirken ilgili diğer kurum ve kuruluşlarla bağlantıya geçerek sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik organizasyonlar, planlamalar, uygulamalar ve denetimler yapmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, 1920'de Türkiye Büyük Millet Meclisinin (TBMM) açılmasından sonra kurulmuştur. 1923'e kadar Kurtuluş Savaşının yaraları kapatılırken bir yandan da mevzuat çalışmaları yapılmıştır.⁵⁹ Tababet-i Adliye Kanunu bu dönemde çıkarılmıştır. Daha sonra Cumhuriyetin ilk yıllarında Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, Umumi Hıfzısıhha Kanunu yine bu dönemlerde çıkartılmıştır. Sağlık sektörüyle alakalı temel Kanunlar çıkartılmıştır. Bütün bu düzenlemelerle yol haritası belirlenerek ülke sağlık politikaları belirlenmiş ve uygulamaya konmuştur.

Koruyucu sağlık hizmetleri programları uygulamaya alınmış, Birçok il ve ilçede muayene ve tedavi merkezleri faaliyete geçmiştir. Hastane anlamında Adana, Ankara, Sivas gibi illerde numune hastaneleri faaliyete geçmiştir.⁶⁰ Özellikle sıtma, verem, cüzzam hastalığına yönelik faaliyetlerle birlikte ülke sathına yönelik bir kurumsallaşma söz konusudur.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği merkezi planlama ve yönetimidir. Sağlık Bakanlığı, kendisine bağlı yataklı sağlık kurumlarının planlaması, yapımı, onarımı, işletilmesi ve personel teminini merkezden veya taşra teşkilatı

⁵⁸, <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm>, (29.07.2014)

⁵⁹ Maliye Bakanlığı, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında, Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara, 2011, s.3

⁶⁰ Maliye Bakanlığı, s.3

aracılığıyla yapar.⁶¹ Sağlık Bakanlığı merkeziyetçi bir anlayışla bakanlığa bağlı ve diğer sağlık kuruluşlarının standartlarını belirleme ve denetleme yetkisine de sahiptir.

Şekil 1- Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması



Kaynak:, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html>, (01.09.2014)

1.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığının politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) kurulmuştur.⁶² TKHK bakanlığa bağlı kuruluş olarak kurulmasına rağmen özerk bir bütçesi bulunmamaktadır.

⁶¹ Z. Öztürk,-A. Yüksel-İ. Sakabaş, Sağlık Hizmetleri ve Çalışanlar Açısından Yasal Düzenlemeler, Ankara, 1996, s.7

⁶², <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>, (18.06.2014)

TKHK'nın görev yetki ve sorumluluklarından bazıları şunlardır:

- Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak.

- Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapılması ve politika oluşturulması maksadıyla Bakanlığa teklifte bulunmak.

- Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistematigi için her türlü alt yapıyı kurmak.

- Kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak.

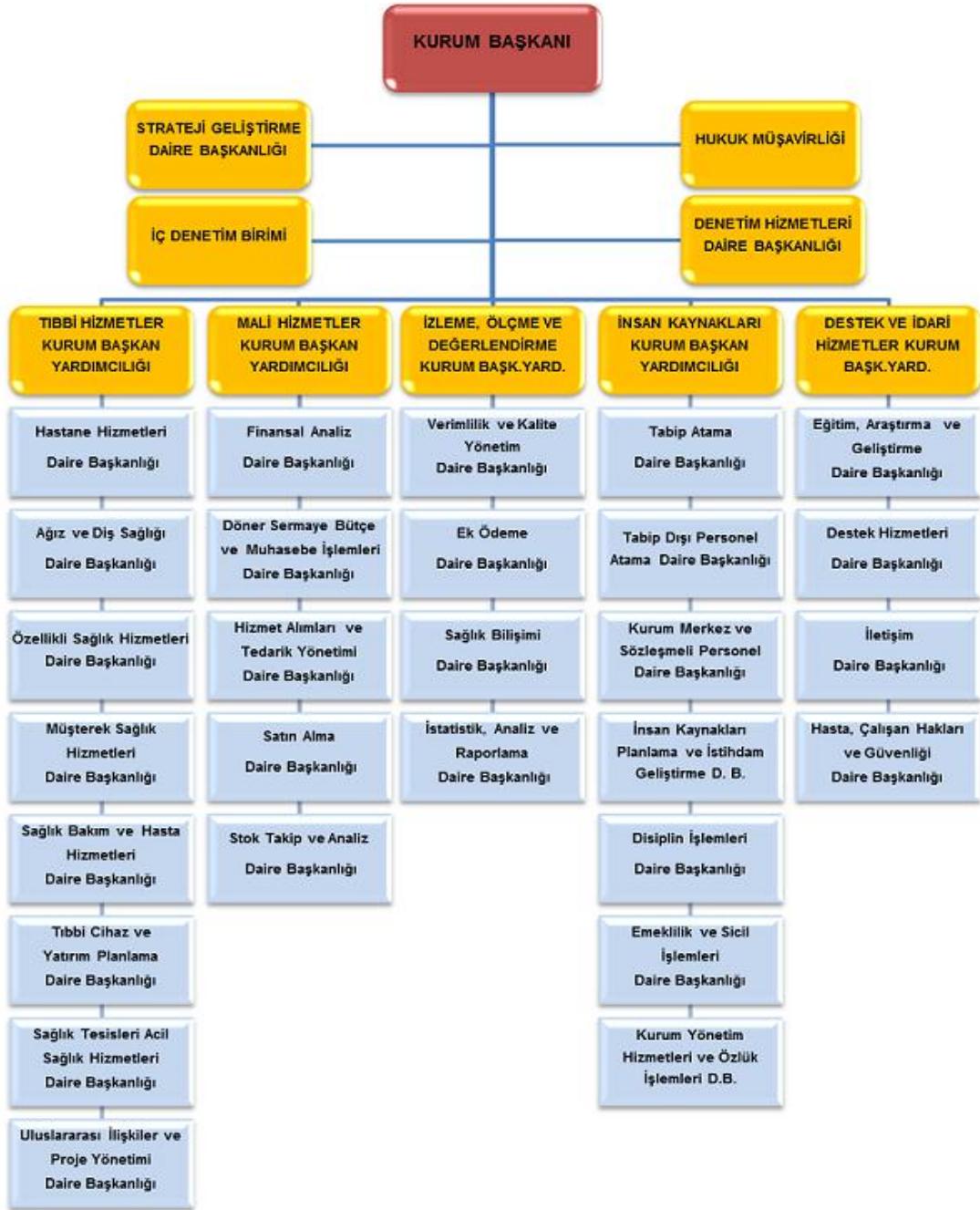
- Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, müşterek çalışma yürütmek.

- Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek.

- Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmektir.⁶³

⁶³, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>, (18.06.2014)

Şekil 2- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun Teşkilat Şeması



Kaynak :, <http://www.tkhk.gov.tr/TR,24/teskilat-semasi.html>, (01.09.2014)

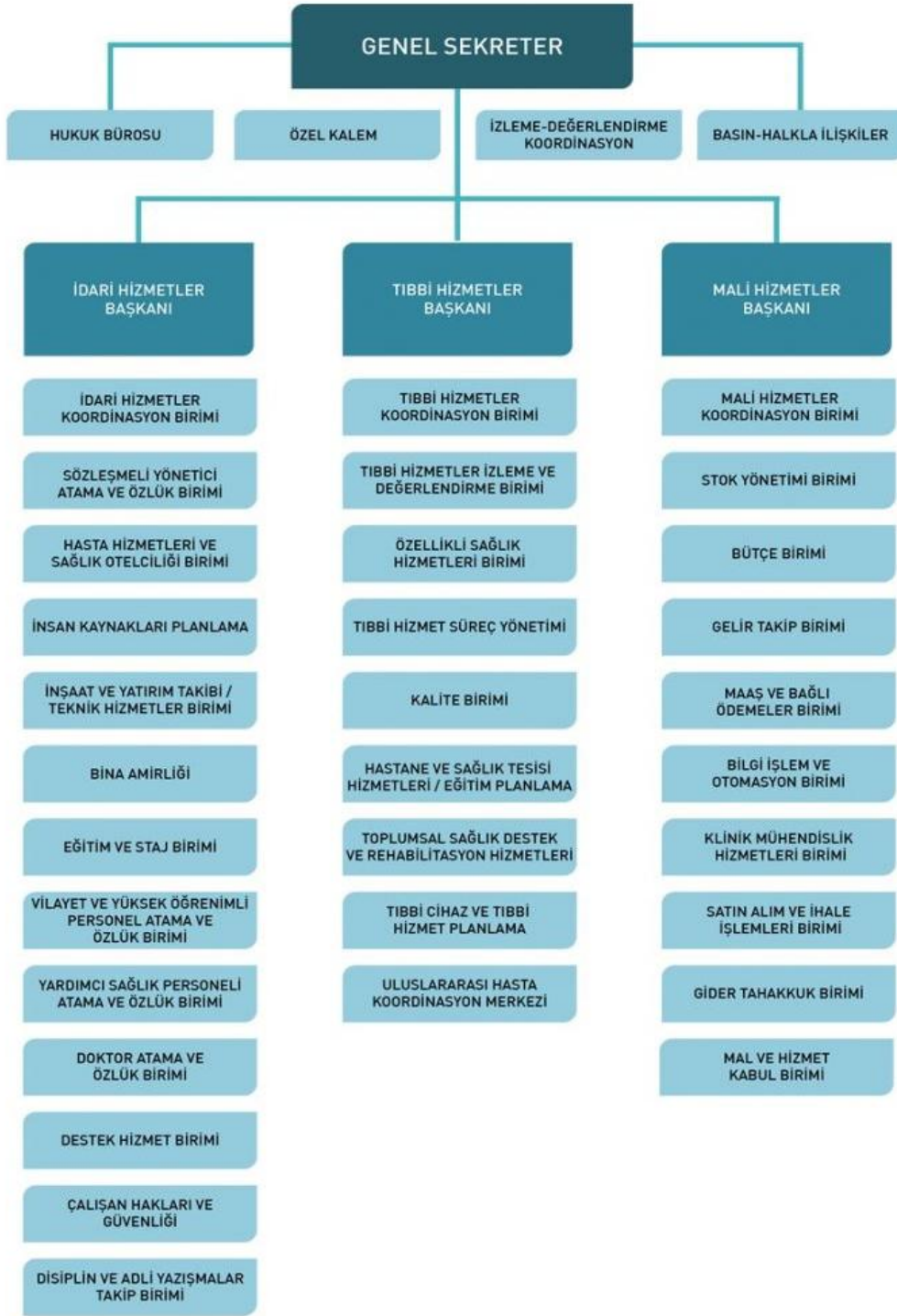
1.2.1. Kamu Hastane Birlikleri

663 sayılı KHK ile kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun illerdeki yapılanması Kamu Hastane Birlikleri (KHB) şeklinde yapılmıştır. Böyle bir yapılanmayla bakanlık kaynakların etkin ve verimli kullanılması amaçlanmıştır. Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri tarafından işletilmekte; gerektiğinde hizmetin büyüklüklerine göre aynı ilde birden fazla kamu hastane birliği kurulabilmekte ve bu kurulan birliklerden bir tanesi koordinatör birlik olarak görev yapmaktadır. İlde bulunan tüm ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları birlik içerisine dâhil edilerek birlik dışarısında herhangi sağlık kurumu bırakılmamaktadır. Koordinatör birlik, birlikler arasındaki uyum ve koordinasyonu gözetmekte, gerekli plan ve programların uygulanmasını sağlamaktadır.

Kamu Hastane Birlikleri Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra teşkilatını oluşturmaktadır. Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmakta; Genel sekreterlik, birliğin en üst karar ve yürütme organı durumunda bulunmaktadır. Ülke genelinde birlik teşkilatlarının kurulmasını müteakiben 88 genel sekreter atanmıştır.

KHB kurulmasına ilişkin yasanın çıkmasıyla birlikte ilgili birlik kapsamındaki sağlık kurumlarında bulunan baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşire kadrolarında bulunanların bu görevleri sona ermiş, yerlerine yeni sözleşmeli idareciler atanmıştır. O zamana kadar görev yapan idareci personeller kazanılmış bir hak olarak almış aldıkları unvanları kaybederek araştırmacı kadrolarına alınmıştır.

Şekil 3- Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Teşkilat Şeması



Kaynak:<http://www.beyoglubirlik.gov.tr/sayfa/organizasyon-semasi.html>, (01.09.2014)

1.2.1.1. Genel Sekreterlik

Birlik teşkilatının başında Genel Sekreter bulunmaktadır. En üst tepe yöneticisi konumundadır. Birliğin en üst karar ve yürütme organı olarak kurulmuştur. İl teşkilatlanmasında Genel Sekreterliğe bağlı olarak başkanlıklar ihdas edilmiştir. Spesifik bir ayrışa söz konusudur. Başkanlıklar arası bir uzmanlaşma söz konusudur. Mali işler, tıbbi işler birbirinden ayrılmış durumdadır. Liyakat ve ehliyet gösterilerek yapılacak istihdam ve atamalar devasa bütçe ve binlerce ifade edilen personelin çalıştığı kamu hastanelerinde başarı, etkinlik verimlilik kaçınılmaz kılacaktır, ancak bu yapılanmada da liyakat ilkeleri devre dışı bırakılmış, siyasi aktörlerin etkinliği ön plana çıkmıştır.

Genel sekreterlik bünyesinde Tıbbi Hizmetler Başkanlığı, İdari Hizmetler Başkanlığı ve Mali Hizmetler Başkanlığı kurulmuştur. Yine bu başkanlıkların altında alt birimler yapılandırılmıştır. Bu alt birimlerde sözleşmeli büro personeli ve sözleşmeli uzmanlarda görev yapabilmektedir. Yüksek ücret karşılığı istihdam edilen bu büro personeli ve uzmanların alımlarında da bir kriter konmamış, sınav, mülakat, liyakat ilkeleri devre dışı bırakılarak keyfiyet ilkesi ve yine siyasi aktörler ön plana çıkmıştır. Birlik bünyesinde görev yapan Genel Sekreter, başkanlar ve hastane yöneticileri sözleşmeli olarak görev yapmaktadırlar. Sözleşme yer alan performans hedeflerindeki gerçekleştirmelere bağlı olarak süresinden önce de sözleşmeler sona erdirilebilmekte, başarısızlık sebebiyle genel sekreterin değişmesi halinde başkanların ve başarısızlığa sebebiyet veren hastane yöneticilerinin sözleşmeleri de kendiliğinden sona ermektedir. Ancak yeni atamalar yapılmaya kadar görevde kalmaya devam edeceklerdir. Yeni hastane yöneticisinin göreve başlamasından itibaren, sözleşmeleri kendiliğinden sona ermekte, sözleşmeleri bu suretle sona eren personel ile yeniden sözleşme yapılabilmektedir.

1.2.1.2. Hastane Yöneticiliği ve Başhekimlik

Kamu Hastane Birliğine bağlı bulunan hastaneler hastane yöneticisi tarafından idare edilmektedir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idarî ve malî işler müdürü ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Kurum tarafından, hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak hastanelerdeki yönetim

görevleri tek kişiye verilebilmekte bu durumda hastane yöneticiliği ve başhekimlik görevi tek kişide toplanmaktadır. Yine Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun belirlemiş olduğu standartlar çerçevesinde belirli kadro yatağın üzerindeki hastanelerde müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılmaktadır. Bu durumda diğer müdürlüklere ilaveten Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği müdürlüğü kurulmaktadır. Yine kurumca belirlenen kadro standartlarını aşmamak üzere ilgili müdürlük ve başhekimliklere müdür yardımcısı ve başhekim yardımcısı görevlendirilmektedir.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile geleneksel hastane yönetimi uygulamasına son verilmiştir. Yeni düzenlemede Kamu Hastane Birliğine bağlı hastaneler, hastane yöneticisi ve başhekim tarafından idare edilmekte, başhekimlik görevini hekim sınıfından personel üstlenerek daha çok hastanede sunulan tıbbi hizmetlerin sevk, idare ve organizasyonlarından sorumlu olmaktadır.

Yine eski geleneksel sistemde hastane müdürünün yapmakta olduğu görevler yeni sistemde idari ve mali işler müdürü tarafından yerine getirilmektedir. Daha çok idari ve mali işler, ayniyat ambar, depo işlemleri satın alma, ihaleler, gibi mali konuların sorumluluğu idari mali işler müdüründedir.

Eski sistemde başhemşire olarak tanımlanan makam yeni sistemde müdürlüğe dönüştürülmüş ve sağlık bakım hizmetleri müdürü olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetleri sınıfında görev yapan yardımcı sağlık personelinin hastane içerisinde istihdamı, sevk ve idaresi kısaca hemşirelik hizmetleri yine bu müdürlük tarafından yerine getirilmektedir.

Yine hastane yöneticiliği ve başhekimlik makamına bağlı tüm idareciler Genel sekreterlik ile sözleşme imzalamakta, başarısız bir karneye sahip hastane idarelerinin sözleşmeleri gerektiğinde fesih edilmektedir.

1.2.1.3. Bilimsel Kurullar

i. Hastane Konseyi: Kamu hastanelerinde baştabibin başkanlığı altında bütün servis, laboratuvar şef veya uzmanları, hastane müdürü ve başhemşirenin katılması ile bir konsey kurulur. Konsey salt çoğunlukla yılda en az 4 defa toplanır. Baştabip

lüzum gördükçe gündemli olarak konseyi her zaman toplantıya çağırabilir. Bu toplantılarda kurumla ilgili ilmi ve idari konular görüşülerek çoğunluk ile alınan kararların uygulanması ve takibi baştabipliğe aittir.⁶⁴ Hastane organizasyon sisteminde görülen aksaklıklar ve uygulamaya yönelik kararlar alınır. Etkin verimli sağlık hizmetinin sunumu noktasında çalışma göstermektedir.

ii. Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu : “Sağlık Bakanlığı, eğitim hastanelerinde ayrıca baştabiple birlikte genel dal yataklı tedavi kurumlarında 5, özel dal tedavi kurumları ile yataksız kurumlarda 3 şeften oluşan Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu kurulur. Kurum amiri kurulun başkanıdır.”⁶⁵ Kamu hastanelerinde bu kurul sayesinde her klinik bir eğitim plan ve programı hazırlayıp uygulamaya koymaktadır. Hastane bünyesinde düzenlenen bu eğitim çalışmaları bir nevi hizmet içi eğitim seminerleri şeklinde düzenlenerek çalışanların bilgi ve tecrübelerinin artırılması sağlanmaktadır. Tıp ve sağlık alanındaki güncel gelişmeler, uygulamalar bu eğitim programları sayesinde personellere iletilmekte, yıl içerisinde yapılan eğitim faaliyetleri kuruma bildirilmektedir.

iii. Enfeksiyon Komitesi: Kamu hastane kurumlarında Enfeksiyon Komitesi, kurum amir yardımcısı başkanlığında biri iç hastalıkları veya yan dalları, biri genel şirürji(çocuk şirürjisi, göğüs kalp ve damar şirürjisi, plastik ve rekonstrüktif şirürji, kulak burun boğaz, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, üroloji de olabilir), biri bakteriyoloji ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı, birisi de başhemşire olmak üzere 5 kişiden oluşmaktadır.⁶⁶ Hastane enfeksiyonları çok önemlidir. Normal hastalık etkenlerinden daha dirençli olduklarından bazen kullanılan antibiyotikler dahi fayda etmemekte ve oldukça fazla ölümlere neden olmaktadır. Bazen başarılı geçen bir ameliyat sonrasında gerekli hijyenin sağlanamaması nedeniyle hastane enfeksiyonundan hasta kaybedilmektedir. Bu hijyeni sağlamak adına, kurum içinde enfekte hastalar, personel, ziyaretçi, yiyecek, içecek, haşere, vs. karşı tüm tedbirler alınmalıdır.

⁶⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, YTKİY, m.20

⁶⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, YTKİY, m.21

⁶⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, Tababet Uzmanlık Yönetmeliği, Ankara, 1974, m.17

iv. Sağlık Kurulları: Kamu hastanelerinde, sağlık kurulları tek tabibin yetkisi dışında kalan hususlarda veya mevzuatta sağlık kurulu raporu öngörüldüğü hallerde, kişilerin sağlık durumları hakkında karar vermeye yetkili organlardır.⁶⁷ Tedavi, hastalık, istirahat, ortez-protez için gerekli sağlık kurulu raporları; var ise ilgili daldan uzmanın katılımı ile, baştabibin seçeceği diğer dallardan uzmanların katılımı ile en az üç uzman tabipten oluşturulacak sağlık kurulunca verilir. İlaç kullanımı ve katkı payı muafiyeti için gerekli sağlık raporları, her yıl bütçe uygulama tebliğinde belirlenen esas ve usullere göre verilir. Kurul başkanı baştabiptir. Sağlık kurulu kararları çoğunlukla alınır. Eşitlik halinde kurul başkanının katıldığı görüş kararlaştırılmış sayılır. Çelişki halinde hasta Sağlık Bakanlığının saptayacağı bir hakem hastaneye gönderilir. Bu hastane sağlık kurulunca verilen kararlar ise kesindir.

v. İhale Komisyonu: Kamu İhale Kanununa göre ihale komisyonlarını oluşturma görevi ihale yetkilisine aittir. İhale yetkilisi, komisyon üyelerini belirlerken, belirlediği üyelerden kimin ihale komisyonu başkanı olacağını da ayrıca belirtmelidir. Ayrıca ihale yetkilisi unvanı ile ihale komisyonu üyeliği bir kişi üzerinde birleşemez.

İhale yetkilisi, biri başkan olmak üzere, ikisinin ihale konusu işin uzmanı olması şartıyla, ilgili idare personelinden en az dört kişinin ve muhasebe veya malî işlerden sorumlu bir personelin katılımıyla kurulacak en az beş ve tek sayıda kişiden oluşan ihale komisyonunu, yedek üyeler de dâhil olmak üzere görevlendirir.⁶⁸ Kamu hastanelerinde yeni yapıda ihaleler genellikle Genel Sekreterliğe bağlı Mali Hizmetler Başkanlığınca gerçekleştirilmektedir. Tıbbi cihaz alımı, ilaç ve sarf malzeme alımı, yemekhane, araç kiralama, hizmet satın alma, bakım-onarım için ihalelere çıkmaktadır. Bütçe disiplini açısından doğrudan temin yönetimi kullanılmamalı ve kamu ihale mevzuatı gereklerine göre ihaleye çıkılması kamu yararı açısından gereklidir.

⁶⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, YTKİY, m.22

⁶⁸ Kamu İhale Kurumu, Kamu İhale Kanunu, 2002, s. 12-13

vi. Muayene Kabul Komisyonu: Doğrudan temin yöntemi veya ihale edilen malın muayene ve kabulünün yapıldığı komisyondur. Kurum tarafından biri başkan, biri işin uzmanı olmak üzere en az üç veya daha fazla tek sayıda kişi ile yedek üyelere oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur.⁶⁹

Özellikleri dolayısıyla kısa sürede nitelikleri değişebilen veya günlük teslimat konu olan malların muayene ve kabul işlemlerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için idare, muayene ve kabul komisyonuna ürün veya cihazın kullanılacağı birimde görev yapan personelden üye seçmelidir.

Komisyonun görev ve sorumlulukları aşağıdaki gibidir:

- “a) Yüklenici tarafından idareye teslim edilen malın veya yapılan işin ihale dokümanında belirtilen şartlara uygun olup olmadığını inceler.
- b) Komisyon üyeleri her muayenede hazır bulunmak zorundadır.
- c) Kısa sürede bozulabilen maddelerin muayenesine öncelik verir.
- d) Komisyon, ihale dokümanında belirlenen şekilde kabul işlemlerinde esas alınacak işlemleri yürütür.”⁷⁰

1.3. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

“663 sayılı KHK’de Bakanlık politikası ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurulmuştur.”⁷¹ 663 sayılı KHK’nın belki de en büyük değişiklik Türkiye Halk Sağlığı Kurumudur (THSK). Yeni bir kurum olarak teşkilatlanmıştır. Eski yönetim yapısında mevcut bulunan birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarının tamamı THSK çatısı altında birleştirilmiştir.

Merkez teşkilatta yapılanmış bulunan Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi Başkanlığı da dâhil olmak üzere ildeki Hıfızısıhha Enstitüsü Müdürlükleri, Halk

⁶⁹ Kamu İhale Kurumu, Mal Alımları Denetim Muayene ve Kabul İşlemlerine Dair Yönetmelik, 2002, m.6

⁷⁰ Kamu İhale Kurumu, Mal Alımları Denetim Muayene ve Kabul İşlemlerine Dair Yönetmelik, m.7

⁷¹, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>, (18.06.2014)

Sağlığı Laboratuvarları, E-II ve E-III grubu İlçe Devlet Hastaneleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezleri (gençlik danışma, evlilik danışma merkezleri gibi üniteleriyle birlikte), Verem Savaş Dispanserleri, Sıtma Savaş Dispanserleri, Ruh Sağlığı Dispanserleri, Deri ve Zührevi Hastalıklar Dispanserleri, Trahom Savaş Merkezleri/Dispanserleri, Sıtma ve Tropikal Hastalıklar Eğitim ve Araştırma Merkezleri, Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri, Kanseri Kayıt Merkezleri, Sağlık Evleri, Sağlık Merkezleri, Hemoglobiniopati Tanı Merkezleri Aile Sağlığı Merkezleri, Aile Hekimliği Birimleri taşınır ve taşınmazları ve bünyelerinde kurulan döner sermayeli işletmelerinin tüm aktif ve pasifleriyle birlikte Halk Sağlığı Müdürlüğüne devir ve tahsis edilmiştir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun görev, yetki ve sorumluluklarından bazıları şunlardır:

-Halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek.

-Birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek, bu hususta gerekli düzenlemeleri yapmak.

-Bulaşıcı, bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar ve kanser ile anne, çocuk, ergen, yaşlı ve engelli gibi risk gruplarıyla ilgili olarak izleme, süzveyans, inceleme, araştırma, bağışıklama ve kontrol çalışmaları yapmak, bununla ilgili verilerin toplanmasını sağlamak, belirlenen hedefler doğrultusunda plan ve programlar hazırlamak, uygulamaya koymak, denetlenmesini sağlamak, değerlendirmek, gerekli önlemleri almak, bu konuda politika ve düzenlemelerin oluşturulması için Bakanlığa teklifte bulunmak.

-Yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırarak toplumdaki tüm bireylerin sağlığını geliştirmek; hatalı beslenme alışkanlıkları, obezite, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmek, bu hususları izlemek, araştırmak, veri toplanmasını sağlamak ve değerlendirmek.

- Birey, toplum ve çevre sağlığını etkileyen ve genel sağlığı ilgilendiren her tür etkeni incelemek, teşhis etmek, değerlendirmek ve kontrol etmek üzere gerekli

laboratuvar hizmetlerinin organizasyonunu sağlamak ve ulusal referans laboratuvarı kurmak ve işletmek, içme suları, biyosidal ürünler gibi görev alanına giren konularda tüketici güvenliği ile ilgili tedbirleri almak ve buna yönelik her türlü iş ve işlemi tesis etmek.

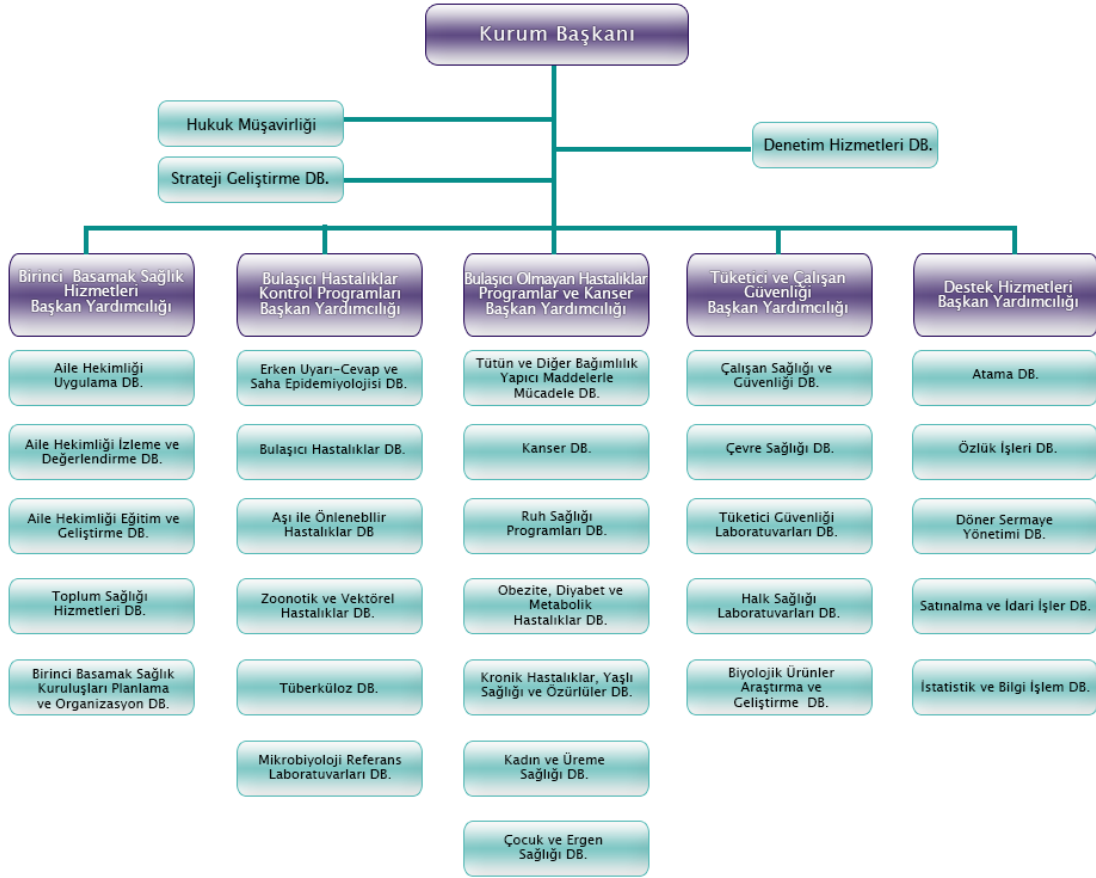
- Sağlık tehditlerine yönelik erken uyarı ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak, halk sağlığını tehdit eden konularda gereken tüm tedbirleri almak ve gerektiğinde müeyyide uygulamak.

- Görev ve sorumluluk alanıyla ilgili olarak hizmet standardizasyonunu sağlamak, meslek personelinin yetişmesi için ilgili kurumlarla işbirliğiyle eğitim programları hazırlamak, eğitim ve yayın faaliyetinde bulunmak.

- Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek.

- Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmektir.

Şekil 4- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Teşkilat Şeması



Kaynak:, <http://thsk.saglik.gov.tr/kurumsal/organizasyon-teskilat.html>, (01.09.2014)

1.3.1. Halk Sağlığı Müdürlükleri

Halk Sağlığı Müdürlüğü, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra teşkilatı olup, kuruma bağlı taşra birimlerinin ildeki yönetim, koordinasyon ve denetim faaliyetlerini yürütmektedir. Taşra teşkilatı; halk sağlığı müdürlükleri, toplum sağlığı merkezleri ve halk sağlığı laboratuvarlarından oluşmaktadır. İldeki eski yönetim sisteminden devredilen birinci basamak sağlık kuruluşlarının tamamının sorumlu olduğu kurum Halk Sağlığı Müdürlükleridir. Halk sağlığı müdürü bu kuruluşların planlanması, yönetilmesi ve denetlenmesinden Kurum Başkanına karşı sorumludur.

Halk Sağlığı Müdürlüğü taşra teşkilatı olarak aşağıdaki temel esaslar çerçevesinde hizmetlerini yürütür.

“a) Bakanlık ve Kurumun politikalarına, stratejik hedeflerine, planlama ve düzenlemelerine uygun davranırlar.

b) Sağlık hizmetinin kesintisiz bir biçimde ve bütünlük içerisinde sunumunu sağlamaya çalışırlar.

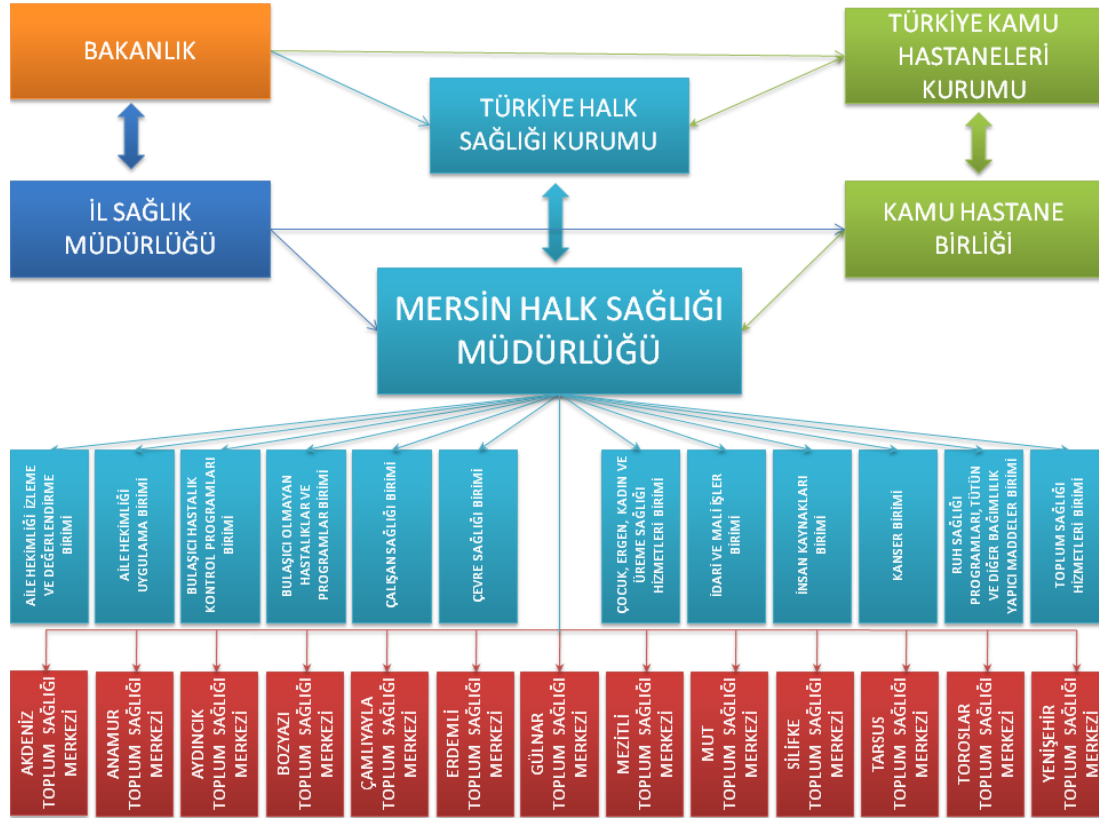
c) İnsan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak amacıyla hizmetlerin planlanmasında ve sunumunda müşterek hareket ederler.

ç) Birlikte yürütülmesi gereken işlerde azami ölçüde işbirliği ve yardımlaşma içerisinde bulunurlar.

d) Hizmetin yürütülmesinde ortaya çıkan kurumlar arası ihtilaf ve tereddütlü hususlarda Kurum kararına göre hareket ederler.”⁷²Halk sağlığı müdürlüğü tedavi edici sağlık hizmetlerinden ziyade tedaviye gerek kalmadan yani hastalanmama adına koruyucu sağlık hizmetleri sunumunu ön plan çıkarmaktadır. Müdürlüğe bağlı birimlerin her türlü araç, malzeme vb. alınması, kira, yakıt vb. giderlerinin karşılanması yine halk sağlığı müdürlüğünce yapılmaktadır. Ayrıca personellerin yer değiştirmeleri, personel maaş ve diğer ödemeleri gibi özlük işleri halk sağlığı müdürlüğünce yürütülmektedir.

⁷² T.C. Sağlık Bakanlığı, THSK Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları İle Kadro Standartları Hakkında Yönerge, Ankara, 2012, s.2

Şekil 5- Halk Sağlığı Müdürlüğü Teşkilat Şeması



Kaynak:,<http://www.mersinhsm.gov.tr/TeskilatSemasi.aspx>, (01.09.2014)

1.3.2. İlçe Devlet Hastaneleri

Ülke geneli ve ilde bulunan tüm kamu ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşları Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve taşra teşkilatı olarak Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı olmasına rağmen E-II ve E-III grubu İlçe devlet hastaneleri Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve taşra teşkilatı olan İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlıdır.

Ulaşım imkanları, nüfus, coğrafi ve sosyo-ekonomik şartlar ve bölge merkezli sağlık planlaması kriterleri gözetilerek kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ve gezici sağlık hizmetleri ile yataklı tedavi hizmetlerinin ilçe devlet hastaneleri bünyesinde

ailehekimleri ile birlikte entegre sağlık hizmeti sunum modeli ile verilmesi amacıyla kurulmuştur.⁷³ Entegre sağlık hizmeti sunumu için ilçe devlet hastanesi aynı ilçede bulunan toplum sağlığı merkezi ve aile sağlığı merkezi ile birleştirilerek, birinci basamak sağlık hizmeti ikinci basamak sağlık hizmetiyle beraber diğer bir deyişle koruyucu sağlık hizmeti, tedavi edici sağlık hizmeti birlikte sunulmaktadır. Yeterli uzman hekim kadrosuyla güçlendirilen ilçe hastaneleri tam gün esasına göre hizmet vermektedir. Bunun yanında acil sağlık hizmetleri, doğum, muayene, ayakta ve ya yatarak tedavi, küçük cerrahi müdahaleler, çevre sağlığı hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, diyaliz hizmetleri ilçe entegre devlet hastanelerinin yürüttüğü sağlık hizmetleridir. Hastane yönetimi başhekim ve hastane müdüründen oluşmaktadır. Başhekim ve hastane müdürü tıbbi, mali ve idari hizmetlerin sevk ve idaresini gerçekleştirmektedirler.

1.3.3. Toplum Sağlığı Merkezleri

“Toplum sağlığı merkezi, bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan, birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşudur.”⁷⁴ Her ilçede ve Büyükşehir Belediyesi olmaya il merkezlerinde bir toplum sağlığı merkezi kurulmaktadır. Halk Sağlığı Müdürlüklerine bağlı olarak faaliyet gösteren bu merkezlerin idareciliğini Toplum Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimi yürütmektedir. İdari ve tıbbi hizmetlerin işlemlerin sevk ve idaresini yürütmektedir.

Nüfus kriterine göre A, B, C, D tipi olarak gruplara ayrılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunun yapıldığı birimlerdir. Bünyesinde verem savaş birimi, açsıp birimi, sıtma savaş birimini barındırır. Uzman hekim kadrosuyla güçlendirilen toplum sağlığı merkezlerinde

⁷³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığına Bağlı İlçe Devlet Hastanelerinde Entegre Sağlık Hizmeti Sunulmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge, Ankara, 2011, s.3

⁷⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, Ankara, 2011, s.1

standart kadro yönetmeliği çerçevesinde yeteri kadar sağlık hizmetleri sınıfında sağlık personeli istihdam edilir. Eğitim faaliyetleri ağırlıklı olarak yürütülmekte, çevre sağlığı hizmetleri, üreme sağlığı hizmetleri, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, laboratuvar hizmetleri, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, okul sağlığı ve sosyal hizmet çalışmaları bu merkezlerde başarı ile yürütülmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre toplam nüfusu 500'ün üzerinde olan belde, köy ve mezralarda Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun onayı ile sağlık evleri açılabilmektedir. Sağlık evleri sağlık hizmeti sunumunu yapıldığı en ücra noktalarıdır. Sağlık evleri idari yönden toplum sağlığı merkezine, hizmet yönünden ise aile hekimlerine bağlı birimlerdir ve sağlık evlerinde tek personel çalışır.

1.4. İl Sağlık Müdürlükleri

663 sayılı KHK kapsamında Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı ile Bağlı Kuruluşları yeniden yapılandırılmış ve Sağlık Bakanlığının ildeki temsilcisi Sağlık Müdürü olmuştur. Yeni yapıyla birlikte hastanelerin özel hastaneler kanunu kapsamındaki diğer hastanelerin mevzuata uygun olarak faaliyetlerinin denetlenmesi, personelinin özlük, atama, sicil, nakil, terfi vb. işlemlerinin yapılması, mali yönetimin sağlanması, il emrine verilen personelin valilişk kanalı ile sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlara dağıtılması, sağlıkla ilgili olarak oluşturulan komisyonlarda başkan veya üye olmak ve acil sağlık hizmetlerinin sunumu noktasında görev üstlenmektedir.

“Bakanlığın taşra teşkilâtı; illerde kurulan il sağlık müdürlükleri ile ihtiyaca göre ilçelerde kurulan ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşur.”⁷⁵ Sağlık Bakanlığı, illerdeki iş ve işlemlerini sağlık müdürlükleri üzerinden yapmaktadır. Sağlık Müdürlüğü 663 sayılı KHK sonrası İl’de bulunan bağlı kuruluşların koordinasyonunu yapar; uyumlu çalışmasını gözetir ve bu amaçla mutlak aralıklarla ilgililerle beraber toplantılar düzenler. Bu toplantılarda alınan kararlar ve tespit edilen problemler Bakanlığa rapor edilir.

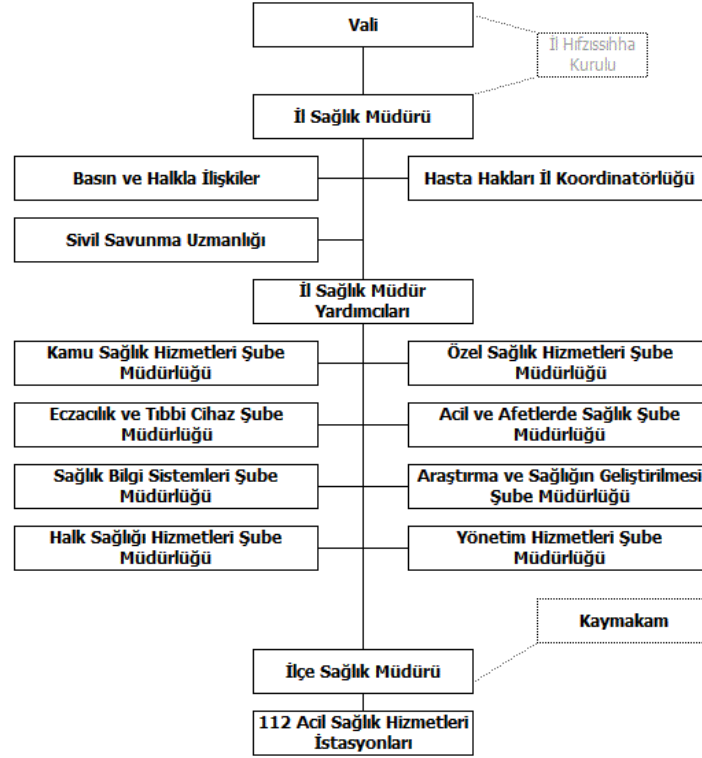
⁷⁵, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>, (18.06.2014)

Yeni yapılanma sonrasında icracı şube müdürlüğü ve sağlık hizmeti sunumu açısından bir tek Acil sağlık hizmetleri Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kalmıştır. İl ve ilçe sağlık müdürlükleri bünyesinde yürütülen bu hizmetlerin kamu ve özele ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresinden sorumlu ve bu konuda yetkili Sağlık Müdürlüğüdür. Acil sağlık hizmetlerinin hastanelerden ayrılması mümkün değildir. Olay yerinde acil sağlık hizmetlerinde görevli hekim ve sağlık personelinin yapmış olduğu ilk müdahale ardından ambulansla naklin yapılacağı yer an yakın ve donanımlı kamu hastaneleridir.

İl Sağlık Müdürlüğü acil sağlık hizmetleri ile hastaneler arasındaki koordinasyonu sağlama üzere kamu hastaneler birliği, halk sağlığı müdürlüğü, kamu ve özel hastane temsilcileri ve ilgili yetkililerin katılımıyla en az 2 (iki) ayda bir düzenli olarak İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) toplantıları yapmaktadır. Bu toplantılar neticesinde sağlık hizmetlerinin sunumu noktasında önemli kararlar alınmakta ve ASKOM’da alınan kararlar uygulamaya konmaktadır. “Haberleşmenin gelişmesi ve karar verme noktalarının artmış olması, acil durumlarda çabukluk sağlar.”⁷⁶ Acil müdahale sonunda hasta ve yaralıların en yakın ve donanımlı hastaneye ilk müdahale yapılmış vaziyette nakli çok önemlidir. Kamu hastanelerinde acil servislerde ilk ve acil yardım uzmanları istihdam edilmekte, gerekli eğitimi almış yeterli bilgi ve donanıma sahip sağlık personelinin teknolojik gelişmelere paralel temin edilen yaşam destek üniteleri ile müdahaleleri hasta ve yaralıların hayatta kalmalarını sağlamaktadır.

⁷⁶ E. Eren, Yönetim ve Organizasyon, İstanbul, 2011, s.190

Şekil 6- İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması



Kaynak:, <http://www.konyasm.gov.tr/icerik/detay/155>, (01.09.2014)

2. GELİŞMİŞ BAZI ÜLKELERDE HASTANELERİN ORGANİZASYON YAPISI

İngiltere’de bulunan hastaneler, hastane müdürü, baştabip ve başhemşireden meydana gelen yönetim ekibi tarafından idare edilmektedir. Yönetim ekibinde bulunan bu idareciler birer fonksiyonel yöneticidir. Hastanede görülen faaliyetler başlıca üç ana grupta toplanmıştır. Hastane hizmetlerinin sevk ve idaresinden fonksiyonel yönetici olan baştabip, hastane müdürü ve başhemşire sorumludur. İngiltere’de hastane organizasyonlarında orta ve üst kademe yönetim organları ayrı ayrı değil birleştirilmiş vaziyettedir. Üst düzey pozisyonunda bulunan idareci aynı zamanda icracı durumundadır.

İngiltere’de hastanelerin iç organizasyon yapısı ile alt bölge sağlık organizasyonu iç içedir. Tek bir kuruma veya yöneticiye karşı sorumluluk söz konusu değildir. Çalışanlar hem hastane organizasyonuna karşı hem de alt bölge

sağlık organizasyonundaki yönetim ekibine karşı sorumlulukları vardır. Bakanlık teşkilatından hastane içerisinde bulunan yönetim ekibine kadar uzanan yönetim kademelerinde yer alan her idareci pozisyonunun karşılığı alt yada üst kademede yer almaktadır. Ancak, bu pozisyonlar arasında bulunan ilişkiler ast-üst ilişkisi olarak değil izleyicilik ilişkisidir. Üst kademede bulunan idareciler alt kademede bulunanlara emir vermez, yapılan uygulamalar doğrultusunda danışmanlık ve tavsiyelerde bulunur. Tıbbi hizmetler, idari-mali hizmetler ve hemşirelik hizmetleri ayrılmıştır ve her idareci kendi alanından sorumludur. Yönetim ekibindekiler arasında bir hiyerarşik alt üst ilişkisi bulunmamaktadır.

Almanya’da hastane organizasyonlarında en tepe yönetimi olarak hastane direktörlüğü gelmektedir. Almanya hastane organizasyonlarındaki hastane direktörlüğü ABD’ deki gibi bir yapılanmaya sahiptir. Hastane direktörlüğü, baştabip, hastane müdürü ve başhemşireden müteşekkildir. Yine başhekim tıbbi hizmetlerin sunumundan, hastane müdürü idari ve mali hizmetlerin sunumundan, başhemşire ise hemşirelik hizmetlerinin sunumundan sorumludur. Fonksiyonel anlamda icracı yürütmeden sorumlu idareci aynı zamanda üst kademe yöneticisi pozisyonadır. Bu yapıda İngiltere modeliyle aynıdır, üst ve orta kademe yönetim organları birleşmiş durumdadır.

ABD’de bulunan hastanelerin büyük çoğunluğu kar amacı taşımayan özel hastanelerdir. Hastanelerin % 73’ü bu durumdadır.⁷⁷ Hastane organizasyonlarında farklı bir yapılanma söz konusudur. Burada üst kademe, fonksiyonel, orta kademe ve alt kademe yönetim organları mevcuttur. ABD hastane organizasyonlarında üst kademe yönetimde, yönetim ekibi, komiteler ve hastane müdürü bulunmaktadır. Yönetim ekibi, hastanenin idari-mali ve sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu bulunmaktadır. Aynı zamanda danışmanlık faaliyetini de yürütmektedir. Stratejik kararların alınmasında rol oynar. Hastane organizasyonunun genel idaresinden hastane müdürü sorumludur. Hastane müdürüne bağlı olarak başhekim, başhemşire ve müdür yardımcısı bulunmaktadır. Hastanenin tıbbi hizmetleri, mali hizmetleri hemşirelik hizmetlerinin sunumundan sorumludur ve daha fonksiyonel olarak çalışmaktadırlar. Hastane müdürüne karşı sorumludurlar, hastane müdürü tıp mesleği

⁷⁷ Seçim, s.33

dışından görev alan bir kişidir.⁷⁸ Bürokratik bir yönetim yapısı bulunan hastane organizasyonlarında tıp hizmetleri çok iyi organize edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi ve denetlenmesi başhekimin sorumluluğunda olup, bu konuda başhekime yardımcı olmak adına birçok komite kurulmuştur.

Bu komiteler; Enfeksiyon komitesi, doku komitesi, kullanım komitesi, tıp komitesi, onkoloji komitesi, eczane ve ilaç komitesi, koordinasyon komitesi, aile hekimliği gibi komitelerdir.⁷⁹ ABD hastane organizasyonlarında, kurulan bu komiteler ve denetim organları sayesinde standartlaşma çalışmaları görülmektedir. Ancak, kademelerin fazla olduğu kuruluşlarda hiyerarşi işlerin çok hızlı bir şekilde yürütülmesini engellemektedir.

3. HASTANEDE HİZMET GRUPLARININ ORGANİZASYONU

“Organizasyonu, yönetim organlarının belirtilmesi ve içinde insanların etkileşim halinde bulundukları yapısal bir süreç olarak tanımlamak mümkündür.”⁸⁰ Hastaneler amaçlarını gerçekleştirebilmek, belirlenen hedefe varabilmek için bünyesinde barındırdığı insan kaynaklarını, araç-gereç, tıbbi cihazlarını amaçlar doğrultusunda kullanmaları gerekmektedir. Her birimin, her materyalin, her cihazın kullanım alanı belirlenmeli, birbirleriyle ilişkilendirilmeli ve belirli bir organizasyon yapısı içinde hareket edilmelidir.

Kamu Hastanelerinin en temel görevlerini tıbbi hizmetler oluşturduğundan bu hizmetlerin organizasyonu önemlidir. Tıbbi hizmet sunumunun ilk gerçekleştiği yer polikliniklerdir. Hizmet binalarının imkânları doğrultusunda kiniysen uzman hekimlere poliklinik odaları açılmakta kaybolan sağlığın yeniden kazanılması noktasında hastaların müracaat yeri olmaktadır. YTKİY’de yapılan değişikliklerle artık hastaların hastanede mevcut bulunan branşlarda istediği hekimi seçme hakkı tanınmıştır. Sağlık hizmeti sunumu ve alımı noktasında çok iyi bir uygulama ve organizasyondur.

⁷⁸ Seçim, s.45

⁷⁹ Seçim, s.51

⁸⁰ M.Ş. Şimşek-A. Çelik, İşletme Bilimine Giriş, Konya, 2012, s.197

Hastanelerde tıbbi hizmetlerin sunuma yardımcı olan ve sağlık hizmeti sunumunun başarısını etkileyen diğer organizasyon laboratuvar hizmetleridir. Enfeksiyonların, hastalıkların tanı ve tedavisinde çok önemli rol oynamaktadırlar. Biyokimya laboratuvarı, mikrobiyoloji laboratuvarı, seroloji laboratuvarı, patoloji laboratuvarı, MR, Ultrasonografi, tomografi, röntgen laboratuvarlarını sayabiliriz. Yataklı tedavi kurumu olan hastanelerin bu laboratuvarlar vazgeçilmezidir. Laboratuvarların gelişmiş ve cihaz-teçhizat bakımından donanımlı olması, tıbbi hizmetlerin başarısını olumlu yönde etkilemektedir.. Esasen bu hizmetler teşhis ve tedaviye yardımcı olan hizmet ve organizasyonlardır.

Hastane organizasyonlarını birinci basamakla sağlık hizmeti organizasyonundan ayıran belki de en önemli fark sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan farktır. Cerrahi branşlardaki uzman hekimler, sterilizasyon, ameliyathane ve buna bağlı yoğun bakım üniteleri tıbbi hizmetlerin ayrı organizasyonlarıdır. Bütün bu hizmetlerin sunumunda görevli ameliyathane teknikeri/teknisyeni, hemşiresi, anestezi teknisyeni, sağlık memuru, ebe görev yapmaktadır.

Bir diğer organizasyon yoğun bakım ve reanimasyon hizmetleridir. Hayati tehlikesi bulunan hasta ve yaralıların devamlı olarak gözlem altında tutulduğu birimlerdir. Yaşam destek üniteleri ve diğer tıbbi cihazlarla donatılmış yeteri kadar personelle desteklenmiş yirmi dört saat esasına göre hizmet veren ünitelerdir. Yoğun bakım üniteleri anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanının sorumluluğundadır. Ameliyat sonrası dönemde uyandırma sonrası hastaların hayati bulguları normale dönünceye kadar yoğun bakım biriminde misafir edilir ve sonrasında normal ilgili servise nakledilir.

Bilim ve tıp alanında görülen gelişmelerin yanında kamu hastanelerinde sağlık hizmetleri sunumunun uygulanmasında rol alan hemşirelik hizmetleri önemli organizasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilindiği üzere hemşirelik mesleğinin gelişmesi ve modern hemşireliğin yerleşmesinde FlorenceNightingale öncü olmuştur. Hemşirelik hizmeti ve organizasyonları yıllarca hastalığın tedavi noktasına yönelmiş, insan unsuru, onun ruhsal durumu hep göz ardı edilmiştir. Ancak son yıllardaki yaklaşımlar insanı ön plana alarak her şeye bir bütün olarak yaklaşılmıştır.

Günümüzde artık bu organizasyonlarda ihtisaslaşmalar gözükmemektedir. Ameliyathane hemşiresi, psikiyatri hemşiresi, acil hemşiresi gibi ifadeler bunun göstergesidir. Sağlık Bakanlığı yeni teşkilat yasasında hemşirelerin sorumlusu olarak ifade edilen başhemşirelik unvanı sağlık bakım hizmetleri müdürü olarak değişikliğe uğramıştır. Kamu hastanelerinde hekim grubu personel dışındaki yardımcı sağlık personelinin sorumlusu olarak, standart kadro ilkeleri çerçevesinde dağılım, sevk ve idaresini yapmaktadır.

Kamu hastane hizmetlerinde yine teşkilat yasası ile idari ve mali işlerin organizasyon yapısında da değişiklikler olmuştur. Hastane müdürü unvanı yeni dönemde idari ve mali işler müdürü olarak tanımlanmıştır., Hastane bünyesinde tıbbi hizmetlerin dışındaki idari ve akçal işlemler idari mali işler organizasyonu yerine getirmektedir. Maaş mutemetliği, tahakkuk işlemleri, performans dayalı ek ödeme işlemleri, satın alma, bakım-onarım faaliyetleri, teknik hizmetler, personel özlük işlemleri, hasta ve personel arşivleri, hasta kabul gibi hizmetler idari mali organizasyonlar arasında yer almaktadır. Hastanelerin verimli çalışması için girdilerin temin edilmesiyle alakalı plan ve politikalar özenle seçilmeli, kullanılan hammadde ve malzemeler için stok yönetimi sistematik hale getirilmelidir.

Bakım onarım politikaları, kullanılan teknoloji ile araç-gereçlerin özelliğine göre değişir. Teknoloji yoğun ve makine bakımından geniş ekipmana sahip işletmeler bakım-onarım maliyetlerini oldukça düşük seviyelere çekerler.⁸¹ Hastane yönetimleri makine teçhizat ve personel yönünden yeterli değilse bu organizasyonu iyi yapamamışsa maliyetleri artıracak dışardan hizmet satın alma yönetimiyle bu organizasyonu uzman ekiplere bırakacaktır.

4. SİSTEMLER YAKLAŞIMI AÇISINDAN HASTANE ORGANİZASYONU

Sistemler yaklaşımı sistem çevre ilişkisine şöyle yaklaşmıştır: “Olayları (ve sistemleri) sadece bir açıdan, başka olaylarla ilişkisiz ve çevre şartlarından kopuk olarak incelemek yerine, her olayı belirli bir çerçeve içinde, başka olaylarla ilişkili olarak incelemenin olayları anlama, tahmin etme ve kontrol etme açılarından daha

⁸¹Dinçer, s.324

etkin olduğu ileri sürölmüştür.”⁸² Yönetim olayları başka olaylarla ve diğér dış çevre şartları ile ilişkili olarak detaylı olarak incelenmektedir. Yönetimde koordinasyon için gerekli şartların görölmesini sağlar.

Sistem aslında belirli bir alt sistemlerden oluşán bir bütündür ve bu bütünü oluşturan her alt sistemin kendine has özelliğı, işleyişı bulunmakla beraber her bir alt sistemin etkinliğı birbirine bağılıdır.⁸³ Sistem yaklaşımı esasen insan vücuduna benzemektedir. İnsanın hayatta kalabilmesi için düzenli bir şekilde işleyen ve birbiriyle ilişkili bir sistem yapısı mevcuttur. Dolaşıım sistemi, sindirim sistemi, boşaltım sistemi, kas-iskelet sistemi bir bütünü oluşturan alt sistemlerdir aslında. İnsan vücudunun analizini yapabilmek için bu alt sistemleri iyi anlamak gerekmektedir. Alt sistemler işlerini en iyi şekilde yerine getirdikleri takdirde tüm sitemde iyi işleyecektir. Birbirleriyle yakından ilgili olan bu alt sistemlerden birinin iyi çalışmaması diğér bir alt sistemi etkileyecektir. Örneğın akciğérlerde yani solunum sisteminin iyi çalışmaması kalp-damar sistemi dolayısıyla dolaşıım sistemini çok etkileyecek buralarda problemler görölecektir.

Hastaneler, ülkenin sağıık sisteminin, kişisel sağıık hizmetleri ise bir alt sistem olarak tanımlanabilir. Hastaneler, her zaman sosyo-ekonomik, kültürel, teknolojik, hukuki, siyasi ve idari çevrenin etkisi altında bulunmaktadır.⁸⁴ Her organizasyon içinde çok çeşitli alt sistemleri görmek mümkündür. Bunun faydası, alt sistemler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarır. Her alt sistemin kendi iç işleyişı kadar, birbirleri ile olan ilişkileri de önemlidir ve bu etkileşim bir nevi bir üst sistemin yaşama ve gelişmesini etkilemektedir.⁸⁵ Hastanelerde bir sistem dâhilinde işlemektedir. Bir çok alt sistemi bünyesinde barındırmaktadır. Bütün bu alt sistemlerin uyumlu çalışması sonucunda hastaneler amaçlarına ulaşmaktadır. Kamu hastaneleri sağıık hizmeti sunan kurumlar, organizasyonlardır.

Kamu hastanelerin amaçlarını gerçekleştirmeleri için oluşturulan alt sistemler dokuz ana başlık altında anlatılmıştır.

⁸² T. Koçel, İşletme Yöneticiliğı, İstanbul, 2011, s.247

⁸³ Koçel, s.248

⁸⁴ Özdemir, s.75

⁸⁵ Koçel, s.307

-Hasta Servisleri: Hastanelerde dâhili ve cerrahi branşlarda görev yapan uzman hekimlere ait hastaların yatarak tedavi ve rehabilite edildikleri servisleri bulunmaktadır. Genel olarak serviste görev yapan uzman hekimlerden kıdemli olan klinik şefi olarak görev yapar ve servis yönetimini sağlar. Nöbet, icap ve konsültasyon gibi durumları düzenler. Acil servisten ve polikliniklerden yatışına karar verilen hastalar ilgili yataklı servise getirilir ve tedavileri neticesinde şifa ile taburcu oluncaya kadar servislerde misafir edilir. Bunlara örnek verecek olursak, üroloji, nöroloji, kulak burun boğaz, ortopedi ve travmataoloji, genel cerrahi, psikiyatri, intaniye, dâhiliye, göz, beyin cerrahi, çocuk ve doğum servisleri olabilir.

-Ameliyathaneler: Hastanelerde cerrahi müdahalenin yapıldığı yerler ameliyathanelerdir. Servislerde olduğu gibi ameliyathanelerde bir uzman hekimin sorumluluğunda yürütülür. Ameliyathane oda sayıları cerrahi kliniklerin yatak sayılarına göre ayarlanmaktadır. Hastanelerin en hassas ve önemli birimlerindendir. Sterilizasyon çok önem arz etmekte, enfeksiyon riski açısından sterilizasyon en üst seviyede tutulmaktadır. Ameliyathaneler içerisinde yine cerrahi müdahalede kullanılan malzemelerin steril hale getirildiği sterilizasyon birimleride mevcuttur.

-Poliklinikler: Hastaların rahatsızlandıklarında ilk müracaat ettikleri birimler polikliniklerdir. Klinik branşlarda görev yapan her uzman hekime bir poliklinik açılmaktadır. Polikliniklerde ayaktan teşhis ve tedavi yapılır gerekli görülen hallerde yatarak tedavi veya cerrahi müdahale için yataklı servise yönlendirilir. Bazı polikliniklerde küçük lokal cerrahi müdahale de yapılmaktadır. Özellikle plastik cerrahi, genel cerrahi ve ortopedi ve travmatoloji poliklinikleri bunlara örnek gösterilebilir.

-Laboratuvarlar: İkinci, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastaneler için laboratuvar birimi vazgeçilmez birimlerdendir. Bir çok hastalığın teşhisi laboratuvar sonucuna göre tespit edilmektedir. Gelişen teknoloji ile beraber laboratuvar hizmetlerinde de kullanılan cihazlarda gelişme göstermiş, hekimlerimizin hastalığın tanısı konusunda başarı yüzdeleri artmış ve buna göre tedaviler düzenlenmiştir. Biyokimya, mikrobiyoloji ve seroloji laboratuvarı, hematoloji, kan merkezleri bu laboratuvarlara örnek gösterilebilir. Bunun yanında görüntüleme ve

röntgen laboratuvarları da benzer hizmeti görmektedir. Özellikle MR, Ultrasonografi, sintigrafi, röntgen, tomografi laboratuvarları da bunlara örnek gösterilebilir.

-Eczane: Hastane içerisindeki tüm servislerin, birimlerin ilaçları temin ettikleri birim eczanelerdir. Tüm tıbbi ilaç, serum, aşı ve sarflar eczaneler tarafından temin edilmekte, depolanmakta ve gerektiğinde servislere gönderilmektedir. Yine gerektiğinde eczanede bazı karışımlar hazırlanarak tedavide kullanılmaktadır. Hastane eczanesi yine bir eczacı sorumluluğunda yönetilmektedir.

-Acil servis: Trafik kazası, kırıklar, yanıklar, kalp krizi gibi acil müdahale yapılması gereken durumlarda başvuru birim acil servislerdir. 24 saat esasına göre hizmet veren acil servislerde nöbetçi uzman hekim ve pratisyen hekimler görev yapmaktadır. Acil tıp uzmanlarının sayısı ülke genelinde giderek artmaktadır. Gerekli hallerde ilgili branşta icapçı uzman hekimler çağrılmakta ve ilk müdahaleler yapılmaktadır.

-Ambar: Hastanelerde tıbbi ilaç dışındaki malzemelerin satın alınarak stok edildiği birimlerdir. Özellikle demirbaş malzemelerin temini ve depolanması önemli yer tutmaktadır. Örneğin servislerde kullanılan hasta yatakları, masalar, dolaplar, kırtasiye malzemeleri bunlara örnek teşkil etmektedir. Genellikle bu birimlerde bütün işlemlerin sevk ve idaresi ayniyat saymanları tarafından yapılmaktadır. Stok yönetimi hastaneler için çok önem arz etmektedir.

-Teknik servis ve atölye: Hastanede bulunan makine ve cihazların periyodik bakımları ve tamirlerini yapmak üzere teknik elemanlardan oluşan bu ünite bir diğer bir birimdir. Bazı hastanelerde hizmet satın alma yoluyla bakım onarımlar yapılsa da çoğu kamu hastanesi için teknik elemanlar çok önemlidir. Bunlardan sucu, elektrikçi, marangoz, boyacı, mühendis, teknisyen, teknikeri sayabiliriz.

-Arşiv: Personel dosyaları, sağlık kurulu evrakları ve hasta kabul evraklarının depolandığı, tasnif edildiği birimdir. Diğer kurumlarda olduğu gibi hastanelerde de arşiv çok önemlidir ve çok iyi korunmalıdır.

Hastane faaliyetlerinde görev yapan personel açısından iki temel grup bulunmaktadır.

-Uzman ve Pratisyen Tabipler: Hekimler hastanelerde çok önemli bir unvan grubunu oluşturmaktadır. Hastaneye müracaat eden hastaların teşhis ve tedavileri hekim grubu tarafından yapılmaktadır. Hekimler bazı durumlarda kendi aralarında konsültasyon yaparak nihai kararı verirler.

Hekimler bu tıbbi hizmetlerin yanında idarecilik görevleride vardır. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında binlerce hekim idarecilik görevini üstlenmişlerdir. Hatta son dönemlerde kamu hastaneler birliğinde yüksek ücretle sözleşme imzalayarak idareci ve aynı zamanda merkez teşkilatta da yönetici olarak iki görev yapma lüksünde bulunmaktadırlar. Türkiye şartlarında ciddi manada hekim ihtiyacı bulunup dışardan hekim getirmeye yönelik yasal düzenlemeler yapılırken diğer taraftan asli görevlerinin dışında ve çokta uzak bulundukları yönetim kademelerini işgal etmektedirler. Yönetim ve yöneticilik konusunda hiçbir şekilde formasyon olmayan hekimler genel sekreter, başkan, hastane yöneticisi, başhekim, başhekim yardımcısı gibi idari görevler üstlenerek bir takım yönetim sorunlara neden olmaktadırlar.

-Diğer Sağlık Personeli: Hekim grubundaki personel dışında kalan sağlık hizmetleri, yardımcı sağlık hizmetleri ve diğer hizmet grubundaki personeli kapsamaktadır. Hastanede görev yapan personeller arasında sayı ve iş yükü bakımından çoğunluğu oluşturmalarına rağmen hekim grubu kadar etkin değildirler. Hemşireler, ebeler, sağlık memurları (toplum sağlığı, röntgen, laboratuvar, çevre sağlığı, ilk ve acil yardım, tıbbi sekreter), ayniyat saymanı, eczacı, biyolog, v.hki, sağlık teknisyeni/teknikeri, mühendis, teknisyen/tekniker, hizmetli aşçı vs unvanları bu gruba sayabiliriz.

“Hemşireler, birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbi tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rollerini yerine getirmektedir.”⁸⁶ Hemşireler mesleki bilgi ve

⁸⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliği, Ankara, 2010, s.1

becerilerini kullanarak hemşirelik hizmeti sunmakta, bu işlemini yaparken hekimle işbirliği içerisinde çalışmaktadır. Gerektiğinde eğitim ve danışmanlık hizmeti vermekte, sağlık hizmeti üretilen her alanda aktif görev almaktadır.

Hastane yönetimleri hastane bünyesindeki alt sistemlerin düzenli çalışmasına yardımcı olmaktadır. Kamu hastaneler birliğinde idari ve mali işler müdürleri ve bağlı birimler bu işlemleri gerçekleştirmektedirler. Yönetimsel anlamda başhekimler ile idari ve mali işler müdürü arasında çatışmalarda yaşanmaktadır.

5. HASTANE ORGANİZASYONLARININ ÖZELLİKLERİ

5.1. Hastanelerde Karmaşık Yapı

Hastane yönetimleri, günümüzde hastanelerin giderek uzmanlaşmasından kaynaklanan karmaşık örgüt yapısına sahiptir. Hastane içerisinde tıbbi yönetim ayrı, hemşirelik hizmetlerinin yönetimi ayrı, idari ve mali işlerin yönetimi ayrı idare edilmektedir. Ayrıca hastanelerde bulunan unvan ve branşlar kadar başka bir hizmet sektöründe meslek grubu yoktur. Bu da hastaneyi diğer kurumlardan ayıran ve karmaşık hale sokan bir durumdur. Elbette bu kadar fazla ve farklı yapıdaki çalışanların yönetilmesi zor ve karmaşıktır.

Ayrıca hastaneler sundukları hizmetin kalitesini ve başarısını artırmak için modern çağın gelişmelerinden de faydalanması gerekmektedir. Buda ayrı bir karmaşıklığa sebep vermektedir. Tıp alanında kullanılan cihaz ve ekipmanlarda her gün değişiklikler olmakta ve kullanım açısından uzmanlaşma gerekmektedir.

Hastanelere günde binlerce hasta, farklı konular ve farklı rahatsızlıklardan dolayı başvurmaktadır. Bu durum hastane üzerinde aşırı iş yükü oluşturmaktadır. Bunu karşılamak üzere çalışmalar yürüten hastane üzerinde bu durum karmaşıklığa sebebiyet vermektedir.

Karmaşıklığın bir diğer sebebi ise hastanelerin kompleks bir çevreye sahip olmasıdır.⁸⁷ Mesleki örgüt yapıları, kamu kurum ve kuruluşları hastanelerin ilişkisi içerisinde olduğu çevresini oluşturmaktadır. Bütün bu yapının hastane üzerinde etkisi

⁸⁷ Seçim, s.20

olmaktadır çünkü hastaneler açık bir sisteme sahiptir ve çevreden etkilenmektedir. Çevreden girdiler almakta, sağlık hizmeti sunumu şeklinde çevreye çıktı sunmaktadır.

5.2. Hastane Kuruluş Yeri ve Mimari Özellikleri

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlar için binanın konumu ve yerleşimi büyük önem taşımaktadır. Konum itibarıyla mümkün olan en iyi yerleşimin sağlandığı sağlık kuruluşları en hızlı ve en iyi sağlık hizmetini sunabilmede önem arz etmektedir. Yer seçimi konusunda başarısız olan hastanelerde ilk sorun ulaşım da ortaya çıkmaktadır. Hastanelerin büyüklüğü, yatak ve personel sayıları gibi hususlar kuruluş aşamasında mutlaka dikkate alınmalıdır. Acil durumlarda hastaların en kısa sürede hastaneye ulaşmaları kadar personelin ulaşımı da önemlidir. Bu manada il yöneticileri ve sağlık yöneticileri, yer seçimi konusunda çok titiz davranmalıdır.

Yer seçimi konusunda sadece ulaştırma maliyetinin düşük olacağı düşünülerek hareket edildiğinde, sunulan sağlık hizmetine etkisi zamanla görülecektir. Kurulmuş olan bir hastanenin konumu ilerleyen zamanlarda değiştirilemeyeceği için daha ilk başlangıçta doğru yerin seçilmesi çok önemlidir. Hastane yeri seçiminde çevresel faktörler, yapılacak binanın özellikleri, diğer hastanelerle rekabet durumu, yatırım maliyetleri, bulunduğu bölgenin demografik yapısı dikkate alınmalıdır. Doğal şifalı kaplıca, ılıca imkânının olduğu bir yere Hidroterapi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hastanesinin veya kanser hastalığının çok fazla görüldüğü bir bölgeye onkoloji hastanesinin yapılması bu doğrultuda isabetli karar olacaktır.

Hizmet binası yapımı için tercih edilen arazilerde şu özellikler olmalıdır:

-İl merkezi ve diğer ana yollarla bağlantısı bulunmalıdır.

-Günün şartlarına göre değil ileriye hesap ederek, yeterli büyüklükte yapılmalıdır.

-Deprem, toprak kayması, sel gibi doğal afetlere karşı uygun zemin ve yerlere yapılmalıdır.

- Güneş alabilen ve havadar mevkieler tercih edilmelidir.⁸⁸

Kuruluş yeri seçiminde ulaşım, haberleşme imkânları altyapı sorunları, çevre düzeni, içme ve kullanma suyu imkânı gibi durumlar dikkate alınmalıdır. Günümüzde tüm bu hususlar ve teknolojik gelişmeler doğrultusunda inşa edilen kampüs hastane gibi çok geniş alanlara yayılmış hastane tiplerine de rastlamaktayız.

Bütün bu fiziki faktörlerle beraber hastane binasının bulunduğu coğrafi bölgesi, yerleşim yeri ve mimarisi özellik arz etmektedir. Sıcak bölgelerde yapılan binalarda güneş ışınları dikkate alınarak, rüzgardan faydalanacak şekilde bir inşaat yapılmalıdır. Sıcak bölgelerde rüzgarlar genellikle kuzeybatı- güneybatı yönünden esmekte olduğundan hastanenin güney-kuzey veya doğu batı istikametinde uygun açılarda yapılmalıdır.⁸⁹ Hastane iç ve dış tasarımı, ışıklandırma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri, mobilyaları, hasta ve personel odaları, duvarları, bölmeleri, renkleriyle bir bütünlük arz etmeli, toz, toprak gibi etkenlere karşı filtreleme ve izolasyonu yapılmış olmalıdır.

5.3. Hastanelerde Sağlık Hizmeti Üretimi

Sınai üretime yönelik kurulan işletmelerde ürünün fiziki bir yapısı varken; hizmet işletmelerinde hizmetin soyut olması nedeniyle böyle fiziki bir durum söz konusu değildir. Hizmet işletmeleri; başkalarının ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla öncelikle hizmet üreten ve satan iktisadi birimler olarak tanımlanabilir.⁹⁰ Kamu hastaneleri de topluma hizmet sunan hizmet işletmeleridir.

Hizmet işletmelerinin stratejik özellikleri ve sorunlarından bazıları şunlardır:

- Hizmet işletmeleri emek yoğun işletmelerdir. Birim çıktısı başına az sermaye gerekir.
- Hizmet işletmelerinde, yapılan hizmetler soyut nitelikte olduklarından belirli bir envanter çalışması yapılamaz.

⁸⁸ Mutlu, Sağlık Binaları, s.35

⁸⁹ Özdilek-Akgün, s.36

⁹⁰ Dinçer, s.377

- Hizmet işletmelerinin pek çoğunda üretiminin kalite standartlarını kontrol etmek güçtür.⁹¹Hizmet kalitesini ölçmenin yolu, hizmet alan kişileri kontrol etmektir ancak bunun dezavantajı müşteri memnuniyetinin sübjektif olmasıdır. Örneğin bir hastanede hekimin kaç hasta baktığı tespit edilebilir ancak hekimin hastaların her birine sağladığı hizmet miktarını ölçmek mümkün değildir. Sağlık hizmeti üreticileri olan hekim ve diğer sağlık personeli ihtiyaç anında üretilmek zorunda olunan sağlık hizmeti sunmak durumundadır, depo edilesi söz konusu değildir. Bu nedenle maliyet hesaplamaları oldukça güçtür.

Kamu hastanelerinde öncelikli amaç etkinlik ve verimlilik. Kaliteli ve başarılı sağlık hizmeti sunumu esastır. Bu gün hastanelerimiz modern bir yönetim anlayışıyla idare edilmekte ve sağlık hizmetleri başarı ile verilmektedir.

5.4. Hastane Faaliyetlerinde Süreklilik

Hastaneler faaliyetlerinde belirli bir ara vermeksizin sürekli faaliyette bulunan 24 saat hizmet veren kurumlardır. Rahatsızlığından dolayı tedavi amacıyla hastaneye başvuran insanların tedavisi geri çevrilmez bir durumdur. Hastane içerisindeki birimlerin özellikle ameliyathane, acil, diyaliz gibi birimler hasta kabul etmeme lüksüne sahip değildirler. İnsan sağlığı için ertelemez, geciktirilemez bir durum söz konusudur. Ayrıca müşahade altına alınan, monitörize edilen mutlak takip gerektiren hastaların varlığı hastaneleri sürekli faaliyet gerektiren kurumlar haline sokar. Hastaneler bu faaliyetlerini kesintiye uğramaması adına nöbet, vardiya ve icap usulü ile sağlamaktadır. Bütün tükenmişliğe rağmen fedakârca çalışan sağlık personelinin iş tatmini ve motivasyonu önem arz etmektedir.

Tedavi amacıyla hasta ve yaralıların hastaneye geliş şekil ve zamanları farklıdır. Hastalar kimi zaman acil vaziyette, kimi zaman ise ayakta hastaneye müracaat edebilir. Bunun daha öncesinden tespit edilip önlem alınması imkansızdır. Bu hastaneler için süreklilik ifadesinin karşılığıdır. Bu yüzden hastaneler sürekli personel ekipman ve cihazıyla hazır halde olmalıdır. Bu durum hastanelerde istihdam sıkıntısı ve personel üzerinde aşırı iş yükü oluşturmaktadır.

⁹¹ Dinçer, ss.438-440

5.5. Hastanede Sosyal Yaşam

Günümüzde hastaneler sosyal ve kültürel boyutuyla farklı bir yapıya bürünmüştür. İçerisinde hasta ve hasta yakınlarından başka bir çok meslek grubuna ait insan ve binlerce çalışanı barındıran hastanelerde kompleks bir yaşam söz konusudur.

Modern yönetim anlayışla artık kamu hastaneleri şehir merkezinden uzakta kampüs hastane şeklinde kurulmakta ve çok geniş arazilere sahip bulunmaktadır. Bu durum hastanelerin bir çok ihtiyaca cevap verebilecek şekilde oluşmasını sağlamıştır. Artık onlarca meslek grubu faaliyette bulunmaktadır. İhtiyaca göre berber, kafeterya, banka şubeleri, çiçekçi, ibadethane, kütüphane, güvenlik birimleri, vs. mevcuttur. İnsanlar hastane koşullarından ayrılmadan, sosyal ve kültürel imkânlardan faydalanmaktadır.

Hastanelerde birçok etkinliklerde düzenlenmektedir. Etkinlik, herhangi bir faaliyetin amaçları gerçekleştirme durumudur.⁹² Bu kavram aynı zamanda moral, motivasyon ve uyum gibi soyun unsurları da içermektedir.

5.6. Hastanede Teorik ve Pratik Eğitim

Hastaneler teorik ve pratik eğitimin bir arada başarı ile uygulandığı kurumlardır. Sağlık hizmetinin etkin, verimli, kolay ulaşılabilir ve kaliteli olması için kamu hastanelerinde eğitimler ara vermeksizin devam etmektedir. Eğitim hemşirelerin periyodik aralıklarla düzenlemiş oldukları eğitim kurslarına bütün personel gruplar halinde alınmakta burada teori kısmı ve uygulama kısmı başarı ile uygulanmaktadır.

Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim uzmanları ve imkânları daha fazla olduğundan bu faaliyetler daha profesyonel bir şekilde uygulanmakta, ancak diğer kamu devlet hastanelerinde eğitim imkanı olmadığı takdirde bakanlığın belirlemiş olduğu hastanelere teorik veya pratik eğitim almak üzere geçici görevlendirmeler yapılmaktadır. Özellikle hekimler kendi hastanelerinde

⁹² A. Baransel, Çağdaş Yönetim Düşüncesinin Evrimi, İstanbul, 1993, s.35

düzenlemiş oldukları ulusal veya uluslararası kongrelerle bu faaliyetleri gerçekleştirmektedirler

Esasen her kurumda olması gereken bir faaliyettir. Çalışan personelin kendini yenilemesi, çağın gelişmelerine ayak uydurabilmesi, eski bilgilere yenilerini eklemesi için bu eğitimler kaçınılmazdır. Tıp ve sağlık sektörü bilimsel manada gelişmelerin, teknolojinin, tekniklerin en hızlı yaşandığı alandır. Gelişmiş ülke standartlarına erişebilme ve diğer hastanelerle rekabet edebilmek için bu eğitimler aksatılmadan yürütülmelidir.

5.6. Hastane Personeli İçin Avantaj ve Dezavantajlar

Yapılan araştırmalar sağlık personelinin tükenmişlik düzeyinin ilk sıralarda olduğunu göstermiştir. Karmaşık bir yapı içerisinde stresli, riskli bir iş yükü mevcuttur.

Hastane enfeksiyonlarına yakalanan veya tedavi esnasında müdahale ederken kan, solunum, diğer bulaş yöntemlerle hastalık kaparak hayatını kaybeden yüzlerce sağlık personeli mevcuttur. Bunun yanında yeterli fiziki imkânların sağlanamamasından dolayı meslek hastalığına yakalanan sağlık personeli bulunmaktadır. Birçok hastalık etkenini taşıdığı halde hastalık belirtisi göstermeyen, en yakınındaki insanlara, ailelerine bu hastalığı taşıyan sağlık personelinin bu durumu hastane ortamının olumsuz tarafını teşkil etmektedir.

Son yıllarda hasta hakları uygulamasının getirdiği olumsuzluk sayesinde, hastaneye ön yargılı olarak gelen hasta ve yaralıların sağlık personeline uyguladığı şiddet her geçen gün artmaktadır. Hiçbir güvence olmaksızın fedakârca çalışan sağlık personeli görevi başında göstermiş olduğu bütün çabaya rağmen hayatını kaybetmektedir.

Belkide en olumlu tarafı insana hizmet etmek gibi kutsal bir görevi yapmanın getirdiği gurur ve saygınlık hissidir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNETSEL AÇIDAN HASTANE

1. HASTANE YÖNETİMİ VE TÜRLERİ

Hastane yönetimi, türlerine göre farklılık göstermektedir. Hastanelerin bağlı olduğu kuruluşlar, mevzuatlar ve uygulama alanındaki farklılıklar değişik yönetim şekillerini ortaya çıkarmaktadır. İyi yönetilen hastane iyi bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirecektir.

Hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için belirli bir plan program dahilinde yönetilmesi gerekir.⁹³ En ufak bir sağlık problemi duyan insanların ilk başvurduğu kurum hastaneler olmaktadır. Çok karmaşık bir yapıya sahip hastaneler iyi yönetilmediği takdirde sağlık hizmeti sunumunda aksaklıklar yaşanacak, bu da insan sağlığını etkileyecektir.

Hastanelerde sadece tıbbi hizmet verilmemektedir. Bunun dışında eğitim faaliyetleri, personel hareketleri, malzeme alımları gibi faaliyetlerin gerçekleştiği kurumlardır. Bütün bu faaliyetler ancak etkin bir yönetim anlayışıyla başarıya ulaşabilir.⁹⁴ Diğer kurumlara ek ayrıca sağlık hizmeti sunumu vardır. Bu durum hastaneleri diğerlerine göre daha zor ve karmaşık kılmaktadır. Günümüzde kamu hastaneleri binlerce çalışanı ve büyük bütçeleriyle hizmet veren kurumlar haline gelmişlerdir.

1.1. Devlet Hastaneleri Yönetimi

Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluş olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu bünyesinde faaliyet gösteren kamu hastaneleri merkez teşkilatta Hastane Hizmetleri Daire Başkanlığına bağlı faaliyet göstermektedir. Taşrada bu yönetim Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastane yöneticileri veya başhekimler tarafından sağlanmaktadır.

⁹³ K. Mortan-T. Tokgöz, Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi, Ankara, 1984, s.1

⁹⁴ Ak-Akar, “Hastane Amaçları”, s.38

TKHK, 663 sayılı KHK ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunmak için hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve diğer kuruluşların her türlü faaliyetlerinden sorumlu olarak kurulmuştur. İlde bulunan tüm genel hastaneler, kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastaneleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri diğer genel ve dal hastanelerinin hepsi kamu hastaneler birliğine bağlanmıştır.

Hastane bünyesinde 657 sayılı Kanuna tabi kadrolu, 4/B ve 4/C statülerinde görev yapan değişik meslek grubu ve unvanlarda binlerce personel çalışmaktadır. Birliklerde görev yapan personel ise kadrolu ve genelde sözleşmeli statüdeki personeldir.

Kamu hastanelerinde hastane yöneticisi, müdür/ müdür yardımcısı olabilmek için en az dört yıllık lisansiyer mezunu olmak ve kamu veya özel sektörde, en az 5 yıllık bir iş tecrübesine sahip olmak şartı bulunmaktadır. Bunun dışında bu görevlere atanmada herhangi bir şart bulunmamaktadır.

Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde başhekiminin tıp alanında doçent veya profesör unvanlı, eğitim görevlisi olan tabip; diğer genel hastane başhekimlerinin uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış ve ya hukuk, kamu yönetimi, işletme, sağlık yönetimi gibi sosyal bilimlerde lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; başhekim yardımcılarının ise tıp, diş hekimliği veya eczacılık öğrenimi almış olması veya lisansüstü eğitim yapmış olmaları kaydıyla sağlık bilimleri lisansiyeri olması gerekmektedir. Bu uygulamada eski sisteme göre bir yenilik getirilmiş ama uygulanabilirliği zayıf görülmektedir. İlk defa yüksek lisan yapmak şartı ile sağlık lisansiyerlerine örneğin biyolog, diyetisyen, psikoloğa başhekim yardımcılığı görevi verilmektedir.

Kamu Hastaneler Birliğine bağlı kamu hastanelerindeki tüm idareciler sözleşmeli pozisyonda görev yapmaktadırlar.

Devlet hastanelerinde hastanenin genel idaresinden sorumlu kişi hastane yöneticisidir. Başhekim ve diğer müdürler yöneticiye bağlı çalışmaktadır.

Başhekimler hastane de sunulan sağlık hizmetlerinin planlanması, uygulanması, sevk ve idaresinden sorumludurlar.

Hastane müdürü ise, idari ve mali işler unvanıyla anılmakta ve idari ve mali konuların işleyişinden sorumludur. Yönetim hizmetleri, satın alma, doğrudan temin, arşiv, teknik işlemler, atölye gibi birimler idari ve mali işler müdürünün uhdesinde bulunmaktadır.

Sağlık bakım hizmetleri müdürü hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olarak görev yapmaktadır. Kadro standartları ölçüsünde müdürlere yardımcı görevlendirilmektedir.

1.2. Üniversite Hastaneleri Yönetimi

Ülkemizde sağlık hizmeti sunumu noktasında devlet hastaneleri ve üniversite hastaneleri önemli yer tutmaktadır. Üniversiteler bünyelerinde kurulmuş olan tıp fakülteleri ile eş güdümlü olarak bu sağlık hizmetini sunmaktadır. Üniversite hastaneleri bu görevlerine ek olarak eğitim ve araştırma faaliyetlerini de yürütmektedir.⁹⁵ Üniversite hastanelerinin sunmuş olduğu sağlık hizmeti sunumu üst sınıf olan üçüncü basamak sağlık hizmetidir.

2547 sayılı Kanun hükümlerine göre faaliyetlerini yerine getiren üniversite hastaneleri, ileri derecede uzmanlaşmanın olduğu ve teknolojik cihazlarla donatılmış kurumlardır. Hastane yöneticileri rektöre bağlı olarak görev yapmaktadır.

2. HASTANE YÖNETİMİNDE HİZMETLERİN VERİMLİLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hastaneler, sağlık hizmetlerinin sunumunda başarıya ulaşabilmesi için, üretim imkânlarını iyi kullanmak durumundadır. Üretim faktörleri birbirleriyle koordineli bir şekilde kullanılmalıdır. Hastaneler hedeflerine ulaşmak adına üretim faktörleri olarak insan kaynakları, sermaye, teknolojik malzeme, hukuki düzenlemeler, zaman ve fiziki tesislerden faydalanmaktadır.

⁹⁵ Y. Karakılçık, Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE),Yayımlanmamış Doktora Tezi (YDT), Malatya, 1997s.71,

Hastanelerin bu kaynakları hastane yöneticileri tarafından rasyonel bir şekilde kullanılmalıdır. Bu faktörlerin eksikliği durumunda hastanenin etkin ve verimli bir sağlık hizmeti sunumu beklenemez. Yönetimin amacı, ihtiyaçlar ile kaynaklar açısından uyumlu bir ilişkinin kurulması ve böylece verimli bir üretim sürecinin sağlanmasıdır. Bu çerçevede bir hizmet işletmesi olan hastaneler modern yönetim ve organizasyon ilkelerinde bu süreci yönetmelidir.

2.1. İnsan Kaynakları

Hastane organizasyonlarında insan gücü asıl unsuru oluşturmaktadır ve vazgeçilmez merkezi bir öneme sahiptir. Daha ilk işe alma veya ilk yerleşme sonrasında kendisine tanımlanan iş ve işlemleri layıkıyla yerine getirebilmesi, bu personel politikasının önemini artırmaktadır.⁹⁶ Bu insan kaynağının ilk işe girişten tayin olup gidinceye veya emeklilik safhasına kadar ki dönemde eğitim ve gelişmesinin sağlanması ve bunun süreklilik arz etmesi oldukça önemlidir. Ayrıca personelin ücreti konusundaki hastane ve hükümet politikaları da dikkat edilmesi gereken bir diğer konudur. Personelin iş tatmini ve motivasyonunu sağlayacak adil ve eşit bir ücret politikası olmalıdır.

Hastane işletmelerinin en önemli üretim unsuru insan gücüdür. Bünyelerinde çok sayıda ve değişik öğrenim grupları, değişik kültür ve anlayıştaki personeli barındırmaları, hastaneleri diğer işletmelerden farklı kılmıştır. Diğer yandan hastanelerin toplumun arzu ettiği sağlık hizmetlerini uygun olarak üretebilmeleri için insan gücünün niteliği, niceliği ve organizasyonu daha da önem arz etmektedir. Hastanelerde işgücü verimliliğini maksimum yapacak değişkenlerin en önemlileri personel sayısı ve personelin niteliğidir. Hekimler hastane organizasyonu içerisinde önemli bir grubu teşkil etmektedir. Robotik cerrahi müdahale ve robot teknolojinin kullanılması tıp alanına girmiş olsa da bu uygulamaların hekimlerin yerini alması beklenemez.

Türkiye’de kamu hastanelerin ihtiyacı olan insan gücü unsurunda nitelik yönünden büyük eksiklikler vardır.⁹⁷ Ülkemizdeki hastanelerde istihdam edilecek

⁹⁶ Dinçer, s.325

⁹⁷ Ak, Hastane Yöneticiliği, s.79

personel ve bunların sayıları Sağlık Bakanlığının yayımlamış olduğu kadro standartları ve personel dağılım cetveli (PDC) ilkelerine göre belirlenmektedir. Kadro Dağılım Yönetmeliğinde hastaneler yatak sayılarına ve büyüklüklerine göre sınıflandırılmış, her sınıf hastanede yer alması gereken sağlık hizmetleri sınıfında, yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında, teknik hizmetler, idari hizmetler ve diğer sınıflardaki personel unvan ve sayıları tespit edilmiştir.

2.2. Sermaye

Her hastanenin hedefleri ve mali politikaları mevcuttur. Bunların gerçekleştirilmesi belirli bir bütçe yani sermaye gerektirmektedir. Hastanelerde tıbbi hizmetlerin kesintisiz ve başarı ile uygulanması geri planda mali kaynaklara bağlıdır.

Hastane hizmetleri bir bütün olarak düşünüldüğünde hizmetlerin verimli bir şekilde sürdürülmesinde sermayenin niceliği ve yönetiminin önemi daha da ortaya çıkmaktadır.⁹⁸ Mali kaynaklar ya da sermaye hastanelerde yönetim kaynağı içerisinde, hizmet üretiminin sağlanması için önemli bir unsur olarak karşımıza çıkan insan gücünün sağlanması, teşhis, tedavi, hasta bakım hizmetlerinin verilebilmesi için gerekli araç-gereç, tıbbi cihaz ve malzemenin edinilmesi, fiziki koşulların meydana getirilmesi için araç niteliğindeki kaynaklardır. Hastane yönetiminde sermayenin miktarı, diğer üretim unsurlarının sağlanması için önemli ve yapılacak sağlıkla ilgili planların kapsamının tespitinde önemli bir etkidir.

Kamu hastanelerinde personel masrafları, teknolojik gelişmeler uygun alınan tıbbi cihaz ve ekipman maliyetleri çok önemli yer tutmaktadır. Bu amaçla çok iyi mali yönetim sergilenmeli gereksiz harcamalardan kaçınılmalı ve israf önlenmelidir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinin finansal sisteminin incelenmesi neticesinde hastanelerde envanter denetimi ile ilgili faaliyetleri yürüten Ayniyat Muhasebesi Sisteminin ve finansal sisteminin iki temel unsurundan oluştuğu görülmektedir.⁹⁹ Kamu hastanelerine genel bütçe gelirleri döner sermaye gelirleri mevcut olup bunun yanında bazı hastanelerde kurulan dernek gelirleri de mevcuttur. Artık günümüzde hastaneleri döner sermaye gelirleri çok büyük rakamlarla ifade

⁹⁸ M. Tokat, Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı, Ankara, 1993, s.62

⁹⁹ Ak-Akar, “Hastane Kavramı”, s.7

edilmekte, performansa dayalı ek ödeme sistemine göre bu gelirden bir bölümü yasalar çerçevesinde ek ödeme adı altında personele ödenmekte diğer kısmı ise hastane kasasına gelir olarak kaydedilmektedir.

Ülkemizde ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmeler paralelinde doğal olarak, işletme yönetimi ve finansal yönetim ilke, esas ve anlayışında önemli gelişmeler olmuştur.¹⁰⁰ Bu gelişmeler doğrultusunda, hastane kaynaklarının niteliğinde, niceliğinde ve yönetime ilişkin ilke ve esaslarında meydana gelen gelişmeler sağlık hizmetlerinin kaliteli, süratli ve ekonomik bir şekilde üretilmesinde önemli faktörler olmuştur. Esas itibarıyla bu gelişmelerde amaç kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılmasıdır.

2.3. Teknoloji ve Malzeme

Hastanelerin amaçlarını gerçekleştirebilmesi için tıbbi cihaz, makine ve araç-gereçlere ihtiyaç duymaktadır. Özellikle sağlık sektörü için teknoloji çok hızlı bir değişim içerisinde. Hastane yönetimleri tıbbi cihaz ve malzeme konusunda teknolojik gelişmeleri yakından takip etmeli ve personel ve diğer ekipmanlarıyla gelişmeler çabuk adapte olmalıdır. Teknoloji sayesinde hastaneler arasında rekabet ortamı oluşmakta buda sağlıkta kaliteyi yükseltmektedir. En gelişmiş MR, tomografi, ultrasonografi, sintigrafi gibi cihazlara sahip modern bir hastane ile artık misyonu ve miadını tamamlamış hastane arasında pek tabii farklar bulunmakta, bu durum gelişmiş cihaza sahip hastane hekimlerinin tanı ve tedavideki başarısını yükseltmekte, ayrıca o hastanenin hasta ve yakınları tarafından tercih edilmesi sonucunu doğurmaktadır.

Yeni teknolojiler, sürekli süreç teknolojilerinden daha karmaşık bir yapıya sahiptir bu yüzden her şey otomatik hale getirilmiştir. Mekanik olarak çok az müdahale gerekir. Operatörlere düşen görev üretim yapmak değil sistemi çalışır halde tutabilmektir.¹⁰¹ Hastaneler gün geçtikçe teknoloji yoğun bir sisteme dönüşmektedir. İleri teknoloji sayesinde hastanelerde iş bölümü ve uzmanlaşma,

¹⁰⁰ Mortan-Tokgöz, s.52

¹⁰¹ Dinçer, s.347

verim ve etkinlik artmakta, personel açısından motivasyon üst seviyelere çıkmaktadır.

Organizasyonda amaç; söz konusu makinalardan amaca uygun ve optimal bir şekilde yararlanarak teknolojik verimliliği maksimum kılmaktadır.¹⁰² Bununla birlikte cihazların sürekli ve düzenli olarak koruyucu bakımlarının yapılması, doğru kullanılması, deneyimli personel tarafından kullanılması gibi faktörler hastanenin genel olarak verimliliğini arttırmakta, hizmetlerin kaliteli bir biçimde üretilmesinde önemli rol oynamaktadır.

Sağlık hizmeti üretiminin vazgeçilmez unsurlarından biriside teşhis, tedavi, hasta bakımı vb. hizmetlerin sürdürülmesinde kullanılan sarf malzemedir. Örneğin pamuk, röntgen filmi, her türlü ilaç, lamel, oksijen gazı, gazlı bez, flaster, laboratuvar kitleri vb. malzemeler olmadıkça sağlık hizmetlerinin yürütülmesi mümkün olmayacaktır.

Hastanelerde kullanılan her türlü malzemenin niteliği, niceliği, yönetimi, malzemeyi kullanacak olan personelin bilgi ve becerisi, sunulan hizmetlerin verimliliğini etkilemektedir. Dolayısıyla malzemenin kalitesi ve miktarı önemli olduğu kadar, amaca uygun, rasyonel bir şekilde kullanılması da önem arz etmektedir.¹⁰³ Çünkü sarf edilen malzemeler hastanelerin bütçesinde önemli bir yere sahiptir. Amaca uygun rasyonel bir şekilde kullanılması kaynak israfını minimuma indirecektir. Bu arada malzemeyi kullanacak personelin mesleki bilgi ve becerisi de malzemenin en optimal bir şekilde değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır.

2.4. Hukuki Düzenlemeler

Ülkemizdeki kamu hastanelerinin görevlerini yerine getirirken uymak zorunda oldukları kanun, tüzük, yönetmelik gibi mevzuatlar vardır. Ülkemizde sunulan sağlık hizmetleri bir devlet görevi olarak ele alınmıştır. Bu çerçevede, sağlık kurum ve kuruluşları ülke genelinde eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıklarında görüşü alınarak planlanmakta,

¹⁰² Mortan-Tokgöz, s.52

¹⁰³ M. Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi, Finansman ve Örgütlenme, Ankara 1991, s.86

koordine edilmekte ve uygulanmaktadır. Bu yapılırken mali yönden desteklenmekte ve aynı düzeyde kalmayarak zaman dilimlerinde bu amaca ne derece ulaşıldığı tartışılmakta ve konuyla ilgili yeni düzenlemelere gidilerek ihtiyaca cevap verilebilecek şekilde zamanla geliştirilmektedir. Kamu hastaneleriyle alakalı mevzuattan bazıları şunlardır:

- Hususi Hastaneler Kanunu
- Özel Hastaneler Tüzüğü
- Döner Sermaye Kanunu ve Yönetmeliği
- Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği
- 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
- Organ ve Doku Alınması ve Nakil Hakkında Kanun
- İnsan Cesedi Üzerinde Bilimsel Araştırma Yapılmasına İlişkin Yönetmelik
- Kan ve Kan Ürünleri Kanun ve Yönetmeliği
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- Yataklı Tedavi Kurumları Konut Yönergesi
- Yataklı Tedavi Kurumları Merkezi Tıbbi Arşiv Yönergesi
- Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
- Sağlık Bakanlığına Ait Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermayeden yapılacak İlk Ödeme Hakkında Yönerge
- 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu¹⁰⁴

2.5. Zaman

Kıt kaynaklardan maksimum şekilde fayda sağlamaya çalışılırken bunun aynı zamanda optimal bir zaman diliminde gerçekleştirilmesi faaliyetlerin etkinlik derecesini göstermesi bakımından önem arz etmektedir.¹⁰⁵ Hastanelerde teşhis, tedavi hizmetlerinde olduğu gibi hastaya acil müdahalede, ameliyatta veya kan gibi kritik girdi tedarikinde zaman unsuru çok hassas ve önemlidir. Bir tarafta yaşama, sevinç, ve mutluluk için işleyen zaman aksi yönde üzüntü ıstırap ve ölüm için işleyebilir. Hastanelerde zaman unsurunun kötü kullanılışı hasta ve toplum için

¹⁰⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Ankara, 1994, s.7

¹⁰⁵ Ak, Hastane Yöneticiliği, s.20

giderilmez kayıplara neden olur. Ölümle yaşam arasındaki çizginin belirlenmesinde zaman önemli rol oynamaktadır. Önemsiz olarak değerlendirilen çok kısa zaman aralıklarında insan hayata tutunmakta veya hasta kaybedilmektedir.

Hastaneler günün 24 saatinde hizmet sunarken talebin düzensizliği, ülkemizde yetişmiş sağlık personelin ihtiyaca cevap verememesi dikkate alındığında iş akışı düzenlemelerinin yapılması gibi zaman planlaması faaliyetlerinin önemi daha da artmaktadır. “Yitirilen zaman; personelin kusur, hata ve ihtimali ile gereksiz yere israf edilen verimsiz zamandır.”¹⁰⁶ Hastanelerde personelin görevi başında bulunması noktasında gerekli mesai takibi ve devam çizelgeleri kontrol edilmelidir. Bir hekim ve ya bir sağlık personelinin görevi başında bulunmaması ihmali sonucunda insan sağlığı bozulmakta, kaybedilmekte veya hastanelerde gereksiz yere yığılmalar olmaktadır. Mevcut şartlarda hekime düşen hasta sayısında zaten fazlalık bulunmakta en ufak zaman israfı bu durumu daha da büyötmektedir.

2.6. Fiziki Tesisler

Fiziki tesisler, hastane arsası, binası ve bina içerisinde bulunan poliklinikler, küçük müdahale odaları, bürolar, vb. hizmet üretimi birimlerini içermektedir. Fiziki mekânları uygun olan hastanelerde daha etkin ve kaliteli sağlık hizmeti verilmektedir.

Kamu hastanelerinin kuruluş yeri, mimarisi verilen hizmetlere uygun bir yapının olması optimal bir zaman ve zeminde sağlık hizmetlerine ulaşılabilmesi açısından bazı özellikler taşımaktadır. Arazi rantçıları, emlak şirketleri veya siyasi güçlerin baskısıyla bazen ihtiyaç dışı hizmet binaları yapılmakta veya ihtiyaca yönelik yapılmamaktadır. Hastane yapılacağı bölgenin şartlarına uygun, gelecek öngörüsüyle rasyonel bir anlayışla yapılmalıdır.

Hastane içerisinde konumlanan birimler arasında uyum ve koordinasyon olmalıdır. Örneğin acil biriminin olduğu birimin uzağında veya başka binada hizmet veren bir röntgen, MR veya laboratuvar birimi ne kadar faydalı olabilir. En uygun

¹⁰⁶ M. Yazıcı, Örgütlenme İlkeleri, İstanbul, 1978, s. 72

yerleşim planı ayarlanmalıdır. Bu durum hizmet sunumunu olumlu yönde direkt olarak etkilemektedir.

Bir yerde gereğinden fazla personel çalıştırılması verimi düşürecektir.¹⁰⁷ Hastane içerisindeki birimlerin iş yüküne göre personel ayarlanmalıdır. Bu durum personel sayısı ve fiziki mekân büyüklüğü dikkate alınarak yapılmalıdır. SB, yayımlamış olduğu standart kadro ve PDC'ye hastanelerde ve birimlerde olması gereken personel sayılarını belirlemiştir. Önemli olan personel dağılımının etkin bir sağlık hizmeti sunumu açısından en uygun dağılımı yapabilmektir.

Hastane binasının ısı ve ses izolasyonu olan, enfeksiyonları önleyen, hava sirkülasyonu sağlayan, alan yerleştirme tekniklerine uygun, birimlerin fonksiyonel ilişkilerini zaman ve mesafe açısından en aza indiren yapıda, yangın, deprem vb. tabii afetlere göre yapılmış olması gerekmektedir. Hastane yerinin ise hastalar, hasta yakınları tarafından en kısa zamanda ve kolaylıkla ulaşılabilen uygun bir yerde olması gerekmektedir.

3. HASTANE YÖNETİCİLİĞİNİN GELİŞİMİ

Ülkemizde kamu hastaneleri devletin gözetimi ve denetimi altında sağlık hizmeti vermektedirler. Kamu hastanelerinde kârdan ziyade sağlık hizmetlerinin sunumu ön plana çıkmaktadır. Sağlık hizmeti vazgeçilemez, ertelenemez, geciktirilemez bir hizmettir. Böylesine önem arz eden bir hizmetin başıboş bırakılması ve beklenemez, aksine modern bir yönetim anlayışıyla idare edilmesi gerekmektedir.

Ekonomik ve mali şartlar hastaneler için tehlikeli duruma geldiğinde hastaneler asli görevlerini yapamaz ve insan sağlığını yok eden ve gelişmesini sağlayamayan kuruluşlar olurlar.¹⁰⁸ Bu amaçla hastanelerin iyi idare edilmeleri ihtiyacı doğmuştur.

¹⁰⁷ N.Genç-O. Demirdöğen, İşletme El Kitabı, Erzurum, 1994, s.17

¹⁰⁸ A. H. Kırıl, Hastane İşletmeleri Yönetiminde Temel Bilgiler, Ankara, 1976, s.1

3.1. Hastane Yöneticiliğinin Dünya'daki Gelişimi

Sağlık hizmetlerinin veya hastanelerin ilk oluşum tarihinde bu hizmetlerin dini hizmetlerle beraber verilmeye başlandığı bilinmektedir. Özellikle kiliselerin gözetiminde verildiğinden sorumluluğu da din adamları üstlenmekteydi. Özellikle papazların sorumluluğunda ve rahibelerin sağlık hizmetlerinin sunumunda rol almaları, hastanelerin müstakil olarak sivil bir yönetimle idare edilmelerine kadar devam etmiştir.

Dini etkiden ve kiliseden zamanla uzaklaşan hastaneler, doğal olarak hekimlerin kontrolünde gelişme göstermiştir. Zaman içerisinde birçok uzmanlık dalı ve değişik unvanlarda görev yapan sağlık çalışanlarının artması, iş bölümü ve uzmanlaşma fonksiyonel bir yönetim ihtiyacını doğurmuştur.

Günümüzde dahi yönetim anlayışı hekimler üzerine kurulmuştur. ABD'de hastanelerde ilk zamanlarda otel görevlileri, benzinlik çalışanları idare etmişlerdir.¹⁰⁹ Ama zamanla hekim grubu söz sahibi olmuş ve idareyi ele geçirmişlerdir.

Katolik Hastanesi Derneği tarafından 1928 yılında ilk defa hastaneler için idarecilik kursu faaliyete geçirilmiştir.¹¹⁰ Zamanla bu alanda master ve daha üst programlar düzenlenerek idareciler yetiştirilmiştir. 1945 yılından sonra hastaneler, yeni buluşlar ve teknolojik gelişmeler paralelinde büyük gelişme göstermiş aynı yönde hastane idareciliği de büyük ivme kazanmıştır.

3.2. Hastane Yöneticiliğinin Türkiye'deki Gelişimi

Türk Hekimi Râzi (864-925) tarihte ilk defa Bağdat Hastanesinde hekimlik ve hastane idareciliği yapmıştır.¹¹¹ Bu durum Osmanlı Devleti döneminde devam etmiştir. Bu dönemde de tıp ilminde başarılı çalışmalar yapılmış idareciliğe önem verilmiştir

Kanuni Sultan Süleyman döneminde hastanelerde tıbbi hizmetler ve idarecilik görevleri ayrılmıştır. Hekimbaşı hastaların tedavilerinden sorumlu iken hastane

¹⁰⁹ Ak, Hastane Yöneticiliği, s.101

¹¹⁰ Ak, Hastane Yöneticiliği, s.103

¹¹¹ Ak, Hastane yöneticiliği, s.101

nazırı idari işlemlerden sorumluydu.¹¹² Osmanlı döneminde fonksiyonel bir ayırım sağlanmış ve uygulanmıştır.

Türkiye’de bu alanda özellikle I. Beş Yılık Kalkınma Planında (1963-1967) ülkemizde sağlık alanında yapılacak icraatlar ilk defa bir plan-programda yer almış, buna bağlı olarak bu gün Hacettepe bünyesindeki Sağlık İdaresi yüksekokulu Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak faaliyete geçmiştir. Zaman içerisinde hastane idareciliğinin önemi iyice artmış birçok üniversite, kurum ve kuruluşta kurslar, ön lisans, lisans ve yüksek lisans programları açılmıştır.

Ülkemizde fonksiyonel bir yöneticilik söz konusudur. Tıbbi hizmetlerin sunumundan sorumlu başhekim veya hemşirelik hizmetlerinin sunumundan sorumlu sağlık bakım hizmetleri müdürü icracı yönetici pozisyonunda görev yapmaktadırlar.

4. HASTANE YÖNETİCİSİ VE ROLLERİ

Günümüz hastaneleri çok dinamik yapı ve çevrede faaliyet göstermektedirler. Hastaneler amaçlarına ulaşabilmek, etkin ve verimli bir sağlık hizmeti sunabilmek için iyi yönetilmesi gerekmektedir. Günümüz hastaneleri binlerce sağlık çalışanı ve bütçeleriyle büyük bir işletmeyi andırmaktadırlar.

Hastane yöneticisi, kurumda yürütülen tüm hizmetlerden sorumlu kişidir. Yöneticiler hastane amaçlarına ulaşabilmek için bir takım yönetsel işlevleri yerine getirmek zorundadırlar.

¹¹² A. H. Kırıl, “Türkiye’de Sağlık İdareciliğinin Tarihsel Gelişimi”, Sağlık Yönetimi Dergisi, S.7, Ankara, 1989

Şekil 7 – Yönetim İşlevleri



Kaynak:.....<http://acikogretimx.com/konu-anlatimlari/genel-isletme-kitabi/isletme-unite-7.html>,
(01.09.2014)

-Planlama: Geleceğe dair bir şeyin nerede, ne zaman, nasıl ve kim tarafından yapılacağının önceden belirlenmesi sürecidir. Yöneticiler belirli bir plan dâhilinde kurumsal politikalarını belirleyerek ancak başarıya ulaşabilirler.

-Örgütleme: Hastanelerin amaçlarını gerçekleştirebilmek için yapılması gereken faaliyetlerin belirlenmesi ayrıca bu faaliyetleri hangi ekipman ve cihazlarla, hangi personelle yapılacağının belirlenmesi sürecidir. Bu süreç personellerin yetki ve sorumlulukları çerçevesinde gerekli iş bölümü ve uzmanlaşma sayesinde başarıya ulaşabilir. Planlama sürecinin bir ileri safhasıdır.

-Yönetme: Hastane amaçlarına ulaşabilmek adına örgütleme sürecinde belirlenen araç-gereç ve personellerin harekete geçirilmesi sürecidir. Hastane yöneticileri tüm kaynakları etkin ve uyum içerisinde kullanmak zorundadır.

-Denetim: Denetim süreci ise bütün işlemler neticesinde ortaya çıkan sonucun amaçlar ile karşılaştırılması sürecidir. Amaçlara ne kadar ulaşıldığının göstergesidir. Aradaki olumsuzlukların tespit edilmesi ve yöneticinin müdahale ettiği bir süreçtir.

Sağlık kurumlarındaki değişik yönetim modellerinin doğuşu 1920'lerden sonraki yıllara denk gelmektedir. Artık hastaneler her yönüyle büyüme göstermesi, bu yönde yapılan yatırım ve harcamalarda artışların olması, rekabetçi bir sistemin yaygınlaşması değişik rolleri ortaya çıkarmıştır.

Bu roller dört grupta açıklanabilir. Yöneticilerin bunlara uyması gerekmez, değişik rollerde söz konusu olabilir. Ancak bu rollere uygun davranacak hastane idarecisi bulunabilir.¹¹³ Hastane yöneticiliği, yönetimin bir çeşididir ve sağlık organizasyonunda alt sistemdir. Hastane organizasyonlarında yönetim hizmetlerinin sürdürülmesi faaliyetidir.

Yöneticiler, yönetim fonksiyonlarını yerine getirirlerken çeşitli davranışlar gösterirler. Kimi zaman yönetici kararlarını verir ve altında bulunanlara açıklar, kimi zaman kararlarını kabul ettirme tercihinde bulunurlar, bazen konu hakkında fikirlerini öne sürer ve astları soru sormaya özendirir; bazen de sınırları tespit eden gruptan karar almalarını isterler.¹¹⁴ Hastane yöneticisi, hastanede sunulan hizmetlerinin sevk ve idaresini yapan hastane, kaynaklarının kullanılmasından sorumlu olan kimsedir. Yönetici, sunulan sağlık hizmetlerini en düşük maliyetlerle ve maksimum seviyede sunabilmek için hastane kaynaklarının en iyi şekilde kullanılmasını sağlayan kişidir.

Hastane yöneticilerinin yürüttükleri görevlerden dolayı bazı özelliklere sahip olmaları gerekmektedir. Hastanenin yönetimini gerçekleştiren hastane yöneticilerin özellikleri de diğer işletme yöneticilerine göre farklılıklar göstermektedir. Hastane yöneticiliğinin en önde gelen özelliklerinden birisi; bu mesleğin mesleki eğitim görmüş, yani hastane yöneticiliği öğretimi ve eğitimini almış hastane yöneticileri ile; yönetim konusunda hiçbir ders ve eğitim almamış hekimlerce ortaklaş yürütülmesidir. Günümüzde hastane yöneticiliği tıp tekniği formasyonundan tamamen ayrılmıştır. Amerika, İngiltere, Almanya' da bu görevi hekimler değil, hastane yöneticisi olarak yetiştirilmiş kişiler yürütmektedirler. Hastaneyi yönetecek kimsenin hekim dışından olması çok sert itiraz ve tepkilere yol açabilir, fakat hastanenin bir yönetici tarafından yönetilmesi ve hekimin mesleğinde daha yararlı hale getirilmesi söz konusudur.

¹¹³ M. Gür, Ders Notları, Ankara, 1988, s.1

¹¹⁴ Koçel, s.141-142

4.1. İş Yöneticisi Rolü

Hastane yöneticiliğinde iş yöneticisi rolü 1920-1950 yıllarında geçerliliğini korumuştur. İdare amiri unvanıyla hastane organizasyonunda idarecilik görevini yerine getirmiştir. Hastanelerde oluşturulan yönetim kurullarının gözetim ve denetiminde faaliyetlerini yürüten idare amiri mali ve personel konularıyla ilgilenmiştir.

Hastane yönetim kurulu daha çok dış ilişkilerden sorumlu olmasına rağmen hastane içerisine de müdahale etmekteydi.¹¹⁵ İdare amirinin etkinliğinin fazla olmadığı gözükmektedir. Hekimlerin idare üzerinde etkinliğinin daha fazla olduğu gözlenmektedir. Hastane yönetim kurullarını hekimler etkin bir şekilde kullanmaktadırlar. İdare amiri iş yöneticisi rolünü üstlenmiştir.

4.2. Koordinasyonu Sağlama Rolü

Hastane yöneticisi; hastanen organizasyonunda yönetim fonksiyonlarını yerine getiren, hastane amaçlarını gerçekleştirmek için kontrolü elinde bulunduran, hastane hizmetlerinin uyumlu bir şekilde yürütülmesini sağlayan, gerekli yetki ve sorumluluğu taşıyan koordinatördür. 1950 ve 1960'lı yıllarda görülmüştür. Çevrede görülen gelişmeler ve sigorta kurumunun etkisiyle hastane organizasyonları karmaşık bir hal almıştır. Bu durum yönetim kurulunun daha çok dış çevre ile ilişki içerisinde olmasını doğurmuş, hastaneyi temsil noktasında faaliyet göstermişlerdir.

Uzmanlaşmanın giderek artması, hekimlerin kontrol altına alınması, sendika ve toplu sözleşme hakkı gibi konular personel yönetimini öne çıkarmıştır.¹¹⁶ Hastane yöneticisi bu çevreler arasında gerekli koordinasyonu sağlamaya gayret göstermiştir.

Koordinatör rolündeki yöneticilerin görevlerinden bazıları şunlardır.

-Eğitim-araştırma ve hastanede sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıkla ilgili toplumsal programlara katılma gibi organizasyonları koordine etmek

-Halkla ilişkiler organizasyonunu geliştirmek

¹¹⁵ Seçim, s.43

¹¹⁶ Gür, s.5

- Belirlenmiş olan sağlık politikalarının uygulanması sağlamak
- Hastanenin fiziki ve mali kaynaklarının, etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak
- Hastane fonksiyonlarını belirleyip, personelin sorumluluklarını belirlemek
- Hastaneyle ilgili olarak alakalı olarak hükümetin düzenlediği toplantılara katılır ve gerekli raporları hazırlar.¹¹⁷

4.3. Genel Müdür Rolü

Sağlık kurumlarında görev yapan idareciler 1970 yılından itibaren özel sektör yöneticiliğine benzer bir rol üstlenmişlerdir. Dış çevrenin hastane üzerindeki etki ve baskısının artması ve hastane organizasyonların çok daha karmaşık bir hal alması sağlık yöneticilerinin etkinliği ve yetkileri oldukça artmış buna karşın hastane yönetim kurulunun etkinliği azalmıştır.

Görevlerinden bazıları şunlardır:

- Amaçları belirlemek ve bu konuda planlar hazırlamak
- Planlama ve önceliklere göre kaynak ayırmak
- Organizasyonun politikalarını belirlemek
- Kurumun yapısını belirlemek
- Astları yetiştirmek
- Hükümet ve diğer çevre faktörleriyle ilişki kurmak
- Yönetim kurulu ile ilişkiler kurmak
- Standartları belirleyip, amaca ulaşma durumunu değerlendirme.¹¹⁸

¹¹⁷Ak, Hastane Yöneticiliği, s.106

¹¹⁸Gür, s.6

4.4. Yönetim Ekibi Önderi Rolü

Yönetim ekibi önderi rolü 1980’li yıllara doğru önem kazanmaya başlamıştır. Yetkileri çok fazla olan otoriter yapıdaki genel müdür rolünden daha demokratik bir yapıya sahip yönetim ekibi önderi rolüne geçilmiştir.¹¹⁹ Uzmanlaşma ve hastane organizasyonunda meslek gruplarında meydana gelen artışlar katılımcı bir yönetim modelini ön plana çıkarmıştır. Bu durum hastane organizasyonu içerisinde çatışmaların önlenmesi, hastane ile çevre faktörleri arasındaki anlaşmazlıkların giderilmesi sağlanmıştır.

Hastane yönetim ekibi, hastanenin tüm faaliyet ve hizmetlerinden sorumlu durumdadır. Yönetim kurulu çalışmalara daha etkin katılmakta, hastane amaçları doğrultusunda faaliyetleri artırmaktadır. Daha fonksiyonel bir yönetim anlayışı söz konusudur. Tıbbi hizmetlerin sunumu, hemşirelik hizmetlerinin sunumu ve idari-mali işlerle ilgili faaliyetler fonksiyonel yöneticilere devredilmiştir.

Yönetimde emir-komuta zincirinden ziyade ortaklık ilişkisi göze çarpmaktadır.¹²⁰ Değişime ve gelişime açık ve personelin alınan kararlara katılımına imkân sağlayan, bilgi paylaşımcı bir yönetim şekli söz konusudur.

Hastane yönetim ekibi, hastane organizasyonun, amaçlarını, stratejilerini, hizmet sunum standartlarını, hastane kaynaklarını belirleme noktasında çalışmalar yapmaktadır. 2000’li yıllara doğru yeni rollerin gelişmesi gözlenmiştir.

¹¹⁹ Seçim, s.44

¹²⁰ Seçim, s.42

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

HASTANELERDE YÖNETİM VE ORGANİZASYON SORUNLARI

1. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNDEN KAYNAKLANAN YÖNETİM SORUNLARI

Sağlık hizmetleri talebi, klasik mallardaki gibi önceden belirlenebilecek durumda değildir. Sağlık hizmeti talebi, hastalık durumunda ortaya çıkmaktadır.¹²¹ Sağlık hizmeti öngörülebilir, bekletilebilir nitelikte değildir. Kalp krizi, kanamalar, trafik kazaları, böcek sokmaları, şoklar, zehirlenme gibi durumların ortaya çıkması acil sağlık hizmeti talebini doğurmaktadır. Acil durumlarda sunulan sağlık hizmetinin ertelenmesi veya geciktirilmesi hayatın kaybedilmesiyle son bulur. Hastaneler acil durumlara karşı sağlık hizmeti sunumunu her an hazır bulundurmalı bu yönde gerekli tedbirleri almalıdır.

Sağlık hizmeti talebi konusunda bazı hasta grupları kendi başlarına seçim yapamadıklarından bu seçimi kendileri adına başkaları yapmaktadır.¹²² Bu tür sağlık hizmeti talebi acil vakalarda olduğu gibi çocuk ve ruhsal rahatsızlığı bulunan hastalarda gözükmemektedir. Sağlık hizmeti talebini diğer sektörlerden ayrıştığı nokta burasıdır. Bir ürün ve hizmet satın alma talebiyle sağlık hizmeti talebi farklılık göstermektedir.

Günümüzde kamu hastanelerine müracaat eden hasta ve yaralıların sayısında artışlar olmuştur. Hastanelerde bu yoğunluktan dolayı yığılmalar olmakta, polikliniklerde hastalara ayrılan süre azalmakta, nitelikli bir muayene süreci engellenmektedir. Hastaların öncelikli olarak birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile hekimliği birimlerine müracaat etmeleri gerekirken, bu silsile atlanarak direkt ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastanelere müracaat edilmekte; bu durum daha karmaşık ve zor vakaların teşhis ve tedavisi ile uğraşan hastaneleri aile hekimliği düzeyinde çok rahatlıkla tedavi edilebilecek hasta ve vakalarla uğraşmak zorunda bırakmaktadır. Uygulamada, beklenen sağlık hizmeti talebi ve tedavisi birinci basamak sağlık kuruluşunda yapılmalı eğer burada tedavisi mümkün olmayan

¹²¹ Mortan-Tokgöz, 1984, s. 11

¹²² F.Oğuz, Halkla İlişkiler ve Sağlık Sektörü, İstanbul, 2001, s.41

bir rahatsızlık söz konusu ise, ikinci basamak sağlık kuruluşu olan hastanelere sevk edilir. Hastalığın tedavisi ikinci basamak sağlık kuruluşunda da mümkün değilse bu defa üçüncü basamak sağlık hizmetinin sunulduğu SB Eğitim ve araştırma hastanelerine veya üniversite hastanelerine sevk yapılır.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) uygulamalarıyla, bu silsile uygulanmaya çalışılsa da, bu sistemin ülkemizde uygulandığını söylemek mümkün değildir. Bunun değişik sebepleri bulunmaktadır. Özellikle hastaların hekim seçme konusunda tercihini daha çok hastanelerde görev yapan uzman hekimlerden yana kullanmasıdır. Doğrudan doğruya hastaneye başvuran hastaların %90-95'inin tedavisi aile hekimliğinde yapılabilecek durumdadır.

2. ORGANİZASYON YAPISINDAN KAYNAKLANAN YÖNETİM SORUNLARI

2.1. İş Bölümü ve Uzmanlaşmadan Kaynaklanan Sorunlar

Fayol'a göre işbölümü doğada mevcuttur, bu sebeple işbölümü doğal bir kuraldır. Fayol işbölümünün, örgütün en temel özelliklerinden birini teşkil ettiğini ve örgüt büyüklüğünün bir fonksiyonu olduğunu ifade ederek verimliliği artırıcı bir etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Bunun en temel nedeni ise uzmanlaşmaya yol açmasıdır.¹²³ İş bölümü bir sınır çizmektedir ve uzmanlaşma ne kadar belirgin hale gelirse kendi alan veya bölümün amaçları da ön plana çıkar. Diğer bölümler çok önemli görülmediğinden, bu durum bölümler arasında çatışmalara sebep olmaktadır.

Kamu hastanelerinde görülen aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma beraberinde yapısal karmaşıklığı getirmektedir.¹²⁴ Özellikle tıp ve teknoloji alanında görülen büyük gelişmeler yeni meslek gruplarının ortaya çıkmasına ve uzmanlaşmaya yol açmıştır. Bu durumun kamu hastanelerine yansısı, hastanede çalışan personel ve ünite sayısının artmasına neden olmuştur

¹²³ Baransel, s.136

¹²⁴ A. Karahan, "Hastanelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Sosyal Bilimler Dergisi, C. X, S. 1, Afyonkarahisar, 2008, s.151

Belirlenmiş olan amaç ve hedefleri gerçekleştirmeye yönelik olan işlerin etkin şekilde yapılabilmesi için iş bölümü ve uzmanlaşmaya ihtiyaç vardır.¹²⁵ Kamu hastane organizasyonlarında tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri ve diğer idari ve mali hizmetlerinin fonksiyonel bir iş bölümü ve uzmanlaşma doğrultusunda modern bir yönetim sergilenmelidir. Herkes yetenekleri doğrultusunda uzmanlaşmaya çalışmalıdır. Bu uygulamayla kişi kendi alanında en iyisini yapabilecek seviye gelmekte, konusuna hakim olmaktadır.

2.2. Yetki ve Sorumluluğunun Denk Olmaması

“Yetki ve sorumluluk bir organizasyonu bir bütün olarak ayakta tutan unsurdur.”¹²⁶ Yönetimlerde her üstün, astlarının yapacağı iş ve işlemleri belirleme hakkı yetkisi vardır. Hastane gibi büyük organizasyonlarda bu daha da fazla gözükmektedir. Verilen işi yapma zorunluluğunda bulunan sorumlu kişiler işin gerektirdiği kararlarında bir nevi verme durumundadırlar. Aslında yetki ve sorumluluk adına sorunlar bu yaklaşımın çiğnenmesi neticesinde ortaya çıkmaktadır. Yetki ve sorumluluk arasında denge sağlanamadığı durumlarda yetkinin bozulması, kötüye kullanılması kaçınılmazdır.

“Fayol, yetkiyi “emir verme hakkı, itaat ettirme gücü” olarak tanımlamıştır. Fayol yetkinin kaynağına göre, biçimsel yetki ve kişisel yetkinin söz konusu olacağını belirtmiştir. Yetki, mevki ve makamdan, yani örgütten doğuyorsa biçimsel; yöneticinin, zekâ, bilgi, tecrübe, iyi ahlâk vb. gibi kişiliğini oluşturan yeteneklerden ileri geliyorsa kişiseldir.”¹²⁷ Yetki kullanma beraberinde sorumluluğu da getirmektedir ve sorumlulukta mükâfat veya ceza gerektirmektedir. Esasen sorumluluk, yetkinin ayrılmaz bir parçası ve tabi sonucudur. Yetkiyi kullanan makamların tarafsız, adil, samimi davranmalı ve sorumluluk vermekten kaçınmaması gerekir. Hastane yönetimlerinde üstlerin yetki vermeksizin, astlara sorumluluk yüklemeleri çatışmalara ve sorunlara yol açmaktadır. Yöneticiler yetkilerini meşru olarak kullanmak durumundadırlar. Hastane idareleri bu yetkiyi baskı aracı olarak kullanmamalıdır. Zorlama, cebir gibi baskıların personel üzerinde meydana

¹²⁵ M.Ş.Şimşek-A.Çelik, Yönetim ve Organizasyon, Konya, 2012, s.52

¹²⁶ İ. Yıldırım, Yönetim Bilimleri Ders Notları, Sivas, 1997, s.64

¹²⁷ Baransel, s.137

getirdiği beşeri olumsuzluklar yetkinin doğru, eşit, adil olmadığının göstergesidir. Personel sorumluluğunun bilincinde hareket etmeli aksi takdirde çatışmalar kaçınılmaz olacaktır. Yetki sahibi yani üst yapacakları iş ve işlemlerde, alınacak kararlarda astların fikir ve oylarına müracaat edebilmeli, astların inisiyatif göstererek yapmış olduğu uygun işlemleri makul karşılayabilmelidir. Bu davranışlar yönetsel sorumluluğun gelişmesine, çatışmaların önlenmesine vesile olur.

2.3. İş Tanımlarının Ve İlişkilerinin Belirsizliği

“İş hayatında insan istediği işi ve bu işin kendi bilgisi ve yeteneği bölümüne giren kısmını elde ettiği sürece işinde ve işyerinde daha verimli çalışacaktır.”¹²⁸ İş tanımlamaları yapılan kendisine uygun birim ve işte çalışan personel maddi ve manevi ihtiyaçlarını tatmin imkânı sağlanır. İhtiyaçları karşılanan daha çok performans sergileyecek aksi takdirde bir takım olumsuz davranışlar sergileyecektir.

Tanımlaması yapılan işlerin fazlaca monoton olması ve ilişkilerin belirsizliği hastanede çalışan personelin benzer davranışlar sergilemesini gerekli kılar. Personel kendinden bir şeyler katmayarak sadece dikkatini kullanacak zihinsel bir çalışmasına ihtiyaç olmayacaktır. Basit işlerde iş tanımı dahilinde çalışmak mümkünse de karmaşık yapıdaki hastanelerde kompleks bir iş karşısında başarılı olma isteği kapasite üzeri zihni çalışma gerektirip personelin aşırı yorgun ve bitkin kalmasına sebep olabilir.

Çalışanın çalıştığı işten, birimden alınarak başka işlere verilmesi işle alakalı tatminsizlik ve şikâyetlerin kaynağını oluşturmaktadır. Personelin işe ve işyerine bağlanmasının nedenlerinden en önemlisi işin istikrarlı olmasıdır. Bazı özel durumlarda işyeri değişikliği şikâyet olarak değil de taltif olarak değerlendirilebilir. Sıhhi nedenler buna örnek olarak gösterilebilir.¹²⁹

2.4. Örgütsel Çatışma

Kamu hastanelerinde ortaya çıkan bazı sürtüşmeler, zıtlasmalar, anlaşmazlıklar ve bunların uygun şekilde yönetimi ve gerekli çözümlerinin

¹²⁸ E. Eren, Yönetim Psikolojisi, İstanbul, 1993, s.145

¹²⁹ Eren, Yönetim Psikolojisi, s.149

sağlanması yöneticilerin zor durumda kalmaları ve zaman ve bütün enerjilerini bu konulara yoğunlaşmalarına sebep olmaktadır. Aslında idareci bütün farklılıkları değişik görüş ve düşünceleri bir uyum içerisinde yöneten kişidir.

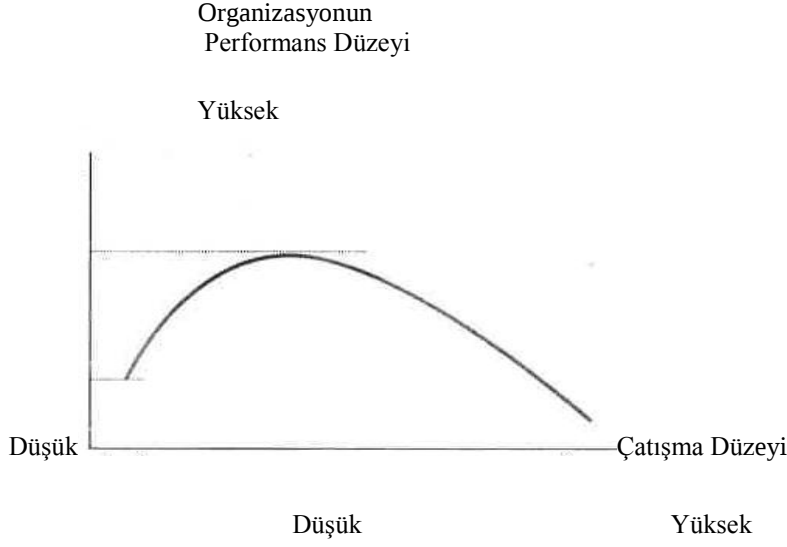
Örgütte içerisinde çatışma, bireylerin ve grupların birlikte çalışma sorunlarından kaynaklanan ve örgütte normal faaliyetlerinin durmasına ve karışmasına neden olan olaylardır.¹³⁰ Örgütlerde, yönetimlerde bütün gayretlere rağmen çatışmayı engellemek kolay değildir. Örgütlerde çatışmanın olması kaçınılmazdır ve olmalıdır. Çünkü insanların kişilikleri, bilgileri, görüşleri, yetenekleri, beklentileri farklılık arz etmektedir. Hastane organizasyonu içerisinde çalışanlar sürekli olarak personel, idare, hasta ve hasta yakınları ile iletişim ve mücadele içerisinde bulunmaktadır. Bütün bunlar içerisinde bir engel veya sıkıntı ile karşı karşıya gelindiğinde çatışma meydana gelmektedir.

Çatışma unsurlarının olduğu ortamlarda taraflar çıkarlarını hakim kılma gayretindedirler. Kapalı sistem anlayışını esas alan klasik ve neo-klasik (Davranışçı) yaklaşıma göre çatışma, organizasyonun işleyişini bozan, örgüt içerisinde istenmeyen bir durumdur ve kısa sürede ortadan kaldırılması gerekir. Bu iki yönetim düşüncesine göre yönetim ve organizasyon prensipleri uygulanırsa çatışma olmayacaktır, ancak açık sistem anlayışını esas alan modern yönetim anlayışında çatışma kaçınılmazdır. Çatışmanın olmadığı organizasyonlarda yenilik, değişim ve yaratıcılık olmayacağı gibi performansta düşecektir. Sürekli çatışma ortamı ise kararların alınamaması, çok sayıda taviz verilmesi gibi sorunları ortaya çıkarır. Her iki durumda da organizasyonun varlığını sürdürmesi tehlikeye girecektir. Bu durum aşağıdaki şekilde göstermek mümkündür.¹³¹

¹³⁰ Eren, Yönetim ve Organizasyon, s.429

¹³¹ Koçel, s.646

Şekil 8 – Çatışma/Örgütsel Performans İlişkisi



Kaynak: Tamer Koçel, İşletme Yöneticiliği, İstanbul, 2011, s.646

Modern yönetim anlayışına göre örgüt içerisindeki çatışmaların azaltılabileceği ama tamamen ortadan kaldırılamayacağı görüşü savunulmaktadır.¹³² Çatışmalar iyi yönetildikleri takdirde örgüt veya hastane açısından yıkıcı olmaktan ziyade yaratıcılığı artıran, alternatif fikirlerin ortaya çıkmasına neden olur. Çatışmanın tümüyle ortadan kaldırılması doğru değildir, hastane organizasyonlarında elbette belirli düzeyde çatışma olmalı ve iyi bir şekilde yönetilmelidir.

Organizasyonlarda çatışmanın sağlayacağı olumlu sonuçları şunlardır:

-Taraflar kendi düşünce ve görüşlerinin haklılığını ispatlamak adına orijinal ve iyi fikirler sunacaklardır.

-Bireysel manada araştırma yapma yönündeki eğilimler artacaktır.

-Kronik, bir türlü çözilememiş sorunların çözümü için enerji harcanacağından gerilimler yaşanmayacaktır.

-Tarafsız hareket eden bireyler, problemlerin çözümünde düşüncelerinin açıklanmaya zorlanması sağlanacaktır.

¹³² Yıldırım, s.87

-Çatışan taraflar çatışma konusunda kendi bilgilerini değerlendirme imkanı bulacaklardır.

-Organizasyonda verimliliği olumsuz etkileyen sorunlar gün yüzüne çıkacak; güdülemeyi artıracaktır.¹³³

Hastane organizasyonlarında hastanenin büyüklüğü, iş bölümü ve uzmanlaşma, örgüt içi bağımlılıklar, ortak karar verme düşüncesi, yetki ve sorumluluk karışıklıkları, değişik unvan grupları, personelin bireysel farklılıkları, sınırlı kaynaklar, iletişim, bürokratik nedenler çatışmaya yol açan başlıca nedenlerdir.

Günümüz hastane organizasyonları, çatışmaların yoğun bir şekilde yaşandığı kurumlardır. Kamu Hastaneler Birlikleri Genel Sekreterlerine, diğer idarecilerine bu konuda büyük görevler düşmektedir. Yöneticilerin çatışmaları iyi yönetememesi, yönlendirememesi, hastanenin amaçlarını gerçekleştirememesine ve verimsizliğe neden olur.

Hastane organizasyonlarında çatışmayı önlemek hastane idaresinin karşılaştığı önemli sorunların başında gelmektedir. Çatışmada hangi çözüm yolunun uygulanacağını belirlemek için öncelikli olarak yönetim, çatışmanın nedenlerini ortaya çıkarmalıdır. Hastane organizasyonlarında çatışmanın birçok sebebi olabilir.

Çatışmanın çözümüne yönelik olarak değişik yaklaşımlar olabilir. Bu sayede çatışmanın olumsuz etkileri ortadan kaldırılır. Bunlar, tarafları rekabete sevk etmek, üçüncü bir tarafı çözüm için devreye koymak, kura çekimi, bilmezlikten gelme, geciktirme,yumuşatma,politik yaklaşımlar, pazarlık etme, oylama, meşgul etme vb olabilir.¹³⁴

Sağlık Bakanlığı ve ildeki uzantısı pozisyonundaki Kamu Hastaneleri Birliklerine bağlı hastanelerde sağlık hizmetleri sınıfındaki hekimler diğer sınıflara ve gruplara göre daha etkindir. Bu durum hastane idaresinin çatışma esnasında alacağı kararlar üzerinde etkili olmaktadır.

¹³³ Eren, Yönetim Psikolojisi, s.364

¹³⁴ Eren, Yönetim Psikolojisi, ss.372-377

3. FİZİKİ YETERLİLİK AÇISINDAN HASTANE VE HASTA YATAĞI SAYISI

3.1. Türkiye'nin Hastane ve Hasta Yatağı Durumu

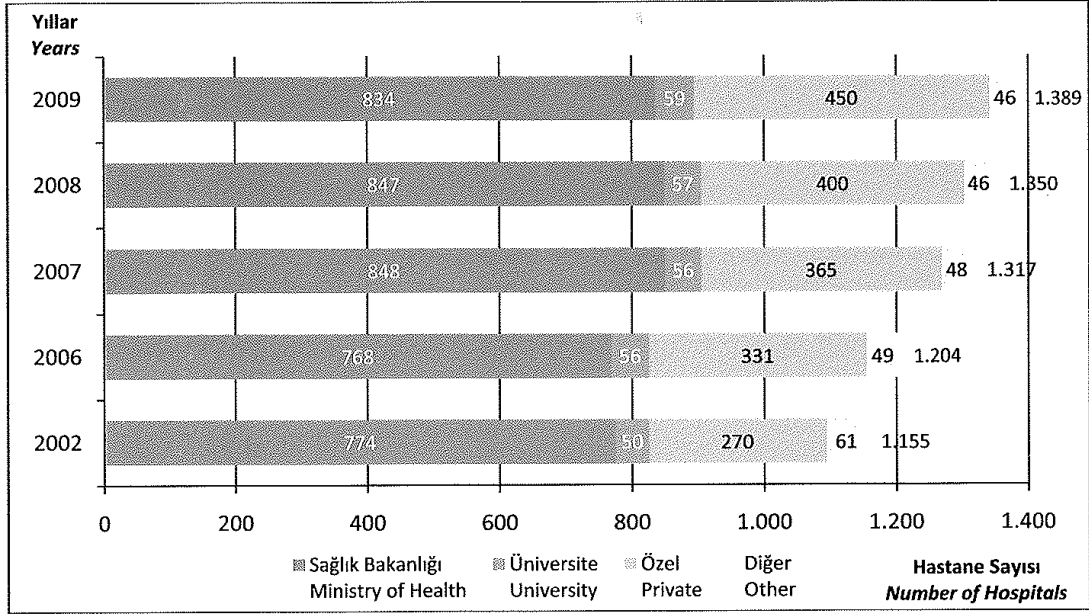
Hastane yatağı sayısı, hastanelerde yatan hastalara sunulan sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımının ölçüsünü veren bir göstergedir.¹³⁵ Ülkelerin sağlık alanında gelişmişlik düzeylerinin göstergelerinden bir tanesi de her 10.000 kişiye düşen hasta yatağı sayısıdır. Düşen yatak sayısının fazla olması o ülkenin gelişmiş olduğunun göstergesidir. Bu durum ülkede bulunan mevcut hastane sayısı ve hastanelerin yapıları hakkında bilgiler verir.

Gelişmiş ülkelere göre, ülkemizde bulunan hastane sayıları ve yatak sayıları itibarıyla eksiklik görülmektedir. Ancak bu tablo büyük bir sorun teşkil etmemektedir. Çünkü ülkemizde yatak doluluk oranı % 70 olup, bu rakam yatak sayıları açısından sorun oluşturmamaktadır. Hastane sayısı ve yatak kapasitelerinin kişi başına oranında elbette ülkenin nüfus artış hızının etkisi bulunmaktadır.

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin artmasıyla doğru orantılı olarak yatak sayılarında da artışlar gözlenir. Tablo 1'de ülkemizde yıllara ve sektörlerle göre hastane sayısı gösterilmiştir. Tabloya göre 2002 yılından itibaren hastane sayılarında yıllara göre artan bir durum söz konusudur. Özellikle yıllar içerisinde özel hastanelerdeki artış dikkat çekicidir. 2002 yılında özel hastane sayısı 270 iken 2009 yılına gelindiğinde bu rakam 450'ye erişmiştir. Buna karşın Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastaneleri ve üniversite hastanelerinde fazla bir artış gözlenmemiştir.

¹³⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastane Birlikleri 2014, Ankara, 2014, s.191

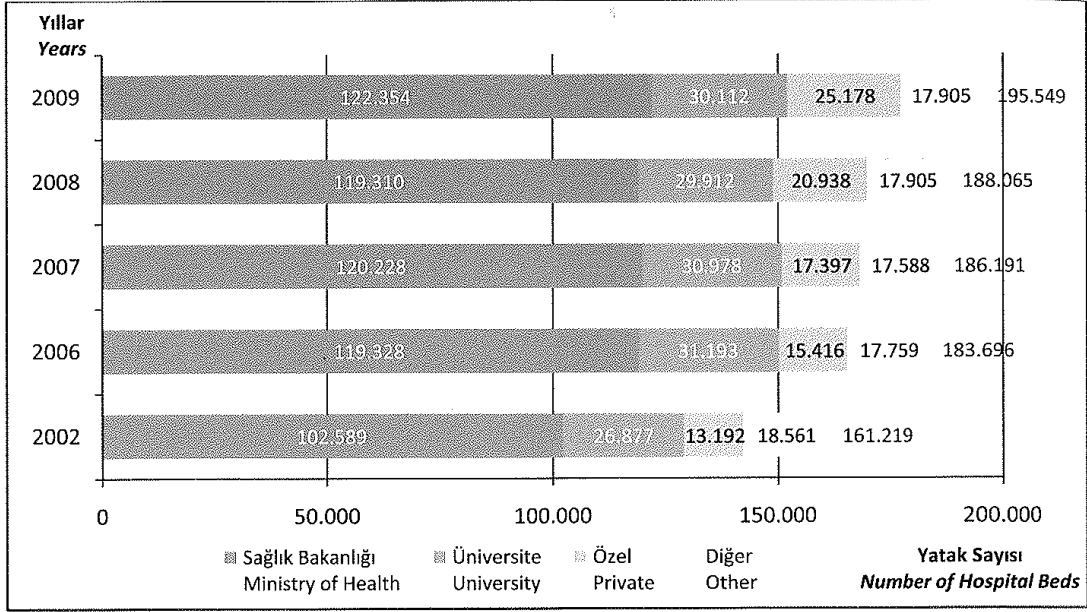
Tablo 1- Ülkemizde Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara, 2009, s.53

Yine Tablo 2’de ülkemizde yıllara ve sektörlere göre hastane yatağı sayısı gösterilmiştir. Tabloya göre 2002 yılından itibaren hastane yatak sayılarında yıllara göre artan bir durum söz konusudur. Özellikle yıllar içerisinde özel hastanelerdeki artış dikkat çekicidir. 2002 yılında kamu hastaneleri yatak sayısı 102.589 iken 2009 yılına gelindiğinde bu rakam 122.354’e çıkmıştır. Toplam hasta yatak sayısı bakımından 2002 yılında 161.219 iken bu sayı 2009 yılına gelindiğinde 195.549’a ulaşmıştır. 2002 yılından sonra geçen yedi yıl içerisinde yatak sayılarında yaklaşık 35.000 artış gözlenmiştir.

Tablo 2- Ülkemizde Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı

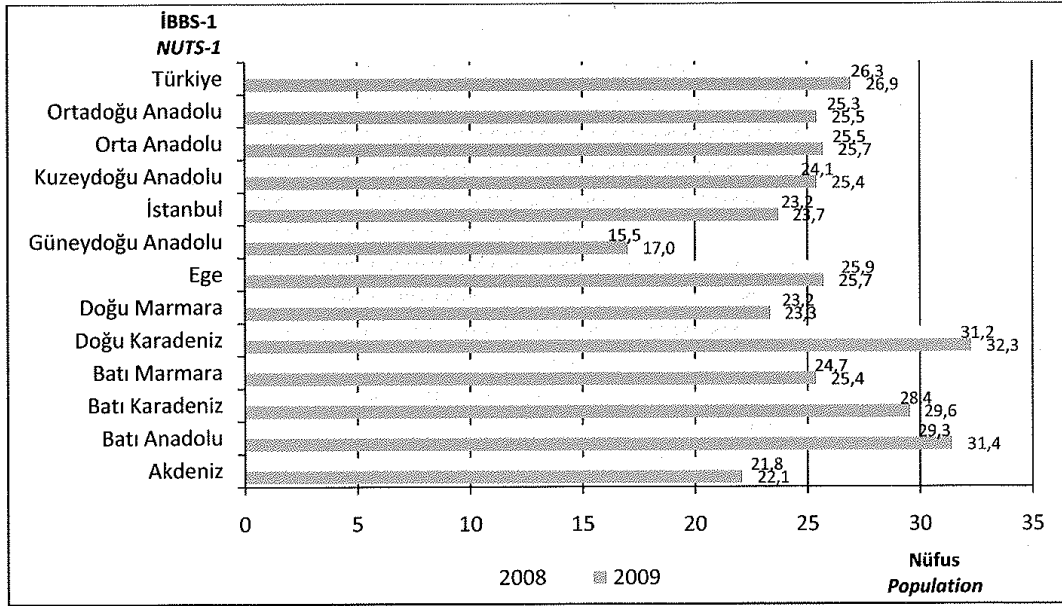


Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara, 2009, s.54

3.2. Hasta Yataklarının Bölgelere ve Nüfusa Göre Dağılımı

Türkiye’de kamu hastanelerinin sahip olduğu yatak sayısı yatak işgal oranı da dikkate alınarak incelendiğinde sayısal bir yetersizlikten söz edilemez. Yine Tablo 3’de, Ülkemizde her 10.000 kişiye düşen yatak sayısının bölgelere göre dağılımı gösterilmiştir. Buna göre bölge açısından bir dengesizlik gözükmemektedir. Özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yetersizlik dikkat çekmektedir. Dağılımda dengesizlik mevcuttur. Tabloya göre Doğu Karadeniz’de rakam 32,3 iken, Güneydoğu Anadolu Bölgesine gelindiğinde bu rakam 17’ye düşmektedir

Tablo 3- Her 10.000 Kişiyeye Düşen Yatak Sayısının Bölgelere Göre Dağılımı



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara, 2009, s.57

4. PERSONEL SORUNLARI

4.1. Türkiye'nin Sağlık Personelinin Durumu

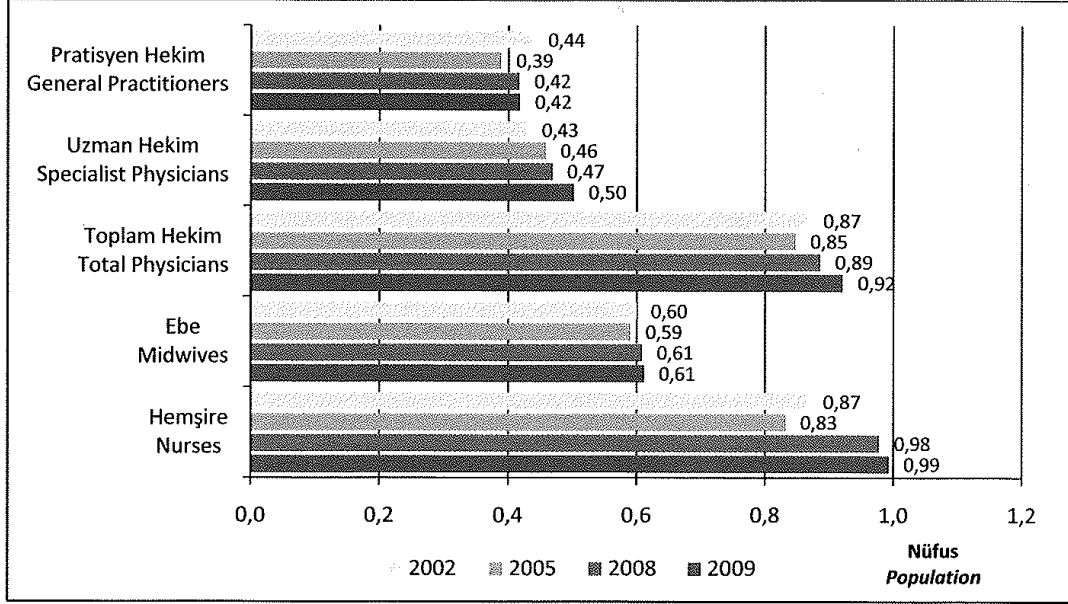
Ülkelerin sağlık göstergelerinden bir tanesi de mevcut sağlık personeli başına düşen nüfus sayısıdır. Bu oran sağlık hizmeti sunumunun ulaştığı insan sayısı ve düzeyi hakkında bilgi vermektedir. Yine Tablo 4’de, Ülkemizde yıllara göre sağlık personelinin sayıları verilmiştir. Buna göre yıllar itibariyle artan bir durum söz konusudur. Özellikle son yıllarda açılan tıp fakülteleri ve yardımcı sağlık personeli yetiştirmek üzere açılan sağlık ön lisans ve lisans programları sayesinde sayıca artış gözlenmiş ancak Tablo 5’de de görüleceği gibi bu durum yeterli gelmemektedir. Özellikle uzman ve pratisyen hekim, ebe-hemşire unvanlarında sağlık personeli ihtiyacı vardır. Tabloya göre her 1.000 kişiyeye 0,42 oranında hekim, 0,61 oranında ebe, 0,99 oranında hemşire düşmektedir.

Tablo 4- Yıllara Göre Bazı Sağlık Personelinin Sayıları

	2006	2007	2008	2009
Uzman Hekim <i>Specialist Physicians</i>	52.868	54.439	56.973	60.655
Pratisyen Hekim <i>General Practitioners</i>	33.383	34.559	35.763	35.911
Asistan Hekim <i>Medical Residents</i>	18.224	19.404	20.415	22.075
Toplam Hekim <i>Physicians Total</i>	104.475	108.402	113.151	118.641
Diş Hekimi <i>Dentists</i>	18.332	19.278	19.959	20.589
Eczacı <i>Pharmacists</i>	23.140	23.977	24.778	25.201
*Sağlık Memuru <i>*Health Officers</i>	58.473	78.439	83.993	92.061
Hemşire <i>Nurses</i>	82.626	94.661	99.910	105.176
Ebe <i>Midwives</i>	43.640	47.175	47.673	49.357

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara, 2009, s.80

Tablo 5- Yıllara Göre 1.000 Kişie Düşen Sağlık Personeli Sayısı



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara, 2009, s.89

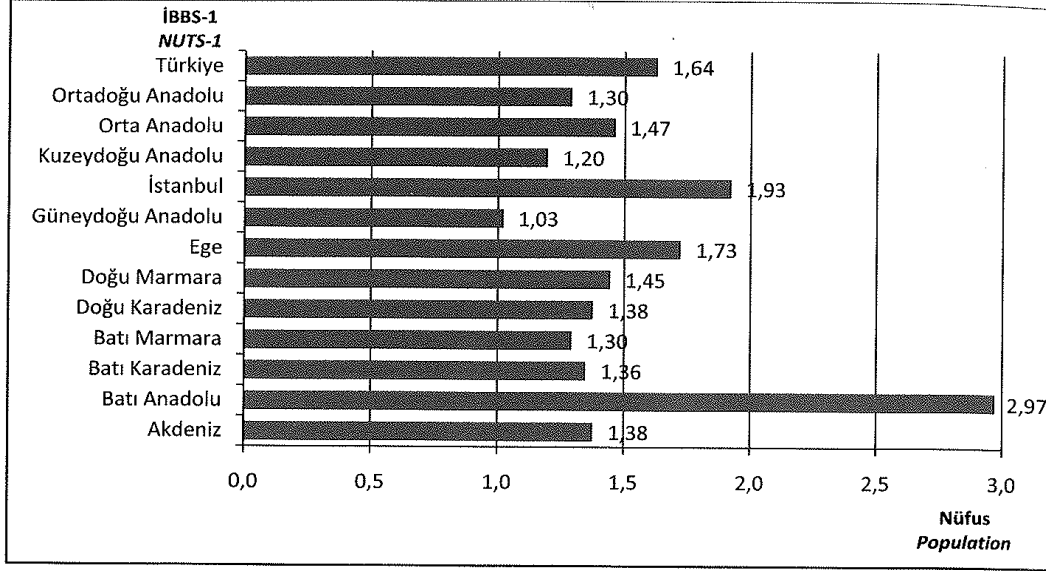
Ülkemizde rasyonel bir personel stratejisi izlenmemektedir. Mevcut meslek grupları arasında düzensiz bir dağılım söz konusudur.¹³⁶Esasında bu durum, Türkiye’de sağlıkta personel politikasındaki yarayı ortaya koymaktadır.

4.2. Sağlık Personelinin Coğrafi Dağılımı

Ülkemizde mevcut bulunan Sağlık personelinin bölgelere göre dağılımı da dengeli değildir. Yine Tablo 6’da 1.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı bölgelere göre gösterilmiştir. Tabloda dengesiz dağılım göze çarpmaktadır. Batı Anadolu’da 1.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı oranı 2,97 iken, Güneydoğu Anadolu’da bu rakam 1.03’lere düşmektedir. Hemşireler için aynı değerdeki göstergenin paylaşıldığı Tablo 7’de durum aynıdır. Batı Anadolu, Ege ve özellikle İstanbul hekim oranı bakımından diğer bölgeler göre daha iyi durumdadır.

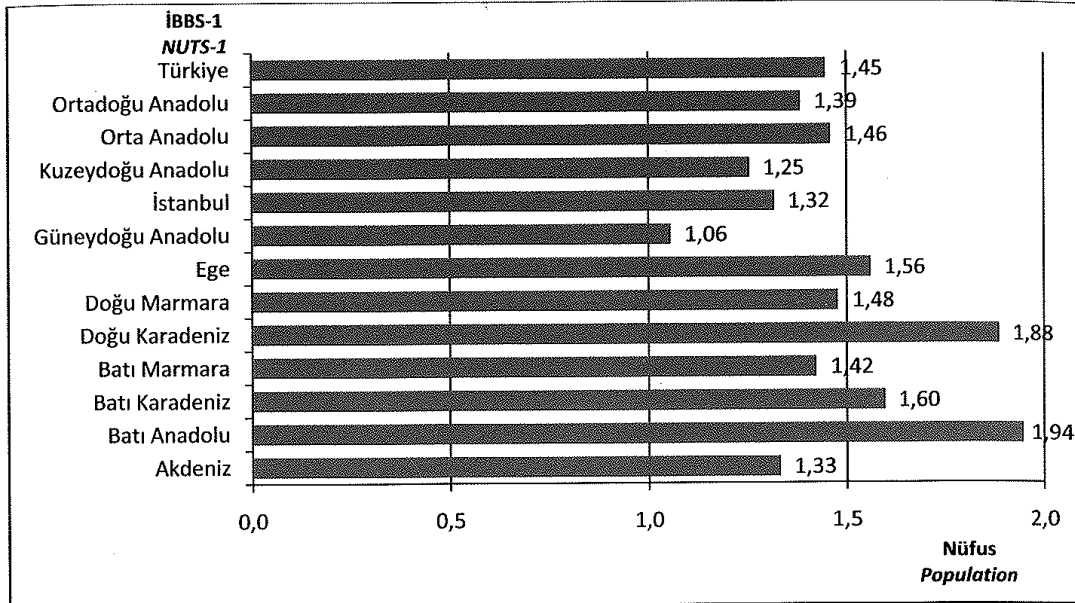
¹³⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlık Reformu, Ankara, 1992, s.46

Tablo 6- 1.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısı



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara, 2009, s.82

Tablo 7- 1.000 Kişiyeye Düşen Hemşire Sayısı



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara, 2009, s.85

4.3. Diğer Personel Sorunları

Diğer personel sorunlarını birkaç başlık altında değerlendirmemiz mümkündür. Günümüzde yöneticilik sorunlarından bir tanesi devamsızlıktır. Devamsızlık, işyeri verimliliği, personelin moral-motivasyonu, işyeri içinde personel ilişkileri açısından oldukça önemlidir.¹³⁷ Mazeret olmaksızın yapılan devamsızlıklar, hastane içerisinde çalışma barışını etkilemekte. Personelin moral ve motivasyonunu olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu sorunlar zaman zaman hastane yönetiminde zor durumda bırakarak personeller üzerinde disiplin hükümlerinin işletilmesine sebep olmaktadır.

Diğer bir sorun olarak yaş durumunu değerlendirmek mümkündür. Aynı zamanda yaş ile devamsızlık arasında bir korelasyon mevcuttur. Orta yaş grubu personellerin genç ve daha yaşlı gruba göre daha az devamsızlık yaptığı gözlemlenmiştir.¹³⁸ İleri yaş gruplarında yoğun iş temposuna bağlı meslek hastalıkları görülmekte, ayrıca uzun süreden beri aynı iş yerinde çalışmış olma beraberinde mesleki kıdemi getirmekte buda bıkkınlık, yıpranma, devamsızlık ve kıdemsiz personeller üzerinde mobbing uygulamasını göstermektedir.

Sağlık çalışanları açısından bir diğer sorun ücret dengesizliği ve sosyal haklardaki yetersizliktir. Sağlık çalışanları ve diğer meslek mensuplarına adil ve dengeli bir maaş ve ek ödeme sistemi uygulanmamaktadır. Özellikle ek ödeme sisteminde görülen haksız katsayı uygulaması personelin moral-motivasyonunu olumsuz yönde etkilemekte, aynı serviste aynı işi yapan insanlar arasında çalışma barışı bozmaktadır. Sağlık personeli çoğu zaman yoğun stres içerisinde bulunmaktadır. Sağlık gibi hayati derecedeki bir hizmetin sunumu çalışanlar üzerinde stres yapmaktadır.

Uluslar arası Çalışma Örgütü (ILO) ve ABD Çalışma Bakanlığınca günlük optimum çalışma saati süresinin 8 saat olduğu ortaya konmuştur.¹³⁹ Çalışma saatleri konusunda mevzuat açısından boşluklar bulunmaktadır. Kamu hastanelerinde kesintisiz bir sağlık hizmeti sunumu için sağlık personeli 24 saat hizmet vermekte,

¹³⁷ Eren, Yönetim Psikolojisi, s.169

¹³⁸ Eren, Yönetim Psikolojisi, s.170

¹³⁹ Eren, Yönetim ve Organizasyon, s.172

hafta sonu, resmi bayram tatili, vardiya, icap, nöbet demeden hizmet vermesi bir takım sorunlara sebep olmaktadır. Aile içerisinde huzursuzluklar, çocuklara yeteri kadar zaman ayıramama sorunlarını beraberinde getirmektedir. Yıllarca bu sektörde çalışmış kalifiye sağlık personelleri bütün bu olumsuzluklar nedeniyle görevinden ayrılmak zorunda kalmaktadır. Bu koordinasyonun dışında sosyal çevre, çeşitli çıkar ve baskı grupları hastaneler açısından sorun kaynağı olabilmektedir.

Ülke genelindeki bürokratik yozlaşmadan hastanelerde payına düşeni almaktadır. Başhekimden park bekçisine kadar hastane personeli, iktidar partilerinin il ve ilçe merkezlerinde belirlenmektedir. Adam kayırma ve aracıya başvurma sık sık görülmektedir. Rüşvetin yanı sıra yöneten ve yönetilen ilişkilerinde bir diğer yozlaşma görüntüsü ise kabilecilik olarak ifade edilebilir

5. DENETİM VE DEĞERLENDİRME SORUNLARI

5.1. Denetim Sorunu

Ülkemizde denetimler genelde resmi evrak üzerinden yapılmaktadır. Ayrıca personelin devam çizelgelerinin takibi, gün içerisinde görev mahallinde bulunup bulunmadığının kontrolü idare tarafından yapılmaktadır. Mesai takibi konusunda teknolojik gelişmeler doğrultusunda dijital ortamda kartlı sistem ile personel takibi yapılmakta ancak bunun da suiistimale uğradığı görülmektedir. Sayıştay veya bakanlık müfettişlerince yapılan denetimlerde alınan malzemelerin, demirbaşların incelemesi evrak üzerinde kamu ihale mevzuatı veya doğrudan temin usul ve esasları çerçevesinde yapılıp yapılmadığı yönünde bir kontroldür.

Kamu hastaneleri daha önce belirtildiği üzere binlerce çalışanın bulunduğu kurumlardır. Hastane yöneticisinin mevcut işleri arasından sıyrılıp çalışanları denetlemesi çok zor bir durumdur. Olağanüstü bir halin olması ve ya şikayet olması durumunda spesifik bir denetim ve kontrol söz konusudur.

Kamu hastane mali denetimleri yeni sistemde biraz daha iyi durumdadır. Hastane idarecilerinin verimlilik ve performans karnelerinin düşük olması sözleşmelerinin fesih nedenidir. Mali konular hastanelerde Tek Düzeye Muhasebe Sistemi üzerinden takip edilmektedir.

5.2. Değerlendirme Sorunu

Kamu hastanelerinde sunulan hizmetlerin değerlendirmesinde kullanılan ölçütler aşağıda tablolatırılmıştır.

-Hastane Yatağı Sayısı	-Kaba Ölüm Oranı
-Yoğun Bakım Yatağı Sayısı	-Hastane enfeksiyon hızı
-Ortalama Kalış Gün Sayısı	-Anne ve Bebek Ölüm Oranı
-Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü	-Sezaryen Oranı
-Yatak Devir Hızı	-Kaba Doğum Hız
-Yatak Doluluk Oranı	-Ameliyat Sayıları
-Yatan Hasta Oranı	-Görüntüleme Hizmetleri
-Kişi Başi Hastanelere Müracaat	-Ameliyat oranı
-İnsan Kaynağı	

Bu ölçütlerin hepsi önemli olsa da kamu hastanesinin değerdendirilmeleri ačíısından kaba ölüm oranı, hastane yatağı sayısı ve yatak işgal oranı ayrı bir önem göstermektedir.

6. FİNANSMAN SORUNU

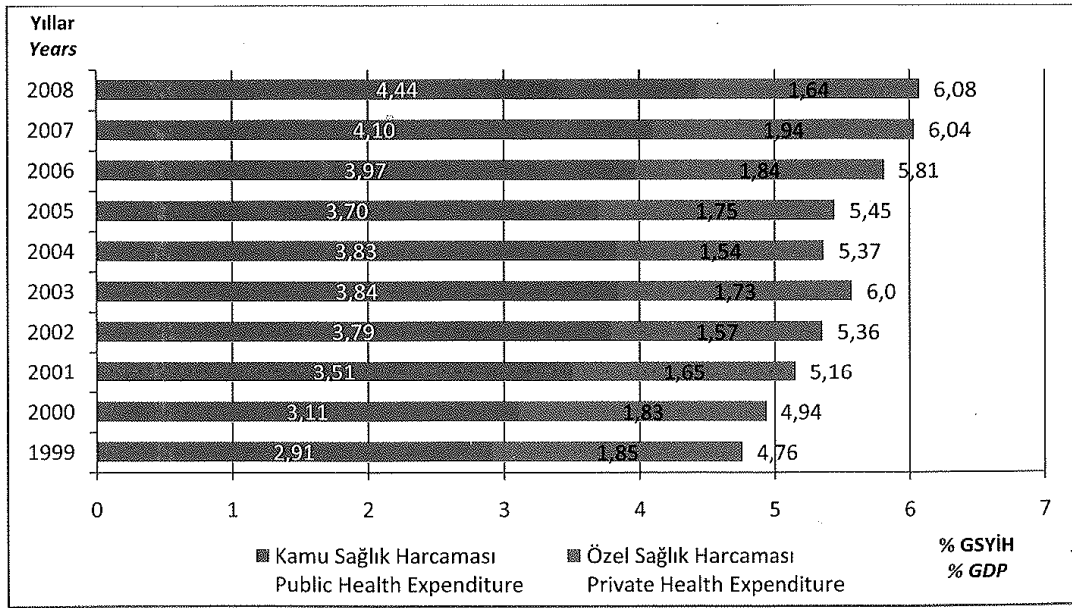
6.1. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve GSMH İçindeki Payı

Devlet sosyal devlet anlayışı içerisinde üretim ve finansman ačíısından özel sektörün yanı sıra ülkemizde verilen sağlık hizmetlerinin sunumunu giderek artan biçimde üstlenmesiyle sağlık sektöründe yapılan harcamalar önemli miktarlara ulaşmıştır.¹⁴⁰ 1980’li yıllardan sonra görülen sağlık sorunlarının niteliği, sağlık hizmeti sunumundan faydalanan kişilerin talepleri ve tercih ettikleri hizmetler

¹⁴⁰ V. Yurdadoğ, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi”, Çukurova Üniversitesi SBE Dergisi, Cilt 16, Sayı 1, Adana, 2007, s.591

değişmektedir. Tıp sektöründeki yeniliklerle bağlantılı olarak insanların sağlık hizmetlerinin sunumundan beklentileri yükselmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin maliyetleri de giderek artış göstermiştir. Artan sağlık harcamalarına çözüm olarak, kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması ve finansmanı ile ilgili konular üzerine yoğunlaşmıştır.

Tablo 8- Yıllara göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı

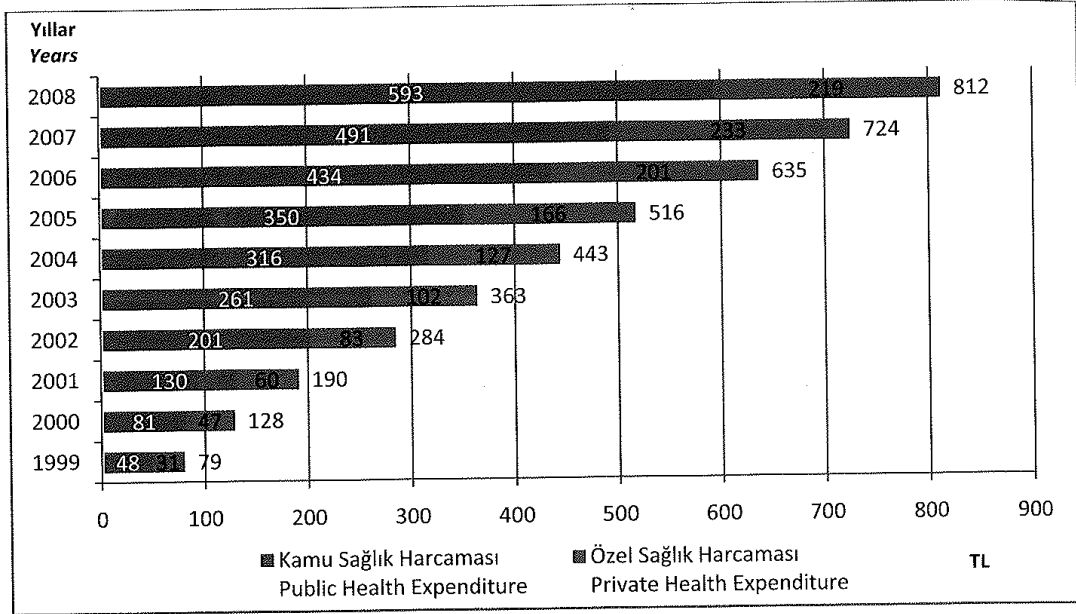


Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara, 2009, s.125

Tabloda, ülkemizde devletin her geçen yıl sağlık sistemi içerisinde yapmış olduğu harcamaların bir artış içerisinde olduğunu göstermektedir. Özellikle son yıllarda bu artış dikkat çekicidir. En son 2008 yılı in kamu ve özel sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla(GSYİH) İçindeki payı % 6, 8'dir. Gelişmiş ülkelerde bu oran %10'ların üzerindedir. Ülkemiz açısından büyük kaynak ihtiyacı olan sağlık sektörünün en önemli sorunu finansman sorunudur.

Ayrıca Tablo 9'da görüleceği üzere yıllara göre kişi başı kamu ve özel sağlık harcamalarında da artışlar izlenmektedir. Hem kamu hem de özel sektör harcamalarında artış gözlenmektedir.

Tablo 9- Yıllara göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara, 2009, s.126

6.2. Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı üç ana kaynaktan sağlanmaktadır. Bunlar genel bütçe gelirleri, sigorta primleri ve kişilerin sağlık hizmeti karşılığı olarak yaptığı direkt kişisel harcamalardır Genel bütçenin payı % 34,1, sigorta primlerinin payı % 16,9 ve direkt kişisel harcamaların ise % 49 gibi önemli bir miktardır.¹⁴¹ Türkiye’deki sağlık sistemi karma bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Türkiye’de insanlar sağlık hizmetlerini kamu kuruluşlarından ve özel sağlık kuruluşlarından almaktadırlar.

Sağlık güvencesi kapsamında olan insanların bir kısmı primler karşılığı hizmetten yararlanırken, bir kısmı devletçe karşılanmaktadır. Herhangi bir sağlık

¹⁴¹Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi, Finansman ve Örgütlenme, s.76

güvencesi olmayanlar doğrudan kendileri ödeme yaparken, ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık harcamaları ise çeşitli fon gelirlerinden yine devletçe karşılanmaktadır.

Ayrıca ülkemizde Genel Sağlık Sistemi (GSS) ile sağlık hizmetlerinin kapsamı tüm vatandaşlar için Emekli Sandığı iştirakçilerine sunulan seviyeye çıkartılmıştır.¹⁴² Böylece sunulan sağlık hizmetinin kapsamı genişletilmiştir. GSS, ülkemiz vatandaşlarını Türkiye’de bir yıldan fazla kalan yabancıları, sığınmacıları ve 18 yaş altı kişileri GSS içerisine almaktadır. Ancak er, erbaş ve hükümlüler bu kapsamın dışında bulunmaktadır.

6.3. Sağlık Hizmetlerinde Kaynak Harcamaları

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı için yapılan harcamaların iki sektör tarafından yapıldığı; kamu sektörü ve özel sektör tarafından karşılandığı görülmektedir. 2000 yılı, toplam sağlık harcamalarının %62.93 ünü, genel sağlık harcamalarının %64.34 ünü kamu sektörü harcamalarının oluşturduğu görülmektedir.¹⁴³ Toplam sağlık harcamalarının kamu ve özel sektör ayrımına baktığımızda kamu sektörünce yapılan sağlık harcamalarının özel sektöre göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kamu sektörü sağlık harcamalarını merkezi yönetim, yerel yönetim ve sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Özel sektör harcamalarını ise çoğu kez insanların ceplerinden yaptıkları ödemeler, özel sağlık sigortalarının harcamaları oluşturmaktadır.

7. DİĞER ÖNEMLİ SORUNLAR

7.1. Mevzuat Sorunu

Ülkemizde sağlık alanındaki kurum ve kuruluşların uymak zorunda oldukları Kanunların birçoğu Cumhuriyetin ilk yıllarında çıkarılmış ve ne kadar düzeltme yapılsa da çağın gereklerine cevap verememektedir. Özellikle hastaneler için

¹⁴² S.N, Sülkü, Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara, 2011, s.28

¹⁴³ Yurdadoğ, s.594

bağlayıcılığı yüksek olan YTKİY'nin büyük revizyona veya değişime ihtiyacı vardır. Teni teşkilat yasası ile arasında uyum sorunu bulunmaktadır ve yetersiz gelmektedir.

Yine aynı şekilde 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 24.01.1930 yılında çıkarılmış bir yasadır. O günkü şartlara göre hazırlanan ve anlaşılması güç bir yazım dili kullanılan bu yasanın mevzuat açısından bir sorun olduğu ortadadır. Aynı şekilde 4.4.1928 yılında yürürlüğe giren Tababet ve Şuabat-ı San'atlarını Tarzı İcrasına Dair Kanun hala kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin mesleki icrası ve meslek gruplarının tanımlandığı, unvanların ifade edildiği bu Kanun da günümüz mevcut sağlık sisteminin ihtiyaç ve beklentilerine cevap vermemektedir.

Sağlık Bakanlığını teşkilat yapısıyla alakalı 14.12.1983 tarihinde yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmündeki Kararname yeni sisteme geçişle beraber 2.11.2011 tarihinde yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki 663 sayılı Kanun Hükmündeki Kararname ile mülga haline gelmiştir.

7.2. Fiziki Yapı Sorunları

Fiziki yapı sorunları içerisinde ilk sorun hastane konumu ile alakalı sorundur. Hastanelerin zemin etütleri çok iyi şekilde yapılmalı ve dere yatağı, deprem fay hattı gibi noktalar üzerine yapılmamalıdır. Ayrıca yapı denetimi konusundaki mevzuatlara uygun bir şekilde yapılmalıdır. Son yıllarda yaşanan depremler kamu binalarının özellikle hastanelerin fiziki manada çok sağlam olmadıklarını göstermiştir. Fiziki yapısı sağlam olmayan hastanelerde iyi bir sağlık hizmetinin sunulması beklenmemelidir.

Hastane arsaları için toz, toprak ve gürültüye maruz kalınmayacak yerler öncelikli olarak tercih edilmelidir. Bataklık ve devamlı olarak sisli yerlerden uzak, depreme karşı dayanıklı zeminler aranmalıdır. Ayrıca bol güneş alan, güzel manzaralı olmalı, su ve kanalizasyon tertibatı gibi altyapı imkânları bulunmalıdır. Hastane konum olarak merkeze ve ana yollara yakın ve yeterli büyüklükte olmalıdır.¹⁴⁴ Uzaklıktan dolayı hastaneye ulaşımında yaşanan güçlükler trafik kazası,

¹⁴⁴ Mutlu, Sağlık Binaları ve Hastaneler, s.35

acil müdahale gibi durumlarda önem arz etmekte ve hastaların ve çalışan personelin hastaneyi tercih etmesinde önemli bir etken olarak gözükmektedir. Örneğin Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi

Geniş arsa temini de önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Yeterli büyüklükte hastane yapımı veya hastanelerin kapasite artırımı (yatak sayısı artırımı), ek bina yapımının tamamı geniş arsaya bağlıdır. Refakatçilerle birlikte 10-15 kişinin kaldığı sağlıklı olmayan hasta odalarının yerine çağın gerektirdiği bir, iki, üç kişilik hasta odaları ve refakatçi odaları, ortez-protezlaboratuvarları, hidroterapi üniteleri, anjio birimleri, yoğun bakım merkezleri, yanık ünitelerinin yapımı ancak geniş arazilerle mümkündür.

Hastane ortamında ortaya çıkan sorunlardan biriside hizmeti en optimum şartlarda yapmayı sağlayacak aydınlatma sorunudur. Renklerin ışığı yansıtma bakımından koyu renkli zeminler görüş alanı dışındaki ışıklandırmayı azaltır, açık renkli zeminler ise tersi bir etki gösterir.

Bir diğer sorun ise atmosferik koşullardan kaynaklan sıcaklık, nem gibi sorunlardır. “Hava birçok özellikleriyle insan çalışmasını etkiler. Birey havayı soluklar ve bütünü ile havanın içinde bulunan bir cisim olarak çalışır, dinlenir, hayatını idame ettirecek birtakım davranışlarda bulunur.”¹⁴⁵ Sağlıklı bir hastane ortamında çalışılabilmesi için uygun bir havalandırma sistemi bulunmalıdır, çünkü uzun süreli olarak kapalı mekânda kalmak hava bileşenini bozacak insan sağlığı için gerekli oksijen miktarı azalacaktır. Normal değerlerden farklı bozulmuş hava bileşeni insan sağlığını bozar ve çalışanlar ve hastalar açısından olumsuz etkiler yapar. Personelin çalışmasını, davranışlarını etkiler.

Hastane ortamlarındaki nem oranı, sıcaklık, hava basıncı hastaların ve personelin çalışmalarını ve davranışlarını etkileyen diğer bir etmenlerdir.¹⁴⁷ Artık hastanelerde bu tür sıcaklık, nem, havalandırma gibi iklimsel işlemsel merkezi bir sistemle yapılmakta, hastanenin birimleri ayrı ayrı birbirlerinden bağımsız şekilde

¹⁴⁵ Eren, Yönetim ve Organizasyon, s.178

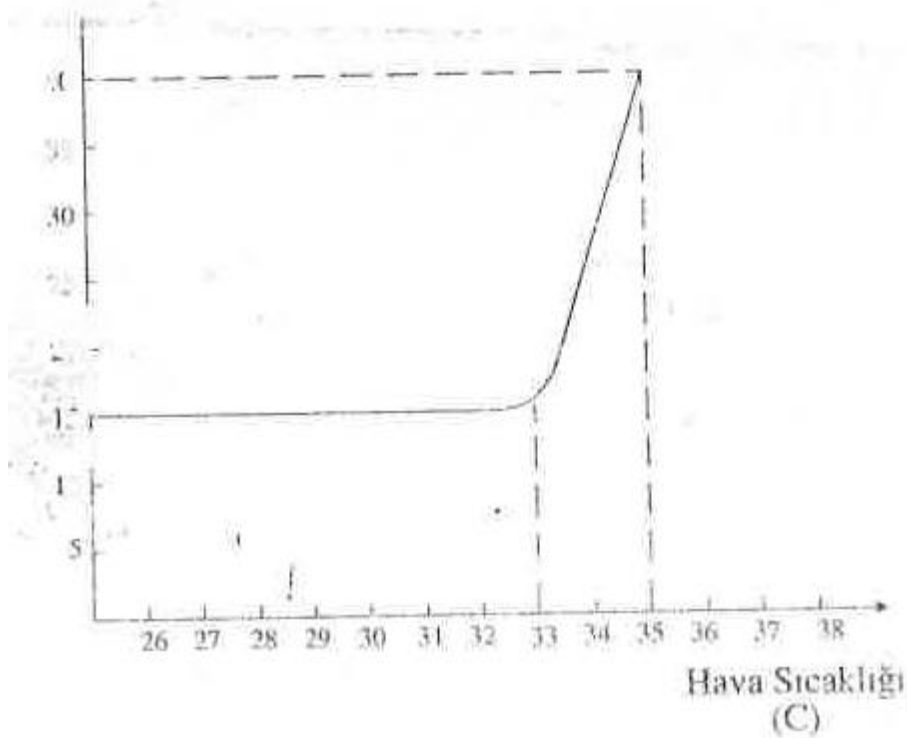
¹⁴⁶ Eren, Yönetim ve Organizasyon, s.181

¹⁴⁷ Eren, Yönetim ve Organizasyon, s.181

ayarlanabilmektedir. Hastane içerisinde sıcaklığın biraz fazla olduğu alanlar birimine göre özellikle ameliyathane için risk teşkil etmekte enfeksiyonlara davetiye çıkarmaktadır. Havadaki nem oranı, havanın sıcak olduğu günlerde sıcaklığı daha fazla hissettirir, soğuk zamanlarda ise olduğundan daha soğuk hissedilmesini sağlar o yüzden nem oranı ve sıcaklık belirli bir seviyede tutulmalıdır.

Amerika’da yapılan bir araştırmaya göre ortalama sıcaklığın kış aylarında 19C, yaz aylarında 19C-24C arasında olması gerektiği sonucuna varılmıştır. Bir diğer sonuç da nem oranı ile alakalıdır. En uygun oranın 0.030-0.070 arasında olması gerektiği sonucuna varılmıştır. Çok nemli havaların uygun olmadığı gibi çok kuru havalar da uygun çalışma ortamı değildir.¹⁴⁸Yine ABD’de yapılan bir başka araştırmada normal hata sayısının 24C-32C arasında değişmediği, fakat 33C’den sonra hata sayısında hızlı artışlar gözlenmiştir.

Şekil 9 – Hava Sıcaklığı Değişikliğinin Günlük Ortalama Hata Sayılarına Etkisi



Kaynak: Erol Eren, Yönetim ve Organizasyon, İstanbul, 2011, s.185

¹⁴⁸ Eren, Yönetim ve Organizasyon, s.183

Yine aynı şekilde yüksek sıcaklık ortamında çalışmada geçen her saat hata yapma oranını artırmaktadır. Bu fark ilk saatlerde daha az, ilerleyen saatlerde artan biçimde seyretmektedir. Aksi yönde hava sıcaklığının düşerek normale yaklaşması durumunda ise aynı oranda hata sayısı azalmaktadır.¹⁴⁹

Hastane gibi direkt işi insan sağlığı olan kurumlarda sıcaklık artımı verimi düşürecek, telafisi imkânsız hataların meydana gelmesine sebep olacaktır. Personel üzerinde yapılan bu hatalardan dolayı sinirlilik, iş tatminsizliği, yorgunluk iş kalitesinde bozukluk ve baş ağrılarının olması kaçınılmaz olacaktır. Hastaneler fiziki mekânları ve ortamları ile bir bütündür. Sıcaklık, nem, basınç, havalandırma, filtrasyon bunların hepsinin uygun koşullarda olması lazım ki çalışanlardan en iyi verim alınabilsin. Bu fiziki yapıdan kaynaklanan uygun olmayan ortamlarda çalışmalarından dolayı personel astım, nefes darlığı, pnömokonyoz, akciğer kanseri vb. hastalılara yakalanmaktadırlar. Özellikle hastane arşivlerini buna örnek gösterebiliriz. Genellikle zemin veya bodrum katlarda ısı ve nem oranı ayarlanmamış, havalandırması yeterli olmayan, gün ışığından yeterince faydalanmayan bu odalar sayılan hastalıklara davetiye çıkarmaktadır.

Bir diğer sorun ise gürültüdür. Hastane projeleri yapılırken gürültüden uzak olma durumu mutlaka dikkate alınmalıdır. Gürültünün çalışma düzeni bozucu etkileri göz ardı edilmemelidir. Hem çalışan hem de hastanede yatan hastalar açısından önem arz eden gürültünün önlenmesi için hastane zeminleri gürültüyü emecek şekilde esnek yapılmalı, sesin izole edilmesi için tavan ve duvarların uygun malzemelerle kaplanması gerekmektedir.

Deprem fay hattı, dere yatağı gibi konumlar üzerine yapılan hastaneler zaten yetersiz olan fiziki mekân durumunun gelişmesine, büyümesine engel teşkil etmektedir. Türkiye’de kamu hastane binalarının yapımında spesifik olarak uzmanlaşmış kişiler ve kuruluşlar yoktur. Kamu hastanelerinin projeleri Sağlık Bakanlığı ve Çevre ve Şehircilik Bakanlığınca hazırlanmakta 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu hükümlerine göre yapılmaktadır. Bu durum ihaleyi alan firma tarafından kâr amacı güdüldüğünden hastane inşasında kaliteden ziyade ucuzluk ön

¹⁴⁹ Eren, Yönetim ve Organizasyon, ss.184-185

plana çıkmaktadır. Yalnız son dönemlerde, yapılan protokollerle Toplu Konut İdaresi Başkanlığı (TOKİ) eliyle yapılan hastanelerde mevcuttur.

Diğer sağlık binalarının yanında kamu hastaneleri için de önemli stratejik kararlar alacak konumda olması gereken Sağlık Bakanlığı, konuya uzaktır. Türkiye'nin her tarafında genellikle dört deprem ve üç ısı bölgesi dikkate alınarak hazırlanmış olan tip projeler uygulanmaktadır.¹⁵⁰ Projelerdeki eksiklikler veya yüklenici firma yüzünden onarım ve tadilat işleri hastane hizmete açıldığı andan itibaren başlamakta, hastane projesi üzerinde değişikliklere gidilmektedir. Teknik hizmetlerin yeteri kadar önem kazanmadığı ve yeterli sayıda mühendis tekniker, teknisyen gibi teknik elemanları istihdam edilmediğinden rutin kontroller bakımlarda yapılamamakta, arıza durumlarında ancak müdahale edilerek hatırlanmaktadır.

7.3. Dış Çevreden Kaynaklanan Yönetim Sorunları

Kamu hastaneleri açık sisteme sahip çevre ve sosyal gruplar ile ilişki içerisinde bulunan kurumlardır. Hastane dışındaki tüm gruplar, hastaneler için dış çevre sorun kaynağı olabilmektedir. Meslek grupları, mali güç sahipleri hastane için her zaman baskı grubu olmuşlardır.

Hastanelerde görülen adam kayırma, aracı birilerine başvurma yönetimlerine oldukça sık rastlanmaktadır. Hastane yönetim ilişkilerinde bir yozlaşma görüntüsü olarak kabilecilikten bahsedilebilir.¹⁵¹ Bürokratik ve ya siyasi güç hastaneler için daha önceleri olduğu gibi günümüzde de en büyük sorunlardan bir tanesini oluşturmaktadır. Hizmet satın alma yöntemiyle hastanelere alınan taşeron işçi, güvenlik, büro personeli, kat sekreterleri gibi elemanlar siyasi iktidara sahip güçler tarafından belirlenmekte, liyakat ve başka bir değerlendirme göz önüne alınmamaktadır. Bu insanların işe alınma durumları bir sorun, işe girdikten sonra uygun şekilde çalıştırılmaları, onlar üzerinde etkinin sağlanabilmesi ikinci bir sorundur.

¹⁵⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, 1993, s.21

¹⁵¹ O. Pazarcık-G. Çoygun, Kamu Bürokrasisinde Organizasyon Sorunları, Verimlilik ve Etkinlik, Ankara, 1985, s.39

Hastane yönetimleri, bulunduğu bölgenin siyasi, kültürel, demografik yapısını dikkate alan gereken tedbirleri alarak dış evre sorunlarını en aza indirmeli ve çalışanlara bu sorun ve baskıları yansıtmemalıdır.

SONUÇ

Son yıllarda diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe önemli gelişmeler sağlanmıştır. Sağlıkta dönüşüm programları çerçevesinde tıbbi, toplumsal, bilimsel ve politik yenilikler gözlenmiştir.

Günümüzde hastaneler çok daha karmaşık bir yapıya bürünmüştür. Kamu hastanelerinin belirlenen amaçlara erişebilmesi için modern bir yönetim şeklinin belirlenmesi gerekmektedir. İyi ve modern bir yönetim ancak başarıya ulaşabilir. Bunun için tüm yönetim fonksiyonlarını, personel, araç-gereç tıbbi cihaz ve ekipmanlarını en iyi ve en uygun şekilde kullanılmalıdır. Esasında günümüzde yaşanan birçok sorunun temelini kötü yönetim şekilleri oluşturmaktadır.

Ülkemizdeki kamu hastanelerinde, tıbbi hizmetler ve diğer alanlarda idareciler genelde hekim grubundandır. Tıp eğitimi formasyon olarak tıp ağırlıklı olup, yönetim bilimlerine ait uygulamalara çok az rastlanmaktadır ve sonucunda yönetim sorunları yaşanmaktadır. Kamu hastanelerinde ve diğer sağlık kuruluşlarında idari görevlerde bulunan hekim sayısı yadsınamayacak sayıdadır. Binlerce hekim ihtiyacının olduğu ülkemizde, hekimlerin asli görevleri olan tıbbi hizmetlerinin sunumunda görev alması, hastane yönetimlerinin modern bir anlayışla yönetim veya hastane yöneticiliği konusunda eğitim almış kişilerin yönetiminde olması daha doğru bir karar olacaktır.

663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı sil baştan yenilenmiş, yeni uygulamalar ve yönetim şekilleri oluşturulmuştur. KHB kurulmasına ilişkin yasanın çıkmasıyla birlikte ilgili birlik kapsamındaki sağlık kurumlarında bulunan baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdürü ve müdür yardımcısı kadrolarında bulunanların bu görevleri sona erdirilerek araştırmacı kadrolarına alınmış, yerlerine yeni sözleşmeli idareciler atanmıştır. Bu uygulamayla kamu hastanelerinin eski yönetim şekli ve tüm idarecileri bir anda değiştirilmiş sağlık hizmetinin sunumu noktasında yapılan ayrışmayla tedavi edici sağlık hizmetleri, yani hastaneler ayrı bir yönetim yapısına kavuşmuştur.

Kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumu için, kamu hastanelerinin, özellikle idari-mali konularda daha özerk davranması, kamu kaynaklarının bütün hastaneler için tek bir noktadan etkin ve verimli kullanılmasının teminine yönelik bir yapılanma planlanmıştır. alışan personel sayısı ve btleri açısından kamu hastaneleri ile ilgili yapılan düzenlemelerin olumlu ve olumsuz yönleri mevcuttur. Özellikle il merkezlerinden ziyade küçük ilçelerde bulunan hastaneler genel sekreterlikler tarafından desteklenmekte ve güçlendirilmektedir. Sorunların tespiti ve çözümü mahallinden yapılmakta hastaneler arasında daha iyi koordinasyon sağlanmaktadır. Yeni yasa özellikle performans değerlendirmelerine önem vermekte her kuruma düzenlenen performans karnesinden geçer not alamayan, belirlenen hedeflere ulaşamayan hastane idarecilerinin sözleşmeleri fesh edilmektedir.

Ancak, yeni yapıda da değerismeyen ve ya daha da çok gördüğümüz yüksek maaşla çalışan idareci atamaları ve görevlendirmeleri de bu KHK'nın kamu hastaneleri açısından olumsuz yönünü teşkil etmektedir. Büyük yetkilere sahip genel sekreter de dahil olmak üzere bütün idareci atamalarında belirleyici, objektif bir kriter bulunmayıp, genel, standart bazı şartların yerine gelmesi yeterli olmaktadır. Standart olarak en az lisans mezunu olmak yeterli gelmekte sadece genel sekreter ve başkanlılar için 8 ve 5 yıl iş tecrübesi istenmektedir.

Bunun dışındaki müdürlükler, müdür yardımcılıkları ve uzmanlıklar için bir kıstas bulunmamaktadır. Bununla beraber sağlık sektörü dışından, kurum dışı atamaların da yapılmasına müsaade eden bu düzenleme bazı yönleri ile siyasi ortama zemin hazırlamaktır. Hatta son dönemlerde kamu hastaneler birliğinde yüksek ücretle sözleşme imzalayarak idareci ve aynı zamanda merkez teşkilatta da yönetici olarak iki görevi aynı anda yapanlar bulunmaktadır. KHB'de yapılan atama ve görevlendirmeler, liyakat ilkeleri veya belirlenen objektif kriterlere göre şeffaf olarak yapılmalıdır.

2005 yılında yayımlanan 5283 sayılı Kanunla lkemizdeki kamu hastaneleri SSK hastaneleri dâhil tek çatı altında birleştirilerek çok başlılığa son verilmiştir. Yine yapılan düzenlemelerle özel hastanelere müracaatın n açılarak kamu hastanelerinde görülen hasta yığılmalarının önüne geçilmeye çalışılmıştır.

2004 yılında yayımlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanmaya gidilmiştir. Hastaların ikinci basamak sağlık hizmeti sunan hastanelere gereksiz olarak direkt başvurularını biraz olsun engellemek için hastaların ilk müracaat yeri olarak belirlenen aile hekimliği birimleri açılmıştır. Aile hekimliği uygulaması önce pilot illerde uygulanmış daha sonra tüm Türkiye’de uygulamaya konmuştur. Aile hekimliği uygulaması ve SUT’da yapılan bazı ekonomik engellemelere rağmen birinci basamakta tedavisi mümkün olan birçok hasta, hastanelere müracaat etmekte ve gereksiz yığılmalara ve randevulara sebep olmaktadır. GSS ile kamu sağlık harcamalarında ki artışa paralel olarak özel sektörünün sağlık hizmetlerinin sunumundaki payında da artış olmuştur. Bu durum Türkiye’de sağlık hizmetlerinden faydalanan vatandaşların sayısını oldukça artırmıştır.

Kamu hastaneleri, hastane gelirlerini artırmak için sunulan tedavi hizmetlerinin çeşitliliğini artırmaktadır. Büyük kamu hastanelerine büyük bütçeler ayrılmakta ve iyi bir gelire sahip bulunmaktadırlar. Yapılan harcamalar ve ihalelerde maliyet etkinlik kriteri her zaman göz önünde bulundurulmalı, kaynak israfından kaçınılmalıdır.

Kamu hastanelerinde görevli personellerin, diğer özlük haklarında olduğu gibi gelirlerindeki ücret yetersizliği de başka bir konudur. Bu dönemde getirilmiş olan performansa dayalı ek ödeme sisteminin faydası özellikle hekimler açısından önemlidir. Göstermiş oldukları performans ölçüsünde döner sermaye geliri kazanan hekimler, bir rekabet içerisinde bulunmuşlar; bu anlamda hastaneye yatan hasta sayısında, yatak işgal oranlarında artışlar gözlenmiştir. Hekim odaklı bir performans sistemi diğer sağlık çalışanları açısından olumsuzluklar içermektedir. Sağlık hizmeti bir ekip işi olmasına karşın çoğu personel ek ödeme konusunda sadece sabit ek ödemesini alabilmekte performansa dayalı ek ödeme sistemi adaletsiz bir şekilde uygulanmaktadır. Sağlık çalışanlarının ücret dengesizliğini giderecek, adil bir ücret politikası yürütülmelidir.

Yeni teşkilat yasası ile kurum yeniden yapılandırılmış ve hala düzenleyici mevzuat yayımlanmaya devam etmektedir. Ancak sağlık alanında kullanımda olan mevzuat çok eski olduğundan günün şartlarına uymamakta; birçok yasa, yönetmelik

veya genelge kendi içerisinde çelişki yaşamaktadır. Bütün bu olumsuzlukların önüne geçmek için, sağlıkla alakalı her kesimin katılımıyla oluşturulacak bir komisyon yada kurul mevzuat çalışması yürütmeli ve sağlık alanındaki mevzuatlar yenilenerek birbiriyle uyumlu hale getirilmelidir.

Ülkemizde sağlık personelinin sayı ve dağılımı konusunda sorunlar mevcuttur. Sağlık Bakanlığı ve TKHK standart kadro ve PDC çalışması yapmakta ancak bunun tam anlamıyla uygulanma imkânı bulunmamaktadır. Mevcut personelinin, ülke genelinde dengesiz dağılımının yanında bazı unvan ve branşlarda personel ihtiyacı da mevcuttur. Doğu, Güneydoğu Anadolu bölgesinde personel ihtiyacı fazla iken batıda özellikle büyükşehirlerde yığılmalar gözlenmektedir. Özellikle hekim, ebe ve hemşire konusunda sıkıntılar mevcuttur. Personelin daha geri bölgelerde istihdamına yönelik özendirici kararlar alınmalıdır. Bununla alakalı rasyonel kararlar alınarak, gelecekte benzer personel sıkıntıları yaşamamak adına, diğer meslek gruplarından personeline dikkate alındığı personel politikaları belirlenmelidir. Son yıllardaki olumlu gelişmelere rağmen hasta ve hasta yatağı açısından da ülkemizde benzer bir durum yaşanmaktadır.

Sağlık personelinin mesleki anlamda yaşamış olduğu iş stresi, fazla çalışma saatleri, şiddet, yoğun iş yükü, bulaşıcı hastalık riski, gibi faktör nedeniyle tükenmişlik oranı oldukça yüksek seviyelerdedir. Hükümetin, yıpranma payı olarak ifade edilen fiili hizmet zammı kanununu, bütün sağlık personelinin kapsayacak şekilde bir an önce hayata geçirmelidir.

Hastane idarecileri, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını iyileştirecek tedbirler almalıdır. Personelin kendi alanlarıyla alakalı konularda çalışanlara söz hakkı tanınmalı ve onların yönetime katılmalarını sağlamalıdır.

Türkiye’de kamu hastaneleri modern ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu için faaliyet gösterirken Sağlık Bakanlığı merkezi teşkilat olarak koordinasyon ve gerekli denetimleri yapan süreci takip ederek her hangi bir problem durumunda çözüme yönelik yeni politikalar üretmelidir.

KAYNAKÇA

- Ak, B., Hastane Yöneticiliği, Ankara, 1990
- Ak, B., Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara, 1990
- Ak, B.-Akar, Ç., “Hastane Amaçları”, Sağlık Yönetimi Dergisi, S.6- Ankara, 1988
- Ak, B.-Akar, Ç., “Hastane Kavramı”, Sağlık Yönetimi Dergisi, S.3- Ankara, 1987
- Baransel, A., Çağdaş Yönetim Düşüncesinin Evrimi, İstanbul, 1993
- Dinçer, Ö., Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, İstanbul, 1998
- Eren, E., Yönetim Psikolojisi, İstanbul, 1993
- Eren, E., Yönetim ve Organizasyon, İstanbul, 2011
- Genç, N.-Demirdöğen, O., İşletme El Kitabı, Erzurum, 1994
- Gür, M., Ders Notları, Ankara, 1988
- Kamu İhale Kurumu, Kamu İhale Kanunu, 2002
- Kamu İhale Kurumu, Mal Alımları Denetim Muayene ve Kabul İşlemlerine Dair Yönetmelik, Ankara, 2002
- Karaca, H., “Hastaneler ve Yönetimleri”, Sağlık Yönetimi Dergisi, S.1, Ankara, 1987
- Karaca, H., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu Yıllığı, Ankara, 1984
- Karahan, A., “Hastanelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Sosyal Bilimler Dergisi, C. X, S. 1, Afyonkarahisar, 2008
- Karakılçık, Y., Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Malatya, 1997

- Kıral, A. H., Hastane İşletmeleri Yönetiminde Temel Bilgiler, Ankara, 1976
- Kıral, A. H., “Türkiye’de Sağlık İdareciliğinin Tarihsel Gelişimi”, Sağlık Yönetimi Dergisi, S.7, Ankara, 1989
- Koçel, T., İşletme Yöneticiliği, İstanbul, 2011
- Kozak, İ. E., Bir Sosyal Siyaset Müessesesi Olarak Vakıf, İstanbul, 1985
- Maliye Bakanlığı, Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında, Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara, 2011
- Mortan, K.-Tokgöz, T., Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi, Ankara, 1984
- Mutlu, A., Sağlık Binaları ve Hastaneler, İstanbul, 1973
- Mutlu, A., Sağlık Ekonomisi ve Politikaları, İstanbul, 2002
- Oğuz, F., Halkla İlişkiler ve Sağlık Sektörü, İstanbul, 2001
- Özdaş, D.Ö., Diş Hekimlerinin Diş Hekimliği Hizmetinde Rekabet ve Reklama Yönelik Değerlendirmeleri, İstanbul, 2001
- Özdemir, M., Sistemler Yaklaşımı Açısından Hastane Organizasyonu ve Yönetimi, Erzurum, 1988
- Özdilek, Ş.-Akgün, N., Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, Ankara, 1970
- Öztürk, Z.-Yüksel, A-Sakabaş, İ., Sağlık Hizmetleri ve Çalışanlar Açısından Yasal Düzenlemeler, Ankara, 1996
- Pazarcık, O.-Çoygun, G. Kamu Bürokrasisinde Organizasyon Sorunları, Verimlilik ve Etkinlik, Ankara, 1985
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Hastane Roller, Ankara, 2009
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliği, Ankara, 2010,

- T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastane Birlikleri 2014, Ankara, 2014
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığına Bağlı İlçe Devlet Hastanelerinde Entegre Sağlık Hizmeti Sunulmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge, Ankara, 2011
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara, 2009
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Tababet Uzmanlık Yönetmeliği, Ankara, 1974
- T.C. Sağlık Bakanlığı, THSK Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları İle Kadro Standartları Hakkında Yönerge, Ankara, 2012
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, Ankara, 2011
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlık Reformu, Ankara, 1992
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, 1993
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Ankara, 1995
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Ankara, 1983
- Seçim, H., Hastane Yönetim ve Organizasyonu. Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, Eskişehir, 1985
- Sülkü, S.N., Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara, 2011
- Şevki, O., Beşbuçuk Asırlık Türk Tabâbeti Tarihi, Ankara, 1991
- Şimşek, M.Ş. - Çelik, A., İşletme Bilimine Giriş, Konya, 2012
- Şimşek, M.Ş. - Çelik, A., Yönetim ve Organizasyon, Konya, 2012
- Tokat, M., Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi, Finansman ve Örgütlenme, Ankara, 1991

- Tokat, M., Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı, Ankara, 1993
- Tonbul, Z.-Forta, Ö., Tarihi Hastaneler, İstanbul, 2009
- Yazıcı, M., Örgütlenme İlkeleri, İstanbul, 1978
- Yıldırım, İ., Yönetim Bilimleri Ders Notları, Sivas, 1997
- Yurdadoğ, V., “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C.16, S. 1, Adana, 2007
-, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>,
(18.06.2014)
-, <http://www.tkhk.gov.tr/TR,3490/saglik-bakanligina-bagli-turkiye-kamu-hastaneleri-kurum-.html>, (21.05.2014)
-, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html>, (01.09.2014)
-, <http://www.beyoglubirlik.gov.tr/sayfa/organizasyon-semasi.html>, (01.09.2014)
-, <http://thsk.saglik.gov.tr/kurumsal/organizasyon-teskilat.html>, (01.09.2014)
-, <http://acikogretimx.com/konu-anlatimlari/genel-isletme-kitabi/isletme-unite-7.html>, (01.09.2014)
-, <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm>, (29.07.2014)
-, <http://www.mersinhsm.gov.tr/TeskilatSemasi.aspx>, (01.09.2014)
-, <http://www.konyasm.gov.tr/icerik/detay/155>, (01.09.2014)
-, <http://www.tkhk.gov.tr/TR,24/teskilat-semasi.html>, (01.09.2014)

ÖZGEÇMİŞ

23 Aralık 1975 tarihi Kahramanmaraş İli Andırın İlçesi doğumluyum. İlk ve Orta tahsilimi aynı ilçede, Lise tahsilimi ise Osmaniye Sağlık Meslek Lisesinden 1994 yılında mezun olarak tamamladıktan sonra 1995 yılında Sağlık Memuru olarak meslek hayatına başladım. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümünden 2001 yılında mezun oldum. Halen Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğünde Personel Müdürü olarak görev yapmaktayım. 2013 yılında Beykent Üniversitesi İşletme Yönetimi Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladım.

Evli ve bir çocuk babasıyım.

Tahsin GÖKDAL