

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**TÜRKİYE'DE YENİDEN YAPILANMA SÜRECİNDE
KAMUYA AİT SAĞLIK KURULUŞLARININ
STRATEJİK POLİTİKA ALTERNATİFLERİ**

133847

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Hatice ERDEN**

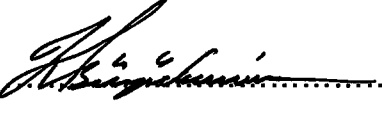
**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Kamil BÜYÜKMİRZA**

T133847

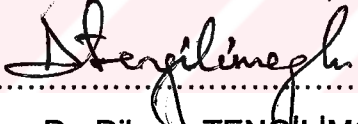
Ankara – 2003

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hatice Erden'e ait Türkiye'de Yeniden Yapılanma Sürecinde Kamuya Ait Sağlık Kuruluşlarının Stratejik Politika Alternatifleri adlı çalışma, jürimiz tarafından Hastane İşletmeciliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan.....
Prof. Dr. Kamil BÜYÜKMİRZA (Danışman)

Üye.....
Prof. Dr. Metin Kamil ERCAN

Üye.....
Doç. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
I. GİRİŞ.....	1
II. GENEL BİLGİLER	3
1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ	3
1.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ.....	3
1.2. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YAPISI	13
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	14
1.4. TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN FİNANSMAN KAYNAKLARI	14
1.5. KAMU SAĞLIK HARCAMALARINI OLUŞTURAN KURUM VE KURULUŞLAR.....	15
1.6. TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI	16
1.6.1. Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamaları	16
1.6.2. Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamaları ve GSMH İçindeki Payı	17
1.6.3. Kamu Kurumlarının Kişi Başına sağlık harcamaları.....	19
1.6.4. Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarında Sağlık Bakanlığının Payı	20
1.7. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TEMEL SORUNLARI	21
1.7.1. Siyasi Kaynaklı Sorunlar.....	22
1.7.2. Organizasyon Sorunları	23
1.7.3. Finansmana ilişkin Sorunlar.....	23
1.7.4. Sağlık Statüsüne ilişkin Sorunlar	24
1.7.5. Hizmet Sunumuna ilişkin Sorunlar	24
1.7.6. Sağlıkta İnsan Gücüne ilişkin Sorunlar	25
1.7.7. Sağlık Politikasına ilişkin Sorunlar	25
2. STRATEJİ KAVRAMININ TANIMI VE KAPSAMI	26
2.1. STRATEJİK YÖNETİM VE STRATEJİK YÖNETİMİN TEMEL KAVRAMLARI	26

2.1.1. Misyon	27
2.1.2. Vizyon.....	28
2.1.3. Strateji	28
2.1.4. Politika	30
2.2. İŞLETMELERDE STRATEJİK YÖNETİM	30
2.3. SAĞLIK BAKIM KURULUŞLARININ STRATEJİK YÖNETİMİ.....	31
2.4. SAĞLIK KURUMLARINDA UYGULANAN BAŞLICA STRATEJİLER	37
2.4.1. Yönelim stratejileri	38
2.4.2. Uyum sağlama stratejileri	38
2.4.3. Pazara girme stratejileri.....	39
2.4.4. Pozisyon Stratejileri	39
2.4.5. Operasyonel Stratejiler	39
2.5. STRATEJİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	41
2.6. SWOT ANALİZİ.....	41
2.6.1. Üstünlük ve Zayıflık Analizi İçin Oluşturulan Kontrol Listesi	44
2.6.2. Fırsat ve Tehdit Analizi İçin Oluşturulan Kontrol Listesi.....	48
2.6.3. SWOT Analizinin Uygulanış Biçimi	50
2.7. BOSTON DANIŞMA GRUBU VE BÜYÜME/ PAZAR PAYI MATRİSİ	54
2.8. HİZMET İŞLETMELERİNİN VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	57
2.9. STRATEJİ UYGULAMA İLKELERİ (DEVİRİM OLARAK STRATEJİ).....	59
2.10. YENİDEN YAPILANMA (RESTRUCTURING)	61
III. ARAŞTIRMA.....	63
1. PROBLEM	63
1.1. PROBLEM DURUMU	63
1.2. PROBLEM CÜMLESİ	64
1.3. VARSAYIMLAR.....	64
1.4. KAPSAM VE SINIRLILIKLARI.....	64
1.5. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	65
2. MATERYAL VE METOT	65
2.1. EVREN VE ÖRNEKLEM	65

2.2. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ	66
2.3. YÖNTEM	67
IV. BULGULAR.....	68
1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNİN DİŞ ÇEVRE ANALİZİ	68
1.1. KÜRESEL DİŞ ÇEVRE	68
1.2. ULUSAL DİŞ ÇEVRE.....	71
1.2.1. Hukuki ve Politik Çevre Faktörleri.....	71
1.2.2. Finansal Çevre Faktörleri.....	71
1.2.3. Teknolojik Çevre Faktörleri	73
1.2.4. Sosyal ve Kültürel Çevre Faktörleri	75
1.2.5. Ekonomik Faktörler.....	78
1.2.6. Diğer Faktörlerin Etkisi	82
1.3. İŞ ÇEVRESİ FAKTÖRLERİ.....	82
1.3.1. Sağlık Sektöründe Pazar Analizi ve Tüketiciler	82
1.3.2. Sağlık Sektörü Talep Sistemi.....	83
1.3.3. Sağlık Sektörü Arz Sistemi	83
1.4. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PAZAR PAYI	84
2. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ REKABET ANALİZİ.....	85
3. ANKARA ÜNİVERSİTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ İÇ ÇEVRE ANALİZİ ..	89
3.1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNE İLİŞKİN GENEL BİLGİLER	89
3.2. ANKARA ÜNİVERSİTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNİN ORGANİZASYON YAPISINA YÖNELİK FAKTÖRLER.....	92
3.3. ANKARA ÜNİVERSİTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNİN ENFORMASYON YAPISINA YÖNELİK FAKTÖRLER.....	95
3.4. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNİN MÜŞTERİ YAPISINA YÖNELİK FAKTÖRLER.....	103
3.5. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNİN İNSAN KAYNAKLARI	104

3.6. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNİN MALİ ANALİZLERİ	107
3.6.1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesinde Maliyet Analizi Çalışmaları	115
3.6.2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Mali Tablo Analizleri	116
V. TARTIŞMA	133
1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNİN SWOT ANALİZİNE GÖRE FIRSAT VE TEHDİTLERİ	133
1.1. FIRSATLAR	133
1.2. TEHDİTLER	136
2. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNİN SWOT ANALİZİNE GÖRE ÜSTÜNLÜK VE ZAYIFLIKLARI	141
2.1. ÜSTÜNLÜKLER	141
2.2. ZAYIFLIKLAR	144
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	147
1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNDE UYGULANMASI GEREKEN STRATEJİLER	147
1.1. İBN-İ SİNA HASTANESİNİN YÖNELİM STRATEJİSİ	148
1.2. İBN-İ SİNA HASTANESİNİN BÜYÜME STRATEJİSİ	148
1.3. İBN-İ SİNA HASTANESİNİN ÇEŞİTLENDİRME STRATEJİSİ	149
1.4. İBN-İ SİNA HASTANESİNİN HİZMET GELİŞTİRME STRATEJİSİ	150
1.5. İBN-İ SİNA HASTANESİNİN İŞ GELİŞTİRME STRATEJİSİ	150
1.6. İBN-İ SİNA HASTANESİ DURUMU KORUMA STRATEJİSİ	151
1.7. İBN-İ SİNA HASTANESİNİN YATIRIMLARI DESTEKLEME STRATEJİSİ	151
1.8. İBN-İ SİNA HASTANESİ FARKLIlaştırma STRATEJİSİ	152
1.9. İBN-İ SİNA HASTANESİ ODAK STRATEJİSİ	152
1.10. İBN-İ SİNA HASTANESİ HARMANI KALDIRMA STRATEJİSİ	152
1.11. İBN-İ SİNA HASTANESİ İŞ BİRLİĞİ STRATEJİSİ	153

1.12. YENİDEN YAPILANMA VE SÜREÇ YENİLEME STRATEJİSİ.....	154
2. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNDEKİ ZAYIFLIKLARA YÖNELİK STRATEJİLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....	155
2.1. HASTANE ENFORMASYON SİSTEMİ	155
2.2. SAĞLIK TEKNOLOJİSİ.....	161
2.3. KURUMDA İNSAN GÜCÜ KAYNAKLARI	163
2.4. HASTANEDE HİZMET SUNUMU	166
2.4.1. Klinik-hizmet sunumundaki Zayıflıklar	166
2.4.2. Ameliyathane Hizmetlerindeki Zayıflıklar	170
2.4.3. Acil Servis Hizmetlerinde Zayıflıklar	173
2.4.4. Poliklinik Hizmetlerindeki Zayıflıklar.....	174
2.5. HASTANE HİZMETLERİNDE YÖNETİM VE ORGANİZASYON	175
2.6. DIŞ KAYNAK KULLANMA	178
2.7. MALİYET VE MUHASEBE FAKTÖRLERİ.....	179
VII. KAYNAKÇA.....	183
VIII. ÖZET	190
IX. ALMANCA ÖZET (ZUSAMMENFASSUNG).....	191

KISALTMALAR DİZİNİ

AR-GE	Araştırma ve Geliştirme
BAĞ-KUR	Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
DTP	Devlet Planlama Teşkilatı
FÜTZ	Fırsatlar, Üstünlükler, Tehditler, Zayıflıklar
FYS	Fiili Yatak Sayısı
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
JCAOH	Joint Commissions On Accreditation Healthcare Organizations
KİT	Kamu İktisadi Teşebbüsleri
MPM	Milli Prodüktivite Merkezi
MSB	Milli Savunma Bakanlığı
SB	Sağlık Bakanlığı
SWOT	Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Treaths
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
TÜRKAK	Türk Akreditasyon Kurumu
O.Y.S.	Ortalama yatış Süresi
Y.İ.O	Yatak İşgal Oranı
Y.G.S.	Yatılan Gün Sayısı
KBB	Kulak Burun Boğaz
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TSK	Türk Silahlı Kuvvetler
UNİCEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
S.P.G.K.	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Y.T.K.İ.Y.	Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı
UVYK	Uzun Vadeli Yabancı Kaynak
KVYK	Kısa Vadeli Yabancı Kaynak

TKSH Toplam Kamu Sağlık Harcamaları
BCG Boston Danışma (Consulting) Grubu



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.	Kamu Sektörü Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları	15
Tablo 2.	Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamaları Dağılımı	16
Tablo 3.	Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı	17
Tablo 4.	Kamu Kurumlarının Kişi Başına Sağlık Harcamaları	19
Tablo 5.	Sağlık Bakanlığı'nın Bütçe Ödenek ve Harcamaları	21
Tablo 6.	Planlama Sürecinin Planlanması	33
Tablo 7.	Görelî Pazar Payı ve Anlamı	55
Tablo 8.	Boston Danışma Grubu Büyüme Paylaşım Matrisi	56
Tablo 9.	OECD Ülkelerinde Kişi Başına Sağlık Harcamaları	69
Tablo 10.	OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri	69
Tablo 11.	Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ile İlgili bazı Göstergeler	70
Tablo 12.	Gelişmekte Olan Ülkelerde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranları	70
Tablo 13.	Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı	84
Tablo 14.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinin Diğer Üniversite Hastaneleriyle İstatistiksel Olarak Karşılaştırılması	88
Tablo 15.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Mevcut Yatak Durumu	97
Tablo 16.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Yatak Kapasitesinin Kliniklere Göre Dağılımı	99
Tablo 17.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Mevcut Yatak Kapasitesinin Kliniklere Göre Dağılımı 2001 Yılı	101
Tablo 18.	Kliniklerin Hasta Kabul Sayılarının Karşılaştırılması	103
Tablo 19.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Personel Sayısı	105
Tablo 20.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Genel Bütçe Harcamaları	109

Tablo 21	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Döner Sermaye Harcama Kalemleri	110
Tablo 22	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Döner Sermaye Gelir Tablosu	111
Tablo 23.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Döner Sermaye Bilançosu	113
Tablo 24	Ankara Üniversitesi Tıp Fak.İbn-i Sina Hastanesi Rasyo Analizleri	132
Tablo 25.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinin SWOT Analizine Göre Fırsatlar ve Tehditlerin Karşılaştırılması	140
Tablo 26.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinin SWOT Analizine Göre Üstünlüklerin ve Zayıflıkların Karşılaştırılması	146
Tablo 27.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinin Büyüme Stratejisi	153

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	Kamu Sektörü Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları	15
Şekil 2.	Kamu Sağlık Sektörü Toplam Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı	19
Şekil 3.	Stratejik Yönetim Süreci	27
Şekil 4.	Sağlık Kurumlarında Uygulanan Başlıca Stratejiler	40
Şekil 5.	Çevre şartları ile İşletme Kabiliyeti Arasındaki İlişki	43
Şekil 6.	Boston Danışma Grubu Matrisi	55
Şekil 7.	Türkiye’de Yataklı tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı	84
Şekil 8.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinin Organizasyon Şeması	94
Şekil 9.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinin Yatak İşgal Oranı	96
Şekil 10.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinin Yatak Dolum Oranı	96
Şekil 11.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinin Merkezi Ameliyathane Faaliyetleri	99
Şekil 12.	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinin Genel Durum Grafikleri	106

I. GİRİŞ

2001 yılında yaşanan ekonomik kriz tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörünü de olumsuz etkiledi. Avrupa Birliği, İnsan hakları, Demokratikleşme, Amerika'da yaşanan terör, Afgan savaşı, Avrupa'nın Euro para birimine geçişi, Doların olağanüstü yükselişi ve ekonomik kriz gibi olaylar tüm dünyanın ve Türkiye'nin gündemini oluşturdu.

Yeni teknolojiler, özellikle gelişen teknolojik bilgi ağı ve haberleşme olanakları ile küreselleşmenin önemini bize gösterdi. Artık tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de ülkelerin ticari sınırlarının birer birer ortadan kalktığını görmekteyiz. Örneğin; 2002 yılı başında Avrupa ülkelerindeki sigorta şirketlerinin Türkiye'den sağlık hizmeti almak istemeleri gibi.

Yıllardan beri ülkemizde sağlık sektörü, hep göz ardı ettiği müşterinin önemini kavramakta gecikmedi. Artık, aldığı sağlık hizmetini sorgulayan, haklarının bilincinde olan zor beğenen, kaliteli sağlık hizmeti almak isteyen bir müşteri grubu var. Son yıllarda kaliteli otelcilik hizmetleri, yeni teknolojik cihazlar ve transfer ettikleri uzman hekim kadrosu ile özel sağlık kuruluşları bu müşteri grubunu kendilerine çekerek pazar paylarını artırmaktadır.

Türkiye'deki sağlık sektörüne baktığımızda sağlık hizmeti sunumunda kamunun hakim olduğunu görmekteyiz. Devlet sağlık hizmetlerinin hem sunucusu ve hem de finansörü durumundadır. Bu gün tüm ülkeler, gelişmiş ve gelişmekte olanlar da dahil, sağlık alanında kaynak sıkıntısı çekmektedir. Bu yüzden kaynakların verimli ve etkili bir şekilde kullanılması gündeme gelmektedir.

Ülkemizde sağlığa ayrılan pay her yıl daha da azalmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli önem verilmediğinden, gerekli alt yapı ve personel eksiklikleri giderilmediğinden, sağlık tüketicilerinin daha çok kaynak tüketen yataklı tedavi kurumları olan hastanelere yönelmeleri ekonomik yapıyı kötüye götürmektedir.

Son zamanda yaşanan ekonomik krizle sağlık sektöründeki, sağlık sisteminin finansmanı, yönetim ve organizasyonu, insan gücü, hizmet sunumu, sağlık mevzuatı ve sağlık sigortası kapsamının yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Artık bu sorunların çözümü zorunlu bir hale gelmiştir.

Esasen uyguladıkları ekonomik sistemler ne olursa olsun tüm toplumlarda insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi hemen herkesin kabul ettiği ortak hedeflerin başında gelmektedir. Bu amaçla sağlık hizmetlerinin toplumun tüm kesimlerine adil ve dengeli bir şekilde dağıtılması hedeflenmektedir. Ancak çoğu zaman eldeki kısıt kaynakların “etkin” kullanılması gereği ile sağlık hizmetlerinde “adalet” ve “eşitlik” prensipleri çelişmektedir. Özellikle günümüzde sağlık harcamalarının çok hızlı bir şekilde artması bir çok ülkede sağlık hizmetlerinin gözden geçirilerek sağlık sisteminin yeniden yapılanma çalışmalarına hız verilmesine neden olmaktadır.

Bu amaçla sağlık hizmetlerinde sadece tıp biliminin yöntemleri değil, aynı zamanda etkinliğin ve verimliliğin sağlanmasına yönelik olarak işletme biliminin yöntemlerinden de yararlanmak ve hastanelerin birer işletme olduğunu kabul etmek zorunlu bir hale gelmiştir.

II. GENEL BİLGİLER

1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

1.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimini inceleyebilmek için, bu dönemden önceki sağlık politikalarındaki gelişmeleri ve sağlık konusundaki sorunları irdeleyerek, bu dönemlerde uygulanan politikaların günümüzdeki yansımalarını görmek açısından bize yarar sağlayacaktır.

Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri

Anadolu'da kurulan Türk Devletleri'nde, usta-çırak yöntemi ile hekim yetiştiren tıp medreseleri mevcuttu. Uygulama alanı olarak da belirli yerlerde "Şifaiye" adı altında hastaneler açılmıştı. Hastaneler, soylu ve zenginler tarafından yaptırılıp, vakıflarca destek bulurdu. Hastane hizmetleri, zenginler tarafından satın alınır, fakirlere de ücretsiz verilirdi.

1206 yılında, Selçuklular, ilk sağlık kuruluşunu; Kayseri'de Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi adı altında kurmuşlardır. Anadolu Türkleri, 13.yüzyılda Kayseri'den sonra Sivas, Divriği, Konya, Çankırı, Kastamonu, Akşehir, Mardin, Erzurum, Erzincan ve Amasya'da hastaneler kurmuşlardır. Bu hastaneler de hem hasta tedavi edilir, hem de usta-çırak usulü ile hekim yetiştirilirdi.

Osmanlı Döneminde ise, Anadolu Türk Devletlerindeki örgütlenme biçimlerine ek olarak "Hekimbaşıllık" kurulmuş ve bir anlamda şimdi ki Sağlık Bakanı'nın görevlerini yüklenerek, Osmanlı sarayının da özel doktorluğunu yapmıştır.

Bu dönem de sağlık hizmetleri ücret karşılığı hasta bakan hekimler ve Dar-üş-şifa denen vakıf hastaneleri tarafından yürütülürdü.

Hekimbaşıları, hastane hekimlerini atama, yer değiştirme, görevden alma, gereken yerlerde hastane açtırma, hekim ve cerrahlara muayene açma izni verme, ordunun ilaç ve sağlık gereçlerini alma ve salgın hastalıklar ile savaşıma gibi çok geniş bir alanda yetki sahibiydi.

380 yıl süren Hekimbaşılık sisteminin yetkileri 1850 yılında Mekteb-i Tıbbiye Nezareti'ne (Tıp Okulu Bakanlığı) aktarılmıştır.

1870 yılında ise "Sivil Tıp İşleri Bakanlığı" kurulmuştur. Osmanlılar, 1871 yılında "Sivil Tıp İşleri Genel Yönetim Tüzüğü'nü" yürürlüğe koymuş ve halkın sağlık sorunlarının bir "Kamu Görevi" olduğunu kabul ederek, "Memleket Tabiplikleri" ve Sağlık Müfettişliklerini" kurarak hekimlere tam gün çalışma zorunluluğu getirmişlerdir. Hekimler bu hizmetleri verirken hastadan ücret almazlar, böyle bir durumun tespiti halinde ise hekimlik görevlerine son verilir. Bu tüzük, yurtiçinde sağlık hizmetlerini hükümet eli ile etkili bir şekilde yürütmek için örgütlenmede atılan ilk adım olması bakımından önem taşır. Sağlık hizmetlerini yönetme görevi, 1914 yılında kabul edilen bir kanun ile Dahiliye Nezareti'ne (İçişleri Bakanlığı) bağlı olarak kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiye'sine (Sağlık İşleri Genel Müdürlüğüne) verilmiştir.

Ancak, sağlık tesisleri devlet merkezi ve çevresinde yoğunlaştığından, yaygın bir sağlık teşkilatlanması bulunmadığından ve asıl önemlisi alt-yapısız yerleşim yerlerine karşılık koruyucu hekimlik çalışmalarının hiç olmayışı bulaşıcı hastalıkların kolayca yayılmasına neden olmuştur.

Halkın her bakımdan eğitimsiz olduğu bu dönemde, sağlık personelinin nitelik ve nicelik olarak yetersizliği, sağlık teşkilatlarının yaygın ve etkili bir organizasyona sahip olmayışı, bütçeden yeterli pay ayrılrsa bile, sağlık hizmetlerindeki başarısızlıkları ve ülke sağlığındaki felaketleri önleyememiştir.

TBMM Hükümetinde Sağlık Hizmetleri

Balkan Savaşı, I. Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı'nı peş peşe yaşamış olan Türkiye'nin sağlık durumu hiç iyi değildi. Bu savaş yıkımları üzerine eklenen kıtlıklar, bulaşıcı hastalıklar, bozulmuş çevre sağlığı, kötü hijyen koşulları, yoksulluk ve göçler yeni cumhuriyetin en önemli sorunlarını oluştuyordu. Vatandaşa sağlık hizmeti götürebilecek bir alt yapı, bir sistem bulunmuyordu ve doktor, hemşire gibi sağlık personeli sayısı oldukça azdı.

1923'de 10 milyon nüfusa sadece 3 tanesi Sağlık Bakanlığına ait 86 hastanedeki 6437 yatak, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru, ve 136 ebe hizmet götürmekteydi.

Bu yüzden Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk icraatlarından biri Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasıdır.

1923 T.C. Hükümetinde Sağlık Hizmetleri (1923-1937 Dr. Refik Saydam Dönemi)

Türkiye Cumhuriyetinin ilk Sağlık Bakanı Refik Saydam'dır. Türk sağlık hizmetlerinin gelişmesine büyük katkıları olmuştur. Bu döneme damgasını vuran sağlık yaklaşımları şunlardır:

- İhtiyaç duyulan kanun ve nizammler çıkartılmıştır. (1928 yılında 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak, sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disipline edilmiştir.)
- 1930 yılında sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 sayılı "Umumi Hıfzısıhha Kanunu" çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetleri politikasının esasları belirlenmiştir.
- 1936 yılında ise, 3017 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" çıkarılarak sağlık örgütünün temel çatısı kurulmuştur. Başta bu 3 kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve politikalarının temelleri oluşturulmuş ve günümüzde de bu hizmetler hala bu temeller üzerinde yürütülmektedir.
- Koruyucu hekimlik hizmetlerine önem verilmiştir.
- Hasta tedavi hizmeti hükümet görevi olarak ele alınmamış ve mahalli idarelere yol gösterici olunmuştur. Bu maksatla Numune Hastaneleri kurulmuş belediye ve özel idareler hastane açmak için teşvik edilmiştir.
- Hekim ve hekim dışı personel yetiştirmek için okullar açılmış ve kurslar düzenlenmiştir.
- Tüm sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde (Sağlık Bakanlığında) toplanmıştır.
- Saydam, "Dikey Örgütlenme" prensibinden hareketle her hastalık için bir örgüt kurmuştur. Bu durum, günümüz anlayışına ters olmakla birlikte, o günün şartları açısından iyi olduğu söylenebilir.

1937-1949 Dönemi (Dr. Behçet Uz Dönemi 1946-1950)

Bu dönemde en önemli olgu II. Dünya Savaşıdır. Türkiye bu dönemde savaşa girmemesine rağmen, ülkenin sağlık durumunda bozulma olmuştur.

1945 yılında görülen büyük boyutlu sıtma, bit tifüsü ve çiçek salgınları üzerine “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmıştır.

İkinci önemli olgu 1945 yılında “İşçi Sigortaları Kurumunun” kurulmasıdır. Bu kanunla kurum, sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisi almıştır. 1952 yılında uygulamaya başlaması büyük atılım olmakla beraber, kamu sektöründe çalışan hekim ve yardımcı sağlık personelinin tayin hakkının Sağlık Bakanlığı’na ait olması prensibi bir yana itilerek, sigorta hastanelerine hekim tayinin bu kuruma bırakılması, sektörler arası personel dağılımını olumsuz etkilemiştir.

1946 yılında Yüksek Sağlık Şurasının onayından geçen “10 Yıllık Milli Sağlık Planının” hedefleri arasında şunlar sayılabilir: Koruyucu sağlık hizmeti için gerekli örgüt kurmak ve geliştirmek, köylük bölgeleri sağlık örgütüne kavuşturmak, sağlık personelinin günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek, mevcut hastane ve diğer sağlık kuruluşlarını ihtiyaçlara göre iyileştirmek.

Bu plana göre; ülke 7 sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir “Sağlık Merkezi” kurulacak ve bu merkezlerde 2 hekim, 1 ebe, 1 sağlık memurunun çalışması öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü.

Behçet Uz’dan sonra, bu plan gereğince uygulanamamış ve giderek her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüştürülmüş ve amaçtan sapılmıştır.

1950-1960 Dönemi

Demokrat Parti'nin iktidar olduğu bu dönemde, sağlık idaresinde Refik Saydam'ın koyduğu prensiplerde önemli bir değişiklik yapılmıştır.

Bu önemli değişiklik, 1953 yılında özel idare hastanelerinin “devletleştirilmesi” ve hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesidir. Bu, hasta tedavi hizmet standardının yükseltilmesine, her il halkına eşit imkanı sağlanmasına, tedavi ve koruyucu hizmetlerin bir arada yürütülmesine imkan sağlamak bakımından ilerici bir karardır.

- Yerel yönetimlere bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiş ve “Genel Bütçe”den finanse edilmesi ilkesi benimsenmiştir.
- “Genel Sağlık Sigortası” kurulması için çalışmalar başlatılmış ve uzun çalışmalar sonucunda mümkün olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Uluslararası kuruluşlar, özellikle Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF ile iş birliğine ve bu kuruluşlardan yardım sağlanmasına büyük önem verilmiştir.

1960 Sonrası Politikalar ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

Ülke idaresinin Milli Birlik Komitesi'nin elinde bulunduğu dönemde kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, sağlık hizmetlerinde bir devrim kanunudur.

Bu kanun, Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, birinci basamak sağlık hizmetini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetinden yararlandırılmasını, koruyucu ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi ve kamu sektöründe hekimlerin “tam gün” çalışma ilkesini öngörmektedir.

1961 Anayasası'nın 48. ve 49. Maddeleri ile de sosyalleştirme, anayasal bir şekilde perçinlenmiştir.

48. madde: "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve bu hakkı sağlamak için Sosyal Sigortalar ve Sosyal Yardım Teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindendir."

49. madde: "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi için tıbbi bakım görmesini sağlamakla yükümlüdür". "Devlet, yoksul ve dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirler alır".

1963-1965 yıllarında başarı ile uygulanan sosyalleştirme, 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulamaya dönüşmüştür. Bazı sağlık bakanları ve bunlara bağlı yüksek kademe yöneticileri sağlık hizmetlerinde, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini yeterince kavrayamadıklarından kanunun uygulanması gereğine inanmadıkları için sağlık ocakları, hastane ve sağlık merkezi gibi yataklı kurumların yanında geri kalmıştır.

1970- 1980 Dönemi

1970'li yıllar, Dünya da neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hakim olmasına koşut olarak, sosyal devlet anlayışı ve politikalarından da uzaklaşmıştır.

Bu gidişin, Türkiye'deki yansıması uzun zaman almamış ve 24 Ocak 1980 kararları ile hükümet politikalarına girmiştir. Bunun bir uzantısı olarak, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini piyasanın arz ve talep kuralları içinde, kişilerin toplumsal fırsatlardan gelirleri oranında yararlanabildiği hizmetler olarak ele alınan politika, resmi politika haline gelmiştir.

Böylece sağlık hizmetlerinde “Özelleştirme Dönemi” diyebileceğimiz döneme geçilmiş ve T.C. Anayasası bu yönde yeniden düzenlenmiştir.

1961 Anayasası’nda yer alan sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan “İnsan haklarına dayalı devlet” tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek “İnsan haklarına saygılı devlet” şekline dönüştürülmüştür.

Aynı şekilde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerini, bu hizmetleri devletin gözeteyeceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler almıştır.

Özetlemek gerekirse, Cumhuriyetin başından 1960’ların ortalarına dek izlenen resmi sağlık politikası, hizmetlerin kamu eliyle yürütülmesini benimseyen bir politika olmuştur. 1970’lerden sonra, hükümetlerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi görüş haline gelmeye başlamış ve 1982 Anayasası ve izleyen yıllarda ise, bu görüş resmi politika haline gelerek hükümetlerce aktif özelleştirme programlarının izlendiği döneme geçilmiştir.

Gelinen noktada bulunan çözüm ise, genel hatları ile; hizmet sunumunda sağlık ocakları ve devlet hastanelerinin kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan “Aile Hekimliği” ve özel hastanelerin kurulması, finansmanda ise; genel bir kamu sigortası “genel sağlık sigortası” üzerine oturtulmuş “özel sigortacılık ve hizmet başı ödeme şeklindeydi. Fakat bu çözüm henüz hayata geçirilmedi.

Türkiye’de sağlık politikaları açısından bir iki başlılık vardır; net belirlenmiş ve kararlaştırılmış bir ortam yoktur. Sağlık politikası ve sektöründe hakim olan iki başlı yapı nedeniyle, sağlık hizmetleri, hizmeti alanların ve verenlerin memnun olmadığı bir yapıya kavuşmuştur.

Bunun sonucunda, Cumhuriyetten günümüze kaydedilen olumlu gelişmeler hızını kaybetmiş, gerek sağlık hizmetleri düzeyi ve gerekse toplumun sağlık düzeyi açısından gelişmiş ülkelerin çok gerisinde kaldığı gibi, toplumun içinde bulunduğu sosyoekonomik ve kültürel düzeyinde gerisinde kalınmıştır. (Erden, Dalgın, 2000:4-19)

1990 ve Sonrası Dönemi

1990 ve sonrasında, Türkiye'nin sağlık politikasını oluşturmak amacı ile 1992 yılında 1. Ulusal sağlık kongresi düzenlenmiştir.

Kongreye, sağlık meslek kuruluşları, çeşitli bakanlık, siyasi parti, özel sektör, üniversite temsilcileri, bilim adamları, gönüllü kuruluşlar, sendikalar, yerel yönetim temsilcileri, basın mensupları ve yabancı uzmanlardan oluşan 500 katılımcı davet edilmiştir.

Ulusal sağlık politikasının hedefi; sağlıklı bireylerden oluşan bir topluma ulaşmaktır. Bu hedefe sadece sağlık sektörünün sunduğu hizmetler ile değil, sektörler arası bir politika ile ulaşılabileceği anlayışı ile 5 ana bölümden oluşan bir politika geliştirilmiştir. Bunlar;

1. Sağlığın Gelişmesine Destek

- Sağlık politikaları için bilimsel kurumsallaşma
- Sağlık enformasyon sistemi
- Atıkların denetimi
- Gıda emniyeti
- Sağlık yapıları

2. Çevre Sağlığı

- Temiz hava
- Temiz su

- Sağlık hukuku
- Sağlık teknolojisi
- Yerleşim alanları ve konut
- İş güvenliği ve işçi sağlığı

3. Yaşam Biçimi

- Sağlıklı davranış için kamu politikaları, bilgi ve yönlendirme
- Toplum beslenmesi
- Sağlığa zararlı alışkanlıklar

4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

- Sağlık hizmetlerinin örgüt ve yönetim yapısı
- Temel sağlık hizmetleri
- Hastaneler
- Sağlık insan gücü
- İlaç ve denetimi
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı

5. Sağlıklı Türkiye Hedefleri

- Bebek ve Çocuk sağlığı
- Anne sağlığı
- Yaşlı sağlığı
- Ağız-Diş sağlığı
- Bulaşıcı hastalıklar
- Dolaşım Sistemi hastalıkları
- Kansere
- Ruh sağlığı
- Kazalar
- Sağlık düzeyleri arasındaki farklılıkları azaltılması

1.2.Türk Sağlık Sektörünün Yapısı

Sağlık Sektörü; sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere, çok geniş bir alanı kapsayan sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek ve tüketmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ve bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün vb. unsurların tümünü belirtmek için kullanılan genel ve kapsayıcı bir kavramdır. (Sargutan, 1993:3 -8)

Sağlık sektörünün başlıca ürünleri ise aşağıdaki gibi sınıflanabilir.

- Üst kademe sağlık yönetimi hizmetleri
- Sağlık insan gücü eğitimi hizmetleri
- Koruyucu sağlık hizmetleri
- Yataklı tedavi hizmetleri
- Ayaktan tedavi hizmetleri
- Poliklinik ve muayenehane hizmetleri
- Laboratuvar hizmetleri
- İlaç, aşı, serum vb. üretim ve satış hizmetleri
- İlaç dağıtım hizmetleri
- Eczane hizmetleri
- Tıbbi cihaz ve tıbbi malzeme üretim ve satış hizmetleri
- Ortez ve protez üretim ve satış hizmetleri
- Ambulans hizmetleri
- Adli tıp hizmetleri
- Hudut ve sahiller sağlık hizmetleri
- Sağlık güvenliği hizmetleri (Sargutan, 1993:23-29)

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplumun ve bireyin sağlık düzeyini geliştirmesi ile ilgili faaliyetler bütünüdür. Sağlık Hizmetleri şöyle sınıflandırılmıştır;

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- Tedavi Hizmetleri
- Rehabilitasyon Hizmetleri
- Sağlığın Geliştirilmesi (Kavuncubaşı, 2000:52-55)

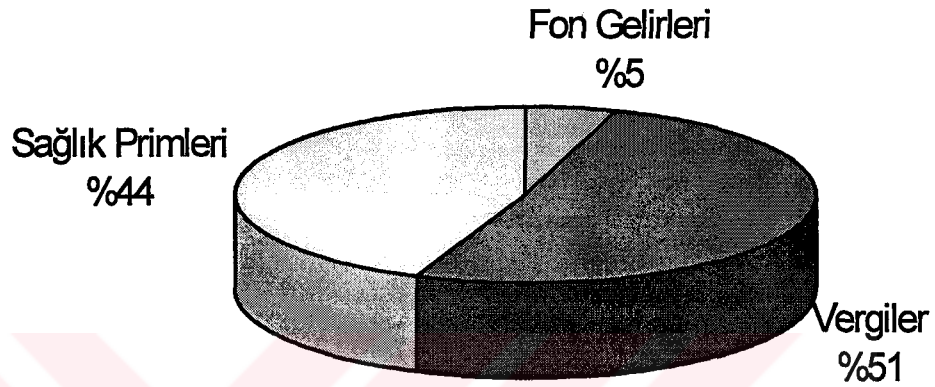
1.4. Türkiye Sağlık Sektörünün Finansman Kaynakları

Ülkemizde sağlık sektöründe üretilen hizmetler için kullanılan finansman kaynakları;

- Genel Vergiler
- Özel ya da Tahsisli Vergiler
- Resim ve Harçlar
- Fon Gelirleri
- İç-Dış Borçlar ve Yardımlar
- Döner Sermaye Gelirleri
- İl ve İlçe Özel İdare Gelirleri
- Yerel Yönetim Gelirleri
- Sigorta Primleri
- Sağlık Amacı ile Toplanan Yardımlar vb. oluşmaktadır.
(DPT, 2001:116)

Tablo 1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları

Finansman Kaynağı	Milyon TL	Milyon USD	Oran(%)
Vergiler	934.943.747	3.532,20	51
Sağlık Primleri	794.475.054	3.001,50	44
Fon Gelirleri	85.105.296	321,5	5
Toplam	1.814.524.097	6.855,20	100

**Şekil 1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları**

Tablo 1 ve Şekil 1’de görüldüğü gibi, kamu kaynaklı toplam kamu sağlık harcamalarının % 51’i vergi gelirleri, % 44’ü sağlık prim gelirleri, % 5’i de fon gelirleri ile finanse edilmiştir. Ancak burada Emekli Sandığı sağlık harcamalarının “sağlık primi” adı altında prim toplamamasına rağmen Emekli Sandığı sağlık harcamalarının prim gelirleriyle finanse edildiğinin kabulünü belirtmek gerekir. Ayrıca Bağ-Kur sağlık harcamaları açığının da vergilerle finanse edildiği varsayılmıştır. (Sağlık Bakanlığı, 2001)

1.5. Kamu Sağlık Harcamalarını Oluşturan Kurum ve Kuruluşlar

Kamu ait olan Kurum ve Kuruluşlar

- Sağlık Bakanlığı
- Sosyal Sigortalar Kurumu
- Bağ-Kur

- Emekli Sandığı
- Bakanlıklar
- Milli Savunma Bakanlığı
- Üniversiteler
- Kamu İktisadi Teşekkülleri
- Belediyeler
- Fon Sağlık Harcamaları

Özel Sektör Sağlık Harcamalarını Oluşturan Kurum ve Kuruluşlar

- Özel Hastaneler tarafından yapılan sağlık harcamaları
- Özel Hekim muayenehane ve polikliniklerde yapılan sağlık harcamaları
- Özel Diş Hekimi muayenehanelerinde gerçekleştirilen sağlık harcamaları
- Özel İlaç harcamaları

1.6. Türkiye Sağlık Sektöründe Toplam Sağlık Harcamaları

1.6.1. Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamaları

Tablo 2. Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamaları Dağılımı

Harcama Türleri	Milyon TL	Milyon USD	Oran %
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	19.741.026	74,6	1
Ayaktan Tedavi	1.068.418.721	4.036,40	56
Yatarak Tedavi	652.549.243	2.465,30	35
Diğer	146.400.178	553,1	8
Toplam	1.887.109.168	7.129,40	100

Tablo 2’de verildiği gibi, kamu sektörü toplam sağlık harcamalarının 1.068,4 trilyon TL’si (%56) ayaktan tedavi hizmetleri,

652,5 trilyon TL'si (%35) yatarak tedavi hizmetleri harcamalarına ve 146.4 trilyon (%8) diğer harcamalar (eğitim, yönetim) şeklinde gerçekleştirilmiştir. 19.7 trilyon TL ile koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu sektörü toplam sağlık harcamaları içindeki %1'lik payı ile dikkat çekicidir. (Sağlık Bakanlığı S.P.G.K, 1998:27)

1.6.2. Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamaları ve GSMH İçindeki Payı

Tablo 3. Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı

Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamaları ve GSMH İçindeki Payı					
Kurumlar	Milyon TL	Milyon USD	Oran (%)	97/98 Değişim (%)	
				TL	USD
Sağlık Bakanlığı	656.984.063	2.482	30	94,3	14,1
Sosyal Sigortalar kurumu	406.180.435	1.535	18	103,9	19,8
Üniversiteler	298.694.205	1.128	14	159,6	52,5
Diğer Bakanlıklar	168.316.000	636	8	65,7	-2,7
MSB ve TSK	133.965.000	506	6	115,4	26,5
Emekli Sandığı	187.040.519	707	9	124,2	31,7
BAĞ-KUR	201.254.100	760	9	269,3	116,9
KİT	61.465.391	232	3	84,7	8,5
Belediyeler	12.458.000	47	1	89,9	11,5
FON	69.344.913	262	3	126,7	33,2
Toplam	2.195.702.626	8.295,20	100	114,3	25,9

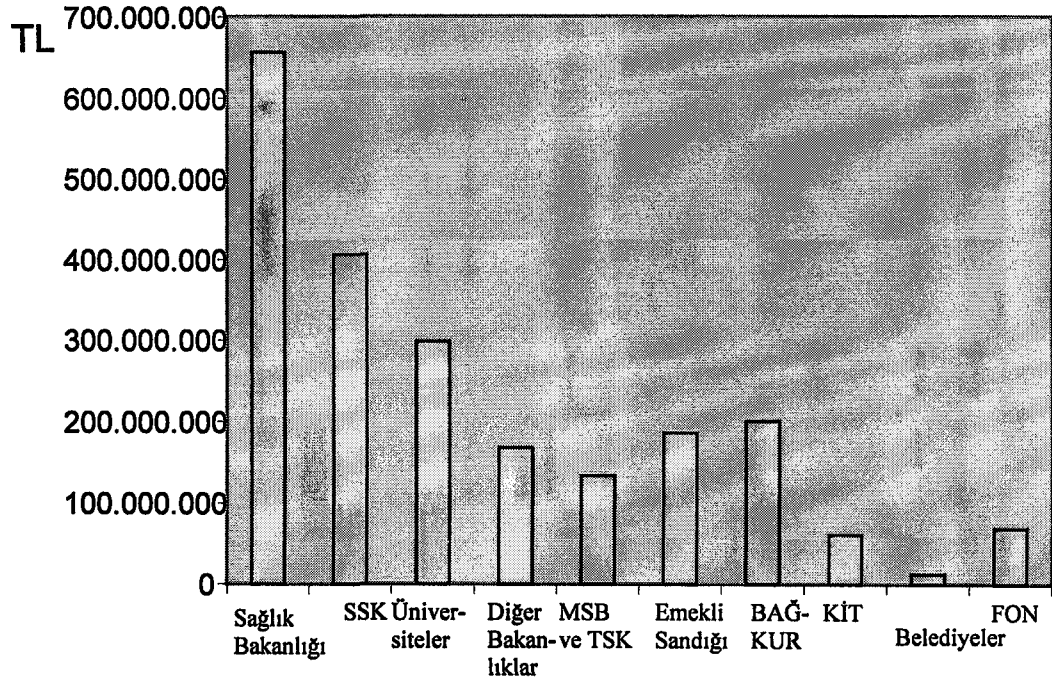
Çift Sayıma Giren Hastane Harcamaları Payı	308.593.458	7.129,4	112,3	24,7
--	-------------	---------	-------	------

Toplam Kamu Sağlık Harcamaları	1.887.109.168	7.129,4		
--------------------------------	---------------	---------	--	--

Kamuya Yapılan Cepten Ödeme	72.585.071	274,2	110,1	23,4
-----------------------------	------------	-------	-------	------

Net TKSH / GSMH (%)	3,42			
---------------------	------	--	--	--

(Sağlık Bakanlığı S.P.G.K, 1998:25)



Şekil 2. Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı

1.6.3. Kamu Kurumlarının Kişi Başına Sağlık Harcamaları

Tablo 4. Kamu Kurumlarının Kişi Başına Sağlık Harcamaları

Kurumlar	TL	USD	97/98 Değişim	
			(%) TL	USD
Sosyal Sigortalar Kurumu	13.244.494	50	86,7	9,7
Diğer Bakanlıklar	20.876.758	78,9	65,7	-2,7
MSB ve TSK	85.306.128	322,3	115,4	26,5
Emekli Sandığı	82.722.932	312,5	124,2	31,7
BAĞ-KUR (1479 S.K)	33.138.262	125,2	196,2	74,0

(Sağlık Bakanlığı S.P.G.K, 1998:26)

Türkiye’de kişi başına düşen sağlık harcaması, tablo 4’de verildiği gibi, kurumlar arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Şöyle ki; Emekli Sandığında kişi başına ortalama olarak yılda 82.722.932 TL’lik sağlık harcaması yapılırken, Silahlı kuvvetler mensubu için 85.306.128 TL’lik, memurlar için 20.876.786 TL, SSK mensupları için 13.244.494 TL, BAĞ-KUR mensupları içinde 1479 sayılı kanuna göre sigortalı olan ve fiilen sağlık yardımlarından yararlanma hakkına sahip olan sigortalılar üzerinden yapılan hesaplarla 33.138.262 TL harcanmıştır.

1.6.4. Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarında Sağlık Bakanlığının Payı

Türkiye Cumhuriyeti’nin sağlık politikasını yürütmekle görevli olan Sağlık Bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetleri yanında, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri sunan en önemli kamu kurumudur. Özellikle, ülkenin toplam hastane yatağının yarısından fazlasına sahip oluşu yanında, çalıştırdığı sağlık işgücü sayısı, bu alandaki önemini açık bir şekilde ortaya koymaktadır.

“Sağlığa en az pay ayrılan ülkelerden biri olan Türkiye’de bu yıllardır değişmiyor, hatta daha kötüye gitmektedir.

Sağlık Bakanlığının 1990’dan bu yana sürekli gerileyen genel bütçeden aldığı pay, 2002 yılında en düşük düzeye inmiştir. Bu da sağlık sisteminde daha uzun yıllar, herhangi bir iyileşme sağlanmasının “hayal” olduğunu göstermektedir”.

“2002 yılında 97.8 katrilyon lira olması öngörülen genel bütçeden Sağlık Bakanlığı’na 2 katrilyon 354.4 trilyon lira ödenek tahsis edilmesi öngörülmektedir. Bakanlığa tahsis edilen ödenek, genel bütçenin 2.4’üne denk gelmektedir. Sağlık Bakanlığına bütçeden tahsis edilen ödenek sağlık harcamalarındaki kısıntıya rağmen, son yıllarda harcamaları karşılamaya yetmiyor.

Bakanlığın harcamaları 1995, 1996 ve 1997 yıllarında tahsis edilen ödeneğin altında gerçekleşmiştir. 2001 yılı için Sağlık Bakanlığına ayrılan 1 katrilyon 248 trilyon liranın 1 katrilyon 145 trilyonu yılın ilk dokuz ayında harcanmıştır. Bir başka ifadeyle, Sağlık Bakanlığı 2001 yılı ödeneğinin onda dokuzundan fazlasını yılın ilk üç çeyreğinde tüketmiştir.” (Medimagazin, 1-15 Kasım 2001;11)

Tablo 5. Sağlık Bakanlığı'nın Bütçe Ödenek ve Harcamaları

TL bazında (milyar TL)	Dolar bazında(milyon \$)		Genel bütçedeki pay (%)			
	Ödenek	Harcama	Ödenek	Harcama	Ödenek	Harcama
1995	58.415	57.074	1.277	1.248	3.66	3.74
1996	118.846	116.894	1.460	1.436	3.23	3.30
1997	259.239	255.950	1.705	1.683	3.51	3.60
1998	457.379	471.218	1.752	1.805	3.12	3.34
1999	684.703	805.246	1.630	1.917	2.64	3.16
2000	1.109.014	1.139.512	1.778	1.827	2.46	2.68
2001 (**)	1.248.384	1.145.258	999	916	2.93	2.26
2002 (***)	2.345.448		1.466		2.40	

(*) ortalama dolar kuru, 2001 yılı için 1 milyon 250 bin lira, 2002 yılı için 1 milyon 600 bin lira olarak alındı.
(**) Bu yılın ilk dokuz ayındaki harcama
(***) Teklif edilen ödenek

(Medimagazin, 1-15 Kasım 2001:11)

1.7. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Temel Sorunları

Mevcut Durum ve Sorunlar

Anayasal bir yükümlülük olarak devlet, tüm vatandaşlarımızın sağlığından sorumlu olduğunu kabul etmektedir. Ancak halen ülke nüfusunun bir bölümü hiçbir sağlık güvencesinden yararlanamadığı gibi, bu imkanlardan yararlananlarda aldığı sağlık hizmetlerinden memnun değildir. Sağlık sistemimizdeki en önemli pay tedavi edici hizmetler tarafından alınmakta ve doktor ağırlıklı bir hizmet sunulmaya çalışılmaktadır. Temel sağlık hizmetleri teorik olarak önemsenmekte ise de pratikte istenilen yaygınlık ve tekinlikte bir koruyucu sağlık hizmeti sunulamamaktadır.

Özellikle kırsal ve kentsel yörelere, doğu ve batı bölgesine ilişkin veriler kıyaslandığında standart bir sağlık kalitesi yakalayabildiğimiz söylenememektedir.

Sağlık Bakanlığının 2002 verilerine göre ülkemizde 12.500 Sağlık Evi, 5.500 Sağlık Ocağı, 165.000 Hasta Yatağı ile 73.000 Hekim, 75.000 Sağlık personeli (Ebe, hemşire,sağlık memuru ve sağlık teknisyeni) bulunmaktadır.

1999 yılı itibarıyla hasta yataklarının %38'i, hekimlerin %40'ı nüfusun %25,6'sının yaşadığı üç büyük ilde bulunmaktadır. Ülke genelinde yatak kullanım oranı %59'dur. Özellikle ilçe hastanelerinde yatak kullanım oranı %25'in altında kalırken büyük illere hasta akını devam etmektedir. 1999 yılı sonu itibarıyla sağlık sigortası kapsamındaki nüfus oranı %86,4'e ulaşmıştır. Yeşil kart verilme suretiyle 8,7 milyon kişi, yataklı tedavi hizmetinden yararlanmıştır. (DPT, 2001:85)

Ülkemizdeki bu sorunlar aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir;

1.7.1. Siyasi Kaynaklı Sorunlar

- Sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı'nda toplanmış olması ve politik-siyasi etkilerin yoğunluğu, sivil toplum örgütleriyle yeterince işbirliği yapılamaması nedeniyle çoğu kez sağlık politikaları dönemsel olmaktadır.
- Her iktidar değişikliğinde Sağlık Bakanlığı'nın hedeflerinin gerçekleşmesinde önemli rolleri olması gereken bürokratik yapı da değişmekte ve uzun vadeli, istikrarlı bir sağlık politikası ve eylemi oluşturulamamaktadır.
- Sürekli tedavi edici hizmetler ön plana çıkmaktadır.
- Ülkemizde sağlık sorunlarının çözülmesi için koordinasyonu şart olan kurumlar, siyasi ve politik istikrarsızlık nedeniyle yeterince koordine olamamaktadır.
- Sağlık politikalarının uygulanmasında sürekliliğin sağlanamaması, alınan kararların ve uygulanan projelerin, çıkarılan yasaların zamanında uygulamaya geçirilememesi sağlık hizmetlerinin gelişmesini engellemektedir.

1.7.2. Organizasyon Sorunları

- Sağlık kurumları çok kurumluluk nedeniyle iyi organize edilememektedir.
- Başta Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu olmak üzere, sağlık alanındaki en büyük paya sahip kamu sağlık kuruluşlarında hizmetin sunumu ve finansmanının bir arada bulunması, hizmetin planlanması ve uygulanmasında sorun yaratmakta ve denetim mekanizmasının etkili bir şekilde işlemlerini engellemektedir.
- Organizasyonun daha verimli kullanılamamasının altında merkeziyetçi bir yapı, insan kaynaklarının yanlış organize edilmesi, görev tanımlarındaki eksiklikler ve denetimsizlik yatmaktadır.
- Organizasyonda ortaya çıkan sorunların diğer nedeni ise enformasyon sorunları yüzünden yaşanan bilgi eksikliğidir.

1.7.3. Finansmana ilişkin Sorunlar

- Gayri safi milli hasıladan sağlığa yeterince kaynak ayrılmamaktadır.
- Mevcut kaynakların ise etkili ve verimli kullanılamamaktadır.
- Toplumun bir kesiminin sağlık güvencesi bulunmamaktadır.
- Sağlık hizmeti veren çok sayıda kamu kurum ve kuruluşların, özel kesimlerin birbirinden bağımsız çalışması, aralarında etkili bir koordinasyonunun sağlanamaması, bu kuruluşların farklı sosyal gruplara yönelik olmaları, kuruluşların yatırım ve hizmet sunumlarının çakışması, yatırımcı kurumların ihtiyaca yönelik olarak yatırımın kapasitesini, yerini uygun kriterlere göre ayarlamaması ve denetleme mekanizmalarının iyi işlememesi kaynakların israfına yol açmaktadır.
- Sağlık alanına ayrılan kaynaklar yeterli olmamakla birlikte, kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, akılcı olmayan yatırımlar, makine-teçhizat eksiklikleri,

ihale yöntemlerindeki çarpıklıklar ve istihdam politikasındaki yanlışlıklardan dolayı mevcut kaynaklar da verimli kullanılamamaktadır. Bazı kurumlarda kapasite yetersiz kalırken, bazı kurumlarda ise atıl kapasite söz konusu olmaktadır.

1.7.4. Sağlık Statüsüne ilişkin Sorunlar

- Türkiye'nin önemli sorunlarından biri hızlı nüfus artışıdır. Ekonomik göstergelerin topluma yansımaları için nüfus artış hızının düşürülmesi gereklidir.
- Aşıyla önlenebilen hastalıklar halen ülkemizde sorun olmaya devam etmektedir.
- Bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı ve doğuştan beklenen yaşam süresi gibi göstergeler Avrupa birliği ülkelerin çok gerisinde olduğumuzu göstermektedir.
- Türkiye'de yaşam tarzına yönelik sağlık statüsü açısından önemli politikalar geliştirilmemiştir. Bunlar; tütün kullanma alışkanlığı, alkol, uyuşturucu kullanımı ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar HIV-AIDS gibi...

1.7.5. Hizmet Sunumuna ilişkin Sorunlar

- Sağlık hizmetlerinde bilimsel ve profesyonel yönetim bulunmamaktadır.
- Kamu başta olmak üzere sevk zinciri uygulaması neredeyse yoktur. Öyle ki referans hastaneleri bile çoğu kez ilk basamak sağlık hizmetlerinde verilmesi gereken hizmeti vermektedir.
- Verilen hizmetlerin izlenmesi, değerlendirilmesi, denetlenmesi ve geri bildirimi ve düzeltilmesi konusunda eksiklikler bulunmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde saygı, anlayış ve güleryüz eksiktir. Hasta haklarının varlığında pek söz edilmez.
- Çalışanların iş güvencesi yeterli nitelikte değildir.

1.7.6. Sağlıkta İnsan Gücüne ilişkin Sorunlar

- İnsan gücü ve sağlık altyapısının yurt düzeyine dengesiz dağılımı nedeniyle belirli bölgelerde hekim ve hemşire sayısındaki eksiklikler önemini korumaktadır.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli altyapı yetersizlikleri ve nitelikli personel açığı olduğundan verilmesi gereken sağlık hizmetleri verilememektedir.
- Sağlık sektöründe kamu finans kaynaklarının en büyük kısmını tüketen sağlık personeli verimli çalıştırılmamaktadır.
- Her kademe de çalışan personelin iş analizleri yapılarak, iş tanımları ve iş gerekleri belirlenmediğinden adil bir ücret dağılımı yapılmamaktadır.
- Sağlık personelinin yasal düzenlemeleri, günümüz şartlarına uyum sağlamamaktadır.

1.7.7. Sağlık Politikasına ilişkin Sorunlar

- Makro düzeyde sağlık sisteminde mevcut sorunlar tüm sağlık sektörünü ve toplumun sağlık statüsünü olumsuz yönde etkilemektedir.
- Sağlık politikalarının herhangi bir sistematığa bağlı olmadan o günkü ekonomik şartlara göre değil, daha çok siyasi tercihler çerçevesinde belirlenmektedir.
- Sağlık sisteminin merkeziyetçi yapısı hizmetlerin etkili ve verimli sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir.
- Türkiye'de sağlık göstergeleri ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında bölgeler ve gruplar arasında önemli eşitsizliklerin bulunması sağlık politikasına ilişkin sorunlardan bir kaçıdır.

2. STRATEJİ KAVRAMININ TANIMI VE KAPSAMI

2.1. Stratejik Yönetim ve Stratejik Yönetimin Temel Kavramları

İşletme ve onun dış çevresi arasındaki uyumu sağlayacak bir kavram olarak strateji, işletme bilimlerinde yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren kullanılmaya başlanmıştır.

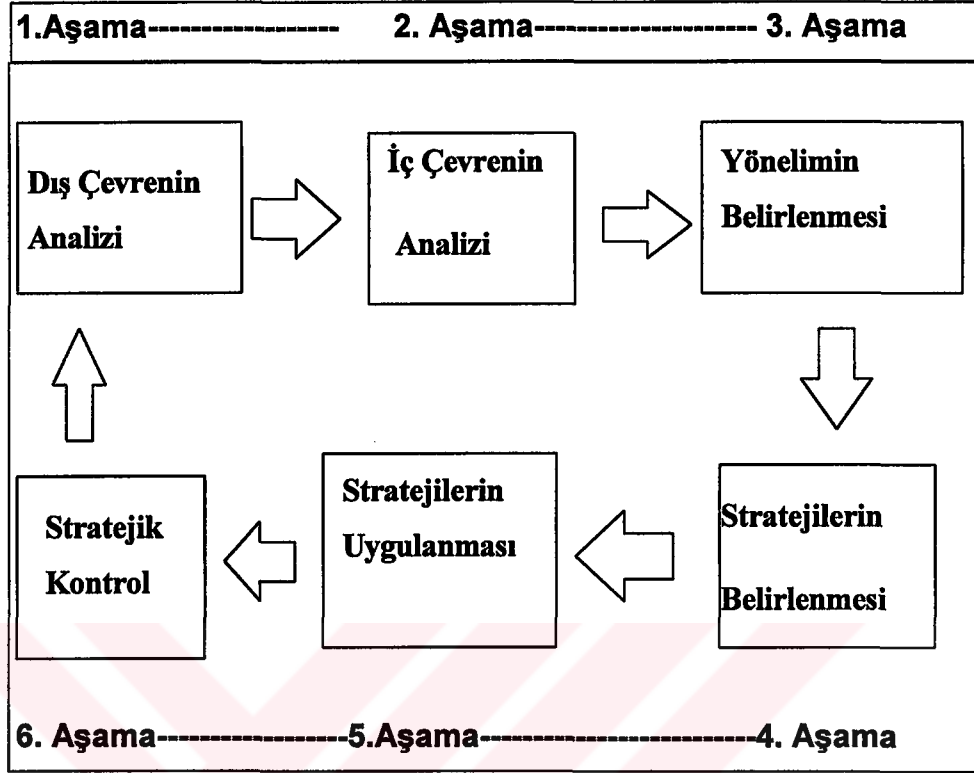
Vizyon, misyon, politika ve amaç gibi günlük hayatta sıklıkla kullanılan kavramlar stratejik yönetimi yakından ilgilendirmektedir.

Stratejik yönetim, bir kurumun çevresiyle tam bir uyum içinde olmasını sağlayan sürekli, yinelenen bir süreçtir.

Çevre: Stratejik yönetim dış çevre üzerinde odaklanır.

Süreklilik: Stratejik yönetim başlayıp biten bir süreç değildir; kurumun içinde bulunduğu çevre sürekli değiştiği için, kurum bu değişikliğe her zaman uyum göstermek zorundadır.

Yinelenen süreç: Stratejik yönetim, birden fazla aşamayı içeren bir süreçtir ve dış çevrenin analizi ile başlar ve stratejik kontrol ile son bulur. Bu döngü sürekli yinelenir.



Şekil 3. Stratejik Yönetim Süreci (Kavuncubaşı, 2000: 126-127)

2.1.1. Misyon

Stratejik yönetim sürecinin en kritik faaliyetlerinden birisi, kuruma bir yönelim kazandıran kurumsal misyonun geliştirilmesidir.

Misyon, bir kurumun varoluş nedenidir. “Yaptığımız iş nedir?” ve “Ne olmalıdır?” sorularına verilecek yanıtı içerir. Misyon; kültürel bir birlik sağlayan ve herkesin paylaştığı bir değer ya da ortak duygu demektir.

İyi seçilmiş bir misyon ne sağlar ?

- Kurum personelinin çabalarının uyumlu ve tutarlı olmasını sağlar.
- Kurumun birbiriyle çelişen amaçlara sahip olmasını engeller ve kurumda amaç birliğini sağlar.
- Kurumsal kaynakların dağıtımında akılcılığı sağlar.
- Kurum içinde asli sorumlulukları belirler.

- Kurumsal amaçların geliştirilmesi için temel oluşturur.
- Bir kurumu diğer kurumlardan farklı kılar, kuruma özgünlük ve farklı bir kimlik kazandırır.
- Kurumsal değişimi kolaylaştırır.

2.1.2. Vizyon

Mevcut gerçekler, umutlar, hayaller, tehlike ve fırsatların bir araya gelmesiyle oluşan, örgütün bir bütün olarak geleceğini tanımlanması için bilinenden bilinmeyene doğru zihni bir bakış olarak tanımlanabilir.

İyi seçilmiş bir vizyon ne sağlar?

- Çalışanın kuruma bağlılığını artırır.
- Çalışanların hayatına anlam katar.
- Mükemmellikle ilgili bir standart oluşturur.
- Bugün ile yarın arasında bir köprüdür ve daha iyi yarınlar için, tüm çalışanların paylaştığı bir vizyona sahip olmak önemlidir.

2.1.3. Strateji

Strateji, kelime anlamı itibariyle,"sevk etme, yöneltme, gönderme, götürme ve gütme"demektir.

Kelimenin eski yunan generallerinden Strategos'un bilgi ve sanatına atfen kullanıldığı sanılmaktadır. Yunan dilinde strategia komutanlık anlamına gelmektedir. Strateji kavramı, yüzyıllar boyunca askeri bir kavram olarak kullanılmıştır. Buna göre strateji, savaş sanatı ve bir savaşta sonuca gitmek için yapılacak askeri hareketin planlanması ve uygulanması bilimidir. (Dinçer,1998: 14-15)

Strateji farkı yaratmaktır. Aynı müşteriye, rakiplere oranla çok daha farklı yararlar sunabilmektir.

Strateji, müşteri tercihlerindeki değişimleri görebilmek, çalışma alışkanlıklarındaki değişimleri gözleyebilmek ve müşteriye rakiplerin sunamayacağı çok farklı yararlar sunabilmektir.(Kırım,1998: 9)

İşletme açısından ise ilk ele alan A.D.Chandler (1962), "stratejiyi, işletmede uzun dönemli amaç ve hedefleri belirleme ve bu amaçları gerçekleştirebilmek için ihtiyaç duyulan kaynakları tahsis ederek uygun faaliyet programlarını hazırlama" olarak tanımlamıştır.

Bütüncül bir yaklaşımla strateji; "işletmeye istikamet vermek ve rekabet üstünlüğü sağlamak maksadıyla, işletme ve çevresini sürekli analiz ederek uyum sağlayacak amaçların belirlenmesi, faaliyetlerin planlanması ve gerekli araç ve kaynakların yeniden düzenlenmesi süreci" olarak tanımlanmıştır. (Dinçer, 1998:16)

Sağlık kurumları yönetimi alanında strateji kavramının üç ortak anlamı bulunmaktadır.

1. Kararlar Dizisi
2. Kurum Davranışı
3. Plan

Kararlar dizisi olarak strateji, çevre içinde sağlık kurumunun konumunu belirlemeye yönelik kararlar topluluğu anlamına gelmektedir.

Kurum davranışı olarak strateji, dış çevredeki değişmelere tepki ve uyum göstermeye yönelik faaliyetler olarak görülmektedir.

Strateji, plan olarak da görülebilir. Gelecek ile ilgidir ve kurumun gelecekte ulaşmak istediği sonuçları ifade etmektedir.

(Kavuncubaşı, 2000:126)

2.1.4. Politika

Politika kelimesi de eski Yunan kökenlidir. Kelime anlamı itibarı ile, “bir işi gözetmek” demektir. Türkçe literatürde “siyaset” karşılığı kullanılan politika, daha çok kamu yönetimi alanında yer almış ve “halka ait bir işi gözeterek, belirli yol ve usule göre yürütme” anlamında kullanılmıştır. İşletme yönetimi alanında ise politika, “yöneticilere karar vermelerinde rehberlik eden bir ilke veya ilkeler dizisi” anlamına gelmektedir. (Dinçer,1998: 20)

2.2. İşletmelerde Stratejik Yönetim

“1980’li yıllarda bir değişim yaşanmaya başlandı. Dünyada daha önce hiç ciddiye almadığımız ve işletme kararlarını verirken göz önünde bulundurmadığımız değişik bir kitle doğuyor; Müşteri”.

Müşterinin bireyselliğini keşfetmesi, haklarını çok ciddi bir biçimde savunması, diğer tüketicilerden çok farklı hizmet ve ürün beklemeye başlaması, işletmeleri zor bir yönetim sorunuyla karşı karşıya bıraktı. Nasıl yapmalıyız ki müşteri rakibe değil, bize gelsin, bizim hizmetimizi satın alsın?” (Kırım, 1998:77)

Bu değişim ve rekabet ortamı, işletmeleri bir arayış içine sürükledi ve son yıllarda işletme alanında bir sürü kavram ortaya atıldı. Bunlar; 1980’li yılların başında Japonlar tarafından dünyaya tanıtılan “Toplam Kalite Yönetimi, Benchmarking (kıyaslama), Re-engineering (Değişim mühendisliği), Hayal mühendisliği, ve Yeniden yapılanmadır.” Tüm bu kavramlar kurum içindeki operasyonel etkinliği artırmaya yarayan şeylerdir. Oysa strateji, önce dışarıyla, daha sonra içeriyle ilgili bir konudur.

Eskiden strateji denilince akla gelen stratejik planlamaydı. Geleceği bir şekilde bugünün katsayıları ile tahmin edecek ve bu tahminlere göre 5 yıllık stratejik planlar yapılacaktı.

Bu planları genelde bol sıfırlı rakamlar oluşturacaktı. Oysa şşletmeler, günümüz şartlarında istikrarlı bir ortam bulamamaktadırlar. Değişim hızlı bir şekilde olmakta ve hazırlanan planlar işe yaramamaktadır. O zaman, şşletmelerin yapması gereken “stratejik y n” yada “stratejik niyet” oluşturmaadır.

“Söylenen şudur; Siz kurum olarak nereye varmak istediğinize karar verin, yeter. Verdiğiniz kararın i ini yolda giderken doldurabilirsiniz. Zira varmak istediğiniz yere doğru ilerlerken dünyada ve sektörünüzde hiçbir şey sabit kalmayacaktır. O nedenle hedefe ilerlediğiniz yolu sürekli değiştirmeniz gerekebilir. Bu da kurumunuzun içinde esnek bir stratejik yapı oluşturmanızı gerektirecektir”.

(Kırım, 1998: 77)

2.3. Sağlık Bakım Kuruluşlarının Stratejik Yönetimi

Mevcut sağlık–bakım sistemi düzenli bir planlama çalışması sonucu doğmamıştır. Bugün, sağlık–bakım hizmeti sunan kuruluşlar halkın, alıcıların, ilgili kitlelerin beklentilerini karşılamak zorundadır. Bulundukları ortamı ve bu ortamdaki etkin güçleri yakından tanımalı ve anlamalıdır. Stratejiyi formüle ederken yedi karar alanı önem taşımaktadır. Bunlar;

1. Misyon
2. Müşteri  eşitliliği
3.  r n  eşitliliği
4. Hizmet Alanı
5. Amaçlar ve Hedefler
6. Rekabette Avantaj Sağlama
7. Dış İlişkiler

Bir kuruluş bu alanlarda bir karara vardığı zaman, stratejisini geliştirmiş demektir.

Stratejik yaklaşımda, planlamaya süreç organizasyonun, misyonunun ve içinde bulunduğu ortamın derinlemesine değerlendirilmesiyle başlar. Stratejik düşünce bir yöneticiye, ortama nasıl tepki vereceğinden çok onu nasıl değiştirebileceği konusunu ele almasını sağlar.

Stratejik planlama organizasyonun misyonu: İşletmenin iç ortamını ve dış dünyayı değerlendirdiği, analiz ettiği, amaçlarını ve hedeflerini tanımladığı, bu amaç ve hedeflere ulaşmak için alternatif stratejiler ürettiği ve bu amaç, hedef ve misyonu gerçekleştirmeye doğru ilerlemesini gözlemlediği bir dizi birbirine bağlı adımdan oluşur.

Bu süreç şu aşamalardan oluşur:

1. Süreci Planlama
2. Misyonu Değerlendirme
3. Çevresel Analiz
4. İç Analiz
5. İlgili Kitleler Analizi
6. Amaç ve Hedef Belirleme
7. Stratejik Seçenekler (Alternatifler)
8. Stratejilerin Seçilmesi ve Geliştirilmesi
9. Uygulama Planının Geliştirilmesi

Genelde yöneticiler bazı stratejik süreçlerle meşguldür. Bunlar; durum analizi, strateji oluşturma, stratejik uygulama ve stratejik kontroldür.

Tablo 6. Planlama Sürecinin Planlanması

Planlama basamakları	Zaman dilimi	Sorumlu kişiler
Bir planlama şekli geliştirip anahtar kişilerin onayını almak	İki hafta içinde iki toplantı	Yönetici, planlama müdürü ve danışmanı
Organizasyonel hedef bildirgesini değerlendirmek	İki gün gözden geçirme	Yönetici, kurul başkanı ve doktor temsilcileri
Dış çevreyi değerlendirmek	6 hafta	Planlama müdürü danışmanı, personeli
İç çevreyi değerlendirmek	6 hafta (dış değerlendirme ile eş zamanlı)	Planlama müdürü danışmanı, personeli
Organizasyonel amaçlar geliştirmek	İç ve dış veri değerlendirmesinin ardından iki hafta	Yönetici, planlama müdürü, Danışmanı kurul planlama komitesi
Her bir amaca ulaşmak için stratejik seçenekler üretmek	Organizasyonel amaçlarda uyum sağladıktan 1 ay sonra	Yönetici, planlama müdürü, Danışmanı kurul planlama komitesi, Personel planlama ekibi
Uygulanacak stratejik seçenekleri seçmek ve geliştirmek	Stratejik seçeneklerin oluşturulmasından 1 hafta sonra	Yönetici, planlama müdürü, Danışmanı ve kurul planlama komitesi
Spesifik seçenekleri, maliyeti ve yönetim tarafından tahmini uygulama tarihi olan stratejik planı onaylamak	Stratejik seçeneklerin son seçimini takip eden ilk kurul toplantısı	Yönetim
Seçilen her stratejik seçeneğin uygulama zamanı tablosu ve uygulama planının yapılması	Her bir seçenek için değişir. Ancak her bir seçenek için bir aydan fazla süreye izin verilmez	Yönetim, planlama müdürü ve farklı bölüm başkanları

Dış Çevre:

Bugünün dış çevresinin değerlendirilmesi ve işletmeye olan etkilerini belirlemek için büyük miktarlarda verinin ve bilginin kullanılmasını gerektirmektedir. Bu değerlendirmenin bir diğer amacı da organizasyonun kendi çevresi içindeki yerini belirlemektir. Duncan ve arkadaşları sürecin bu aşaması için hedefler belirleyerek en uygun çevresel tanımı ortaya koymaya çalışmışlardır. Bu hedefler aşağıdaki gibidir;

- Dış organizasyonların ürettiği bilgi akışını sınıflandırıp düzenlemek.
- Organizasyonu etkileyecek önemli güncel konuları belirlemek ve analiz etmek.
- Ortaya çıkabilecek durumların belirtilerini fark edip analiz ederek organizasyona olan etkilerini bulmak.
- Organizasyonu gelecekte etkileyebilecek muhtemel faktörleri tahmin etmek.
- Organizasyonun amacı, misyonu, hedefleri, iç değerlendirme ve stratejisi için organize bilgi sağlamak.
- Organizasyonda stratejik düşüncüyü desteklemek.

Dış çevre değerlendirilmesi aracılığı ile stratejik planlama sürecine katılanlar organizasyona olan potansiyel tehlike ve fırsatları belirlerler. Dış çevre için aşağıdakiler bir rehber gibi alınarak sistematik olarak değerlendirilebilir.

Makro Çevre: Organizasyonun işlediği çevrenin dışındaki eğilim ve olaylar (örneğin, küresel ekonomi, endüstriyel eğilimler, ulusal ekonomik işaretler)

Düzenleyici Ortam: Düzenlemeler sırasında olan veya olması muhtemel değişiklikler organizasyonu direk olarak etkiler.

Ekonomik Ortam: Pazarın gösterdiği eğilimler, olaylar ya da ekonomik belirtiler.

Sosyal Ortam: Pazarın toplum sağlığı statüsü, genel sosyal davranışın sağlığa etkileri (örneğin; kötü beslenme, cinsel yolla bulaşan hastalık, sigara uyuşturucu ve alkol kullanımı). Bu alanda demografik değişiklikler ve Pazar eğilimlerinin değerlendirilmesi de vardır.

Politik Ortam: Son günlerde uygulamaya konulan ya da kabul edilmesi beklenen konular gibi faktörler.

Rekabet Ortamı: Aynı türden hizmetler sunmayı hedefleyen organizasyonların zayıf ve güçlü yanları. Aynı zamanda bu organizasyonlar arası stratejik destekte oluşabilecek değişiklikler.

Teknolojik Ortam: İlaç sektörü, genetik ve yüksek teknolojiye son gelişmeler ve organizasyonun işgücü havuzunun beceri bilgi ve yetenekleri.

Tüketici Ortamı: Tüketici tercihleri ve alıcı davranışları.

Dış çevre değerlendirmesi organizasyonu bugün ve yakın zamanda etkileyecek bu yönleri netliğe kavuşturmalıdır. Bu nedenle stratejik planlama ekipleri için önemli olay ve eğilimleri tahmin etme yöntemlerini geliştirmelidir. Bu metotlar ne kadar iyi planlanmış olsalar bile, geleceği tahmin etmede başarılı olmayabilirler. Önemli fonksiyonları ise planlama sürecine dahil kişilere eldeki en iyi bilgi ve stratejik düşünce yetisini sağlamalarıdır. ([http://www.bilkent.edu.tr./hastane yönetimi kitap içerikleri](http://www.bilkent.edu.tr./hastane_yonetimi_kitap_icerikleri), 2001:25)

İç Değerlendirme:

Düzenli bir iç değerlendirme yolu ile sağlık hizmeti sunan organizasyonlar güçlü ve zayıf yönlerini öğrenebilirler. Böylesine bir değerlendirme yapmak bazen çok güçtür. Bunun birkaç nedeni vardır. Öncelikle organizasyonel ve kişisel tam bir değerlendirme yapmak acı verebilir. İkincil olarak, varsayımlara dayanarak bazı sağlık hizmetleri yöneticileri organizasyonlarının güçlü ve zayıf yönlerini bildiklerini sanırlar.

İç değerlendirme yalnızca zayıf ve güçlü yönleri değerlendirmede değil, bunların belirli dış olanak ve tehlikelerle ilişkisini de ortaya koymada yardımcı olur. Zayıf ve güçlü noktaların fırsat ve tehlikelerle birleştirilmesi stratejik alternatif geliştirmede yararlı olacak kritik bilgilere ışık tutar. İç değerlendirmede organizasyon 10 işletme bölümüne ayrılabilir. Daha sonra, her bölüm diğer bölümlerle karşılaştırılır. Bu 10 bölüm şunlardır:

Yönetim: Yönetim katları, her katın ve bu kattaki şahısların güçleri, yönetim becerileri ve karar vermede resmi yetkileri.

İnsan Kaynakları: Teknik alanlarda uygun olarak yetiştirilmiş personelin varlığı, beceri düzeyleri, işe alma ve işte kalma kayıtları ve programlamadaki etkinlik.

Finansman: Sermayenin varlığı ve kullanımı, işletme vergilerinin kullanımı, oran analizleri, bütçe değişimleri ve iç kontrol mekanizmaları.

Pazarlama: Hizmet edilen hastaların özellikleri (ödeme noktası, eşitlik, demografi, geldiği yer, referans kaynakları gibi) hizmet veya ürünlerin kullanım düzeyi. Hizmet sunum mekanizmaları, promosyon teknikleri ve her birinin başarı oranı.

Klinik Sistemler: Varolan teknolojinin hacmi, kalitesi ve düzeyi; ihtiyaç duyulan teknoloji ve klinisyenlerin beceri ve bilgi temelleri.

Organizasyonel Yapı: İnsan kaynakları, teknoloji, pazarlama ve yönetim becerisi ilişkisi.

Organizasyonel Kültür: Değer yargıları ve sistemi destekleyen davranış beklentileri.

Fiziksel Şartlar: Sınırlamalar veya gelecekteki büyüme ve değişikliğe yatkınlık.

Enformasyon Sistemleri: Finansal, klinik ve pazarlama enformasyon sistemlerine bağlanabilme yetisi.

Liderlik Yetenekleri: Organizasyonun kıdemli ve üst düzey yöneticilerinin, yönetici kadrolarının, bölüm başkanlarının liderliklerinin kanıtlanmış olması. Bu alan belki de en önemli alan olmasına rağmen ne yazık ki süreçte hep dışlanan bir konudur. Bu bölümlerin çoğu somut ve soyut verilerin değerlendirilmesini gerektirir. İç değerlendirmede stratejik planlamanın diğer bütün aşamaları gibi, karar vericilerin enformasyonu iyi değerlendirme ve önceliklerini belirlemeleri veri toplanması kadar önemlidir. ([http://www.bilkent.edu.tr./hastane yönetimi kitap içerikleri](http://www.bilkent.edu.tr./hastane_yonetimi_kitap_icerikleri), 2001:26)

2.4. Sağlık Kurumlarında Uygulanan Başlıca Stratejiler

Duncan, Ginter ve Swayne (1995), sağlık kurumlarında uygulanan stratejileri beş ana grupta toplamıştır. Bu stratejiler şunlardır;

1. Yönelim Stratejileri
2. Uyum Sağlama Stratejileri
3. Pazara Girme Stratejileri
4. Pozisyon Stratejileri
5. Operasyonel Stratejileri (Uygulama planları)

Stratejik yönetim sürecinde yöneticiler bu beş stratejiyi bir sıra halinde kararlaştırmak durumundadır. Daha açık bir anlatımla yönetici ilk önce yönelim stratejisini kararlaştıracaktır.

Yönelim stratejisi sağlık kurumunun amaçlarının, hedeflerinin, vizyonun ve misyonunun tanımlanmasını içermektedir. Yönelim stratejisini belirledikten sonra, yönetici amaç ve hedefleri gerçekleştirmek için en iyi uyum sağlama stratejisini kararlaştırmaktadır.

Uyum stratejisi saptandıktan sonra, pazara girme stratejileri geliştirilmektedir. Pazara girme stratejilerinin belirlenmesinden sonra, sağlık kurumunun pazardaki konumunu ortaya koyacak pozisyon stratejileri seçilmektedir. Son olarak da kararlaştırılan strateji ve stratejilerin hayata geçirilmesi için uygulama planları veya operasyonel stratejiler hazırlanmaktadır.

2.4.1. Yönelim Stratejileri

Yönelim (directional) stratejileri, en genel stratejilerdir ve kurumun asli yönelimini belirlemektedir. Yönelim stratejileri, sağlık kurumunu misyonunun (Biz kimiz?, Niçin varız?) ve geleceğe dönük vizyonunun (Ne olmalıyız?) belirlenmesini içerir. Bu stratejiler kurum felsefesi veya değerlerinin yaratılmasını sağlamaktadır.

2.4.2. Uyum Sağlama Stratejileri

Uyum sağlama stratejileri, yönelim stratejilerine oranla daha spesifik; kurumun vizyonunu, misyonunu, amaç ve hedeflerini gerçekleştirmek için benimsenmesi gereken stratejileri içermektedir. Uyum stratejileri üç ana gruba ayrılır.

1. Büyüme stratejileri
2. Sözleşme stratejileri
3. Dengeyi koruma stratejileri

2.4.3. Pazara Girme Stratejileri

Genişleme stratejileri, yeni bir pazara girmeyi gerektirir; bu nedenle yöneticilerin bir pazara nasıl girebileceği veya yeni pazarın nasıl yaratılacağı konusunda karar vermesi gerekmektedir.

Yeni bir pazara girme ve Pazar geliştirme konusunda sağlık kurumlarının uygulayabileceği üç ana strateji bulunmaktadır.

1. Satın alma stratejisi
2. İşbirliği stratejisi
3. Geliştirme stratejisi

2.4.4. Pozisyon Stratejileri

Uyum sağlama ve pazara girme stratejileri geliştirildikten sonra yöneticiler ürün ve hizmetlerin rekabet ortamındaki konumunu belirlemek zorundadır. Michael Porter, bir ürün veya hizmetin rekabet ortamındaki konumunu belirleyen üç strateji türü geliştirmiştir.

1. Maliyet
2. Farklılaştırma
3. Odak

2.4.5. Operasyonel Stratejiler

Kararlaştırılan strateji ve stratejilerin hayata geçirilmesi için uygulama planları ve operasyonel stratejiler hazırlamaktır:

ANA STRATEJİLER		ALT STRATEJİLER
YÖNELİM	Misyon Vizyon	Değerler Hedefler ve Amaçlar
↓		↓
UYUM SAĞLAMA	BÜYÜME Çeşitlendirme Dikey Birleşme Pazar Geliştirme Ürün Geliştirme	SÖZLEŞME Tasfiye Varlıkların Satılması Tasarruf Harmanı Kaldırma KARARLILIK İş Geliştirme Durumu Koruma
↓		↓
PAZARA GİRME	SATIN ALMA Ele Geçirme Lisans Alma Sermaye Yatırımı GELİŞTİRME Kurum İçi Gelişme Kurum İçi Yatırım	İŞBİRLİĞİ Birleşme İttifak kurma Ortak girişim
↓		↓
POZİSYON BOYUTLU Önderliği	PAZAR DİLİMİ Odak/Maliyet Önderliği Odak/ Farklılaştırma Farklılaştırma	PAZAR Maliyet
↓		↓
OPERASYONEL Sistemleri Kaynakları	KURUMSAL Kültür Kurumsal Yapı Teknik Olanaklar Etik ve Sorumluluk	İŞLEVSEL Pazarlama Bilgi Finans İnsan

Şekil 4. Sağlık Kurumlarında Uygulanan Başlıca Stratejiler

(Kavuncubaşı, 2000:150)

2.5. Stratejilerin Değerlendirilmesi

Sağlık kurumlarında uygulanacak stratejileri kararlaştırmadan önce, bu stratejilerin kurumsal ve çevresel koşullar açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Stratejilerin uygunluğunun değerlendirilmesinde kullanılan bir çok teknik geliştirilmiştir. Bu tekniklerden en fazla kullanılanlar;

- SWOT Analizi
- Boston Danışma (Consulting) Grubu (BCG) Büyüme Paylaşım Matrisi

2.6. SWOT ANALİZİ

Bir yönetim danışmanlığı tekniği olan SWOT Analizi ;

- “ Strengths - Güçlü Yanlar”
- “ Weaknesses - Zayıf Yanlar”
- “ Opportunities - Fırsatlar”
- “ Threats - Tehditler”

Sözcüklerinin baş harfleri kullanılarak isimlendirilmiştir. SWOT Analizi, bir kuruluşun mevcut ve gelecekteki amaçlarını gerçekleştirebilmek için stratejik yönelimlerini tanımlamak ve uygulanmasını sağlamak amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmadır.

Tanımdan anlaşıldığı üzere, SWOT Analizinde, bir yandan dış dünyadaki gelişmeler göz önünde tutularak, kuruluşun içinde bulunduğu ve gelecekteki durumunu etkileyecek fırsat ve tehditler belirlenmekte, bu ortamda elde edilen bilgiler ışığında kuruluşun başarıya ulaşabilmesi ve bunu sürdürebilmesi için mevcut yapıdaki güçlü ve zayıf yönler tartışılarak ortaya çıkarılmaktadır.

(MPM,2000: 315)

Bir başka tanımda ise SWOT Analizi; İşletmenin bir bütün olarak mevcut durumunun ve tecrübesinin incelenmesi, üstün ve zayıf yönlerinin tanımlanması ve bunların çevre şartlarıyla uyumlu hale getirilmesi sürecine, etkileşim analizine SWOT Analizi adı verilir.

SWOT Analizi bazı kaynaklarda FÜTZ Analizi olarak, Türkçe baş harfleri alınarak isimlendirilmiştir.

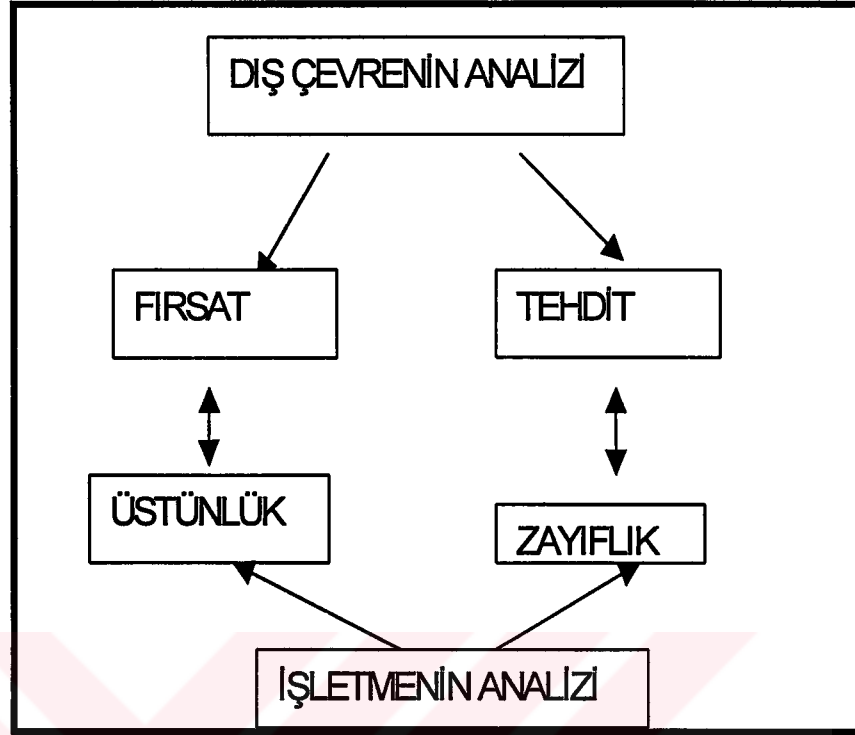
- Fırsatlar
- Üstünlükler
- Tehditler
- Zayıflık

Fırsat: Stratejik yönetim açısından fırsat, çevrenin işletmeye sunduğu ve amaçlarını başarıyla gerçekleştirmesi için elverişli herhangi bir durum olarak tanımlanabilir.

Üstünlük: Çevreden gelen fırsatlar, işletmenin kaynak ve kapasitesinin yeterli olması halinde değerlendirilebilecek bir gelişmedir.

Tehdit: Tehdit veya tehlike, işletmenin amaçlarını gerçekleştirmesini zorlaştıran veya imkansız hale getiren yeni bir durum demektir.

Zayıflık: Bir işletme için zayıflık, rakiplerine göre daha az verimli veya etkili olduğu yönleri ve faaliyetleri demektir. Ayrıca zayıflık için bir başka ölçü olarak, çevrede meydana gelen değişiklikler karşısında işletmenin yetersiz kalması veya değişikliğe cevap verememesidir. (Dinçer,1998:204)



Şekil 5. Çevre Şartları İle İşletme Kabiliyetleri Arasındaki İlişki

SWOT Analizinin temeldeki amacı, güçlülüğü ve şansı maksimize etmek ve bunun yanı sıra ise zayıflığı ve tehlikeyi minimize etmek için kullanılan etkili bir stratejidir. (http://www.oltent-plus.ch/html/wir_uber_uns/swotanalyse.htm)

SWOT Analizi genellikle üretim işletmelerinde uygulama olanağı bulmuştur. Yapılan araştırmalar sonucunda, SWOT Analizinin sağlık alanında uygulandığını gösteren makaleler bulunmuştur. 1992-2002 yılları arasında yabancı literatürlerde toplam 20 makaleye rastlanılmış ve kaynakçada belirtilmiştir. Örneğin;

Application of strengths, weaknesses, opportunities and threats analysis in the development of a health technology assesment program. (Gibis B ve Başkaları, Health Policy, Amsterdam, Netherlands, 2001, Oct; 58(1),27-35 Journal Code:HEP)

Bussines planning: can the health service move from strategy into action? (Bennett AR, J Manag Med, 1994; 8(2): 24-33 Journal Code:BVV England)

Applicability of SWOT analysis for measuring quality of public oral health service as perceived by adult patients in Finland. Strengths, weaknesses, opportunities and threats. (Toivanen T ve Başkaları, Community Dentistry and oral Epidemiology.1 1999 Oct; 27(5):386-91 Journal Code: DNF

Almanca literatürde SWOT Analizi, (Staerken- Schwaechen-Analyse und Chancen-Risiko- Analyse) şeklinde isimlendirilir. SWOT Analizinde işletmenin zayıf - güçlü ve fırsatlar- tehlikeler analizinde sorgulanması gereken birtakım kriterler bulunmaktadır.

2.6.1. Üstünlük ve Zayıflık Analizi İçin Oluşturulan Kontrol Listesi

Genel İşletme Bilgileri:

- Satış İşlemleri
- Başarı (Verimlilik, Kâr)
- Pazar Payı
- Nakit Akışı
- Personel Sayısı
- Konumu
- Hukuki Yapısı

Teklif Potansiyeli (Üretim ve Hizmet):

- Üretim Kalitesi (Yaşam Süresi, Dayanıklılığı) > Ürün karşılaştırması
- Ürün Yeterliliği (Performans) > Ürün karşılaştırması
- Ürün Tasarımı > Ürün karşılaştırması
- Ürün Yelpazesi

Dağıtım:

- Satış Organizasyonu
- Satış Kapasitesi
- Satış Kanalı (Dükkan, Katalog, İnternet ...)
- Teslimat Becerisi
- Lojistik
- Konumu
- Depolama
- Nakliye

Tanıtma ve Tutundurma:

- Reklam
- Sunum (Tanıtma-usul ve tekniklerin) Ölçülmesi
- Halkla İlişkiler
- Promosyon
- Müşteri ile On-Line bağlantı
- Kurum Kimliği
- İmaj

Fiyat ve Ödeme Şartları:

- Fiyat Kabul Ettirme Yeteneği
- Fiyat Politikası
- İskonto Sistemi; Özel Ödeme Şartları
- Teslim ve Ödeme Koşulları
- Yan Hizmetlerin Kapsamı (Garanti, yerinde teslim montaj)

Kullanım Potansiyeli ve Destek Hizmetleri:

- Teknik Servis
- Garanti
- Bakım
- Montaj

- Eğitim
- Teknik Dokümantasyon (Kullanım Kılavuzu v.s. gibi...)
- Finansman Teklifi

Sistem Teknolojilerinde Entegrasyon Potansiyeli:

- Yatırım Projelerinde Eşlik Etmek

Üretim / İmalat/ Tedarik:

- İmalat Türü (Tek Üretim, Seri Üretim vs. gibi...)
- İmalat Teknolojisi
- Esneklik
- İmalat Kapasitesi
- Kapasite Kullanım Oranı
- Verimlilik
- İmalat Derinliği (İmalatta kullanılan donanımın kapsamı)
- Yerleşim

AR-GE:

- Ar-GE Yatırımı
- Know – How
- Teknik Donanım
- Patent ve Lisans Hakkı
- Dış AR-GE Kaynakları ve İşbirliklerine Erişim
- Piyasadaki Yeni Ürün Sayısı

Tedarik:

- Hammaddeler, Yarı Mamul ve Hazır Mamullere Erişim
- Fiyat Karşılaştırmaları
- Tedarikçinin Performansı
- Teslim Süresi
- Kalite

- Güvenilirlik
- Tedarikçi Sayısı
- Temin Etme Garantisi
- Bilgisayar Destekli Sipariş Sistemi
- Stok Kontrol
- Tedarikçiye Bağımlı Olma Derecesi

Finans:

- Öz Sermaye
- Yabancı Sermaye
- Yabancı Sermayenin Maliyeti
- Nakit Durumu (Likidite)
- Finansal Yedek (İhtiyat)

Personel:

- Kabiliyet
- Deneyim
- Motivasyon
- Ücret sistemi

Masraflar / Yapılanma:

- Maaş ve Ücret Ödemeleri
- Hammaddeler ve İlk Üretim
- Enerji
- Bina ve Donanım Amortismanları
- Sermaye Maliyeti
- Vergiler ve Harçlar
- Muhasebe Sistemi
- Kontrol Sistem

Yönetim ve Organizasyon:

- Organizasyon Yapısı
- Yönetim Şekli
- Planlama Araçları
- Kontrol ve Vergi Araçları

Enformasyon Yönetimi:

- Büro İletişim Durumu
- Bilgisayar Donanımlı İmalat (CIM) –Bilgisayar Donanımlı Hizmet Yönetim Durumu
- Firma İçi Enformasyonun Bağlantı Derecesi
- Pazar Araştırması
- Muhasebe ve Yönetim Muhasebesi Sistemlerinin Performans Düzeyi

2.6.2. Fırsat ve Tehdit Analizi İçin Oluşturulan Kontrol Listesi

Pazar ve Rekabet (Branş)

Pazar Yapısı:

- Pazara Giriş Engelleri
- Pazardan Çıkış Engelleri
- Müşterilerin Gücü ve Yapısı
- Rakiplerin Gücü ve Yapısı

Pazar Potansiyeli – Hacim:

- Potansiyel Müşteri Sayısı
- Pazar Büyümesi
- Pazar Doymuşluğu
- Yatırım Davranışı / Tüketim Davranışı

- Eldeki Yatırım İmkanları / Kullanılabilir Gelir
- Demografik Gelişim

Müşteri Yapısı ve Müşteri İstekleri:

- Müşteri Yapısı (Büüklüğü, Branş...)
- Talebin Gücü
- Müşteri Beklentileri

Rekabet / Rakipler:

- Rakiplerin Sayısı
- Rakiplerin Yapısı
- Rakiplerin Pazardaki Payı
- Rakiplerin Stratejileri / Aktiviteleri
- Rekabet Yapısının Analizi
- Branş Kuralları

Çevre ve Genel Kurallar Çerçevesi**Yasal ve Kamusal Çerçeve:**

- Vergi Mevzuatı
- Çevre Mevzuatı
- Rekabet Mevzuatı
- Teşvik Mevzuatı
- Kamu ve Hizmet Alım Uygulamaları
- Sosyal Hizmetler
- İş Hukuku
- İthalat / İhracat Engelleri
- Teknik Mevzuat ve Standartlar
- İktisat Politikası
- Politik İstikrar

Genel Toplumsal Şartlar:

- Toplumun Dünya Görüşü
- Boş Zamanları Değerlendirme

Çevre Şartları:

- Toprak, Hava ve Suyun Durumu
- Atık Durumu
- Akılcı Enerji Kullanımı
- İklim Şartları

Teknoloji/ Teknik Gelişmeler:

- Yeni Üretim Tekniği ve Teknolojisi

Diğer Şartlar:

- Ekonominin Durumu
- Enflasyon
- Para Kurunun İstikrarı

(<http://www.fhbrandenburg.de/~hoeft/toolbox/swot.htm>)

2.6.3. SWOT Analizinin Uygulanış Biçimi

SWOT Analizi işletmenin kendi uzmanları veya işletme dışında yönetim danışmanlığı yapan firmaların uzmanları tarafından yapılır. SWOT Analizi çalışmasının bulgularını içeren rapor iki bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm; çalışmayı gerçekleştiren uzmanların görüş ve değerlendirmelerini içermekte, İkinci Bölüm ise; çalışma sırasında elde edilen bulgular yer almaktadır. Çalışma toplantısına, üst ve orta düzey yöneticilerin katılımı sağlanır. Katılımcıların yuvarlak bir masa etrafına ve yüz yüze bakacak şekilde oturmaları sağlanır ve toplantı SWOT Analizini yapan uzmanın moderatörlüğünde gerçekleşir.

yöneticilerin katılımı sağlanır. Katılımcıların yuvarlak bir masa etrafına ve yüz yüze bakacak şekilde oturmaları sağlanır ve toplantı SWOT Analizini yapan uzmanın moderatörlüğünde gerçekleşir.

Çalışma sırasında, katılımcıların günlük işlerinin dışında bir amaç için bir araya gelmeleri ve çalışma ortamlarından uzak olmaları için iş ortamı dışındaki seminer salonları ayarlanır.

Çalışmanın birinci aşamasında, "MİSYON CÜMLESİ" oluşturma çalışmaları yer alır. Katılımcıların ileri sürdükleri önerilerin düzenlenmesi ile misyon cümlesi son şeklini alır.

İkinci aşamada, işletmenin içinde bulunduğu sektör, ülke ve dünya koşullarının işletme için doğurduğu fırsatlar ve tehditler belirlenir. Çalışmanın son aşamasında ise, mevcut koşullar altında işletmenin başarıya ulaşabilmesi için, diğer bir deyişle misyonunu gerçekleştirebilmesi için, güçlü ve zayıf yönlerinin neler olduğu tartışılır ve belirlenir.

Çalışmanın bir diğer amacı da, çeşitli fonksiyonlardan sorumlu karar alıcıların tümünü bir araya getirerek, işletmeye ilişkin görüşlerin ve perspektiflerin bu ortamda dile getirilmesini sağlamaktır.

Bu çalışma sonunda raporlar yazılır ve öneriler (eğer istenirse) hazırlanır ve sunulur. Bu analiz sonucu ortaya çıkan tablo, nihai bir durum değildir. Bu çalışma ile, işletmenin bugünkü durumunun daha iyi anlaşılması ve geleceğe yönelik olarak alınacak kararların daha sağlıklı olabilmesi için baz olabilecek verilerin ortaya çıkması amaçlanmaktadır.

Erden ve arkadaşlarınca, 2000 yılında seminer konusu olarak, stratejik yönetim tekniklerinden biri olan SWOT Analizini "Özel Küre Hastanesinde Pazarlama Stratejisi" konulu araştırmada elde edilen bulgular;

- Özel hastanelerde, insan kaynakları departmanı bulunmaktadır.
 - Kalifiye eleman yüksek ücret ile istihdam edilmekte ve daha sonra bu ücret artışı minimum düzeyde olmaktadır.
 - İhtiyaca göre personel işletmeye alınmaktadır. Bazı özel hastanelerde ise az sayıda personel ile işletme faaliyet göstermektedir.
 - Enformasyon Sistemine önem verilmekte ve özellikle stok kontrol ve sarf malzeme kullanımı titizlikle yapılmaktadır. Malzeme alımı az ve ihtiyaç duyulduğunda yapılmakta ve minimum stokla çalışılmaktadır.
 - Hasta bakımı ve otelcilik hizmetlerinde kaliteli hizmet anlayışı yaygındır.
 - Hasta hakları ve istekleri bu işletmeler için önem arz etmektedir.
 - İşletme departmanlarına ve profesyonel hastane işletmecileri istihdam edilmektedir.
 - Her zaman tepe yönetimde genellikle sahibi hekim olan kişi ve kişiler bulunmaktadır.
 - Müşteri portföylerini, ücretli hasta, banka ve özel kurum ve kuruluşlarda çalışan personel ve yakınları oluşturmaktadır.
 - Ayrıca SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı gibi kamu sigorta kurumları ile yapılan anlaşmalar çerçevesinde gelen kamu çalışanları ve yakınları da bu müşteri portföyü içerisinde yer almaktadır.
-
- Özel hastanelerde, Türk Tabipler Birliği fiyat politikaları ile talebe bağlı esnek fiyat politikaları uygulanmaktadır.
 - Satış, Tutundurma ve Dağıtım gibi pazarlama elemanları kullanılmaktadır.
 - Özel promosyon günleri düzenlenmekte ve basın yolu ile tanıtım çalışmalarına önem verilmektedir.

Bu özel hastanede yapılan araştırmalar ve toplanan veriler sayesinde; işletmenin gl ve zayıf yanlarını dış çevreden gelen fırsatlarını ve tehditlerini ortaya koyarak bir takım stratejik çözümler önerildi. Hazırlanan araştırma raporu yönetime sunuldu ve bu önerilerin bazıları uygulama olanağı buldu. Aynı zamanda ortaya konan tehlike sinyalleri tespit edildi.

Örneğın; Hastanenin yatak işgal oranı %40 civarındaydı. Yönetimin anlaştığı hekimler varolan kapasiteyi yeterince kullanamamaktaydılar. Bunun için hekim sayısını artırmak zorunda olduğu tespit edildi. Yönetime verilen rapor sonucu; muayenehanesi olan her hekime hastane hizmetlerinden faydalanması için paket fiyat uygulamasına geçildi. Bunun zerine hastanede hasta sayısında artış gözlemlendi.

işletmenin gerek ilişkide olduğu firmalar, gerekse çalışan personel için yapılan ödemeleri zamanın da yapması gerekiyordu. Çünkü, mazisi şaibeli bir işletmenin tekrar güven ortamı yaratması uzun süre alacaktı. Ne yazık ki işletme demeler dengesini dzenleyemedi. Tüm firmalar sarf malzeme satımını durdular ve ardından personel istifaları başladı.

SWOT Analizinin uygulanma şekli bu çalışmayı nasıl etkileyecekti?

Uzman görüşü alındığında; “Kurum için çalışan birinin kurumu değerlendirmesi avantajdır. Dışarıdan gelen bir uzmandan daha fazla i değerlendirme yapabilir.” Dezavantaj ise; Kurum st yönetimi emrinde çalışan bir eleman tarafından sorgulanmak istemez.

Özel Küre Hastanesinde olduğu gibi İbn-i Sina Hastanesinde de bu çalışma esnasında böyle bir toplantı şansı bulunamadı”.

Fakat, bazı yöneticilerle birebir görüşme tekniği ile veriler toplandı ve değerlendirildi.

2.7. Boston Danışma Grubu ve Büyüme/ Pazar Payı Matrisi

Boston Danışma Grubu (BDG) tarafından geliştirilen ve “Mamul Portföyü” veya Büyüme / Pazar Payı Matrisi” olarak adlandırılan bu matris, en çok bilinen Portföy Analiz tekniğidir. Bu yöntem, görelî pazar payını ve pazarın büyüme oranını esas alır. Görelî Pazar payı, bir kurumun pazardaki en güçlü rakibine göre konumunu belirlemektedir.

Bir kurumun Görelî Pazar payı, kendi Pazar payının, en güçlü rakibinin pazar payına bölünmesi ile bulunur.

Görelî Pazar Payı=Kurumun Pazar Payı/ En Güçlü Rakibin Pazar Payı

Örneğin, bir kurumun pazar payının 0.2 olması, o kurumun en güçlü rakibinin pazar payının (Satış toplamının) yalnızca % 20’si kadar pazar payına (Satış toplamına) sahip olduğu anlamına gelir. Görelî Pazar payı ile ilgili 3 durum ortaya çıkabilir. Bunlar;

Tablo 7. Görelî Pazar Payı ve Anlamı

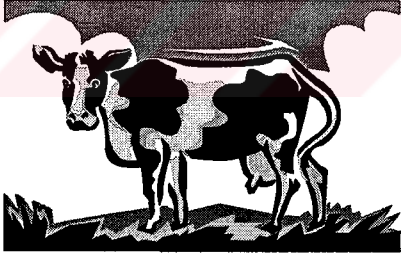
Durumlar	Görelî Pazar Payı	Anlamı
1	> 1	Kurum, pazarda en yüksek pazar payına sahiptir.
2	= 1	Kurumun Pazar payı en güçlü rakibinin Pazar payına eşittir.
3	< 1	Kurumun Pazar payı en güçlü rakibinin Pazar payından düşüktür.

Yöntemdeki bir diğer faktör, pazarın büyüme oranıdır. Pazarın büyüme oranı yıllık olarak ölçülür ve bir önceki yıla göre sunulan hizmet miktarlarındaki artış dikkate alınır. Pazarın büyüme oranı şu şekilde hesaplanır;

$$\text{Pazarın Büyüme Oranı} = V_t - V_{t-1} / V_{t-1}$$

BDG yöntemine göre, pazarın normal büyüme oranı %10'dur. %10'un altındaki büyüme oranı "düşük büyüme oranı", %10'un üstündeki büyüme oranı ise "yüksek büyüme oranı" olarak kabul edilir. Göreli pazar payı ve pazarın büyüme oranı bir matris üzerinde birleştirildiğinde Boston Danışma Grubu Matrisi oluşmaktadır.

Görelî Pazar Payı

Yatırım Yap		Şimdilik Dur	
Yüksek		1.0	Düşük
PAZARIN BÜYÜMESİ	Yıldızlar 	Soru İşareti ? ? ?	
	Nakit İnekler 	Köpekler 	
Hasatı Topla		Çekil	

Şekil 6. Boston Danışma Grubu Matrisi

Tablo 8. Boston Danışma Grubu Büyüme Paylaşım Matrisi

Kadran	Geleneksel Tanım	Farklı Bir Bakış Açısı
Nakit İnekler	Güçlü piyasa pozisyonunuza dayanarak çok ciddi nakit imkanı yaratırsınız. Piyasalar statik veya çok yavaş büyüdüğünden, fazla yatırıma gerek yoktur. Fazla nakdi buradan alıp yıldızlara yatırım yapın.	Statik bir sektörde güçlü bir pozisyonunuz var. Üretim ve dağıtım imkanlarınızı, mevcut ve müşterilerinizi tanıyorsunuz. O halde, üzerine inşa edecek iyi bir temeliniz var. Bildiğiniz işi canlandırmaya çalışın. Herkesin gözünü diktiği yıldızlara yönelip geleceğinizi riske etmeyin.
Yıldızlar	Hızlı büyüyen sektörde güçlü bir pozisyon. Kısa vadede çok kârlı olmasa da buraya yatırım yapın, zira geleceğiniz burada yatıyor.	Bunlar çok hızlı büyüyen piyasalar. O nedenle çok fazla rakibi cezp ederler. Fazla kapasite ortaya çıkar, Pazar payları düşer ve çoğu firma için zarar getirir. Alçak profil gösterin, önce başkalarının başlamasını bekleyin ve düşük kârlar nedeniyle sektörü terk etmek isteyenleri ucuza satın alın.
Soru İşareti	Büyüyen pazarda zayıf pozisyon. Pozisyon zayıf olduğundan kazanç düşük. Gerekli yatırım yapılırsa yıldıza dönüşebilir.	Büyüyen pazarda zayıf pozisyon. Yeni rakiplerin istilasını kaçınılmaz. Elinizdeki işletmeyi iştahlı rakiplere iyi fiyata satın. Alanlar piyasanın doymuş olduğunu fark edene kadar bayağı zaman geçer, uyandırmayın.
Köpekler	Statik piyasada zayıf pozisyon. piyasa payını artırmak ancak rakiplerin paylarını azaltarak mümkün. Başka alanlara da girin.	Statik piyasada zayıf pozisyon. Rakipleriniz muhtemelen durumlarından memnun, bu nedenle çok yatırım yapmadılar, hatta piyasadan çıkmak istiyor olabilirler. Ciddi Olarak saldırıya geçin. Unutmayın, Japonlar muhtemel fırsatları görünceye dek piyano, rulman ve fermuar piyasaları "köpek " kategorisinde görüyordu.

(Kırım, 1998:24-25) (Kavuncu başı, 2000:162-163)

Boston Danışma Grubu Matrisi İle Strateji Değerlendirme

İşletmenin, Boston Danışma Grubu Matrisine göre, hizmet ve ürün çeşitlerinin bulunduğu kategoriler tespit edildiğinde, bunlara uygun stratejiler geliştirilmektedir. Literatüre baktığımızda verilen genel tanımlara göre her zaman uygun bir strateji geliştirmek mümkün değil. Bazen farklı görüş açılarını da değerlendirmek gerekmektedir.

2.8. Hizmet İşletmelerinin ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık kurumlarının ve sağlık hizmetlerinin diğer hizmet işletmelerinden farklı kılan birtakım özellikler bulunmaktadır. Bu farklılıklar stratejik kararlar üzerinde oldukça önemli bir etkiye sahiptir. Sağlık hizmetlerinin bu farklılıkları aynı zamanda birtakım problemlerde beraberinde getirmektedir. Hizmet işletmelerinin özelliklerini ve sorunlarını şöyle sıralayabiliriz.

- Hizmet soyuttur: Kilogram, metre, litre gibi miktar ifade eden herhangi bir ölçü birimi ile tanımlanamaz. Beş duyu organıyla algılanamaz. Dolayısı ile satın alınmadan önce duyulması, görülmesi, dokunulması söz konusu değildir.
- Hizmet Bölünemez: Kendini oluşturan ve anlam veren unsurlarıyla bir bütündür.
- Envanter yapılamaz: Hizmet işletmelerinde, hizmetlerin soyut olması ve depolanamaması yüzünden envanter yapılamaz.
- Emek yoğunur: Hizmet işletmelerinin en önemli özelliğinden biri emek yoğun teknolojiyi kullanmalarıdır.
- Hizmet, hizmeti üretenden ayırt edilemez: Hizmetler üretildiği anda tüketilirler. Üretici ile tüketici arasındaki yakınlık ve yüz yüze ilişki gerekir.

- Hizmetler standartlaştırılmaz: Hizmetin temel üretim şekli insan davranışları ile gerçekleşir. Bu yüzden aynı kişinin üretip sunduğu hizmetler birbirinden farklı olabilir. (Dinçer, 1998:437)

Sağlık hizmeti veren işletmeler de tıpkı diğer hizmet işletmelerinin özelliklerine sahip olmakla birlikte bazı farklılıklar yaratırlar. Bunlar ise;

- Sağlık işletmelerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir; Tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler ve hastalığın tedavisi için gerekli tanı işlemlerinin olması uzmanlaşma derecesini artıran faktörlerin başında gelmektedir.
- Sağlık işletmelerinde insan gücü profesyonel kişilerden oluşur; Profesyonel kişiler için mesleki amaçlar, kurumsal amaçların önündedir. Bunun için profesyonel kişilerle, yönetim arasında çatışmalar ortaya çıkmaktadır.
- Sağlık işletmelerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir. İşlevsel Bağımlılık: bir kişi veya birimin iş yapabilmesi için bir başka kişi veya birimin hizmetlerine gereksinim duyması anlamına gelmektedir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir. Örneğin, bir sağlık kurumuna başvurulduğunda hastanın iyileştirilmesi için, hekimlerin, hemşirelerin, eczacıların ve daha başka kişilerin işbirliği oluşturması gerekmektedir.
- Sağlık işletmelerinde yapılan işler karmaşık ve değişkendir. Sağlık kurumlarında karmaşıklık, çok sayıda amacın bulunması (tanı, tedavi, araştırma, eğitim vs. gibi) ve bunun sonucunda yapılan işlerin, makamların, bölümlerin ve yönetsel kademelerin artması anlamına gelmektedir.
- Sağlık işletmelerinde gerçekleştirilen hizmetler acil ve ertelenemez niteliktedir; Sağlık işletmelerinde 24 saat kesintisiz hizmet üretilir.

- Sağlık işletmelerinde yapılan işler hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır; Verilen hizmetler insan hayatı ile ilgilidir.
- Sağlık profesyonellerinin karar ve eylemleri hastanın hayatta kalma şansını doğrudan etkilemektedir.

2.9. Strateji Uygulama İlkeleri (Devrim Olarak Strateji)

Sağlık işletmelerinde strateji geliştirmek ve uygulamak diğer mal üreten işletmelere göre oldukça zordur. Hizmetlerin sunumu, fiyatlandırılması ve özellikle birim olarak maliyetin belirlenmesi, kâr amacı gütmeyen kamu sağlık işletmeleri için daha da zor bir hal almaktadır.

Kâr amacı gütmeyen örgütlerin stratejik sorunlarını;

1. Eğer hizmet işletmesi, kâr amacı gütmüyorsa, nihai kontrol kriterinin yokluğu
2. Rekabetin olmayışı
3. Politik olmaları
4. Yönetim yapısının zayıf olması
5. Geleneklere bağlı olmaları olarak sıralayabiliriz.

Buna karşın profesyonel işletmecilere ihtiyaç duyan bu kurumlar ise, ülkemizde hekimler tarafından yönetilmektedir.

1994 yılında Hamel ve Prahalad bir dizi yöneticiye sorular sorarak zamanlarının % kaçını yaratıcı stratejiye ayırdıklarını ölçmüşler. Çıkan sonuç, tüm yönetim zamanlarının sadece %2.4'ünü yaratıcı stratejiye ayırdıkları görülmüş. İşleri yönetici olanlar bile strateji yaratmaya bu kadar az zaman ayırabiliyorlarsa, sağlık işletmelerinin yöneticisi olan hekimler zamanlarının % kaçını yaratıcı strateji yaratmaya ayırabiliyorlar?

Kamu sağlık işletmeleri, geleneksel yönetim anlayışları ile, atıl kapasitelerin verimli işletilmemeleri ve yıldıan yıla azalan kaynakları ile yeniden yapılanmak için stratejik kararlar almak ve bu stratejileri uygulamak zorundadırlar.

Çünkü artık sağlık sistemi varolan sorunları stratejik çözüm alternatifleri ile çözmek durumundadır. Sağlık kurumlarına, sağlık çalışanlarına, sağlık sektörüne, rekabete ve sağlık işletmelerindeki yönetim anlayışlarına yeni bir bakış açısı getirilmesi gerekmektedir. Bunu Gary Hamel'in makalesinde verdiği gibi "Strateji bir devrimdir, geriye kalan yalnızca taktiktir."

Strateji uygulamalarında, dünyanın en büyük yönetim danışmanlığı kuruluşlarından McKinsey'in Yönetim Araştırmaları Vakfı tarafından, 1996 yılında Gary Hamel'in, "Devrim Olarak Strateji" makalesindeki ilkeleri baz alarak sağlık sektöründeki kamu sağlık işletmelerinin işleyişinde bu ilkelerin ışık tutacağı varsayımdan yola çıkarak aktarılmıştır. Sağlık Sektöründe yerel ya da global ölçekli bir devrim yaratmak için gerekli ilkeler;

1. Stratejik planlama stratejik değildir. Stratejik planlama pek çok şirkette takvime bağlı bir ritüelden öte bir şey değildir. Bugün çoğu işletmelerdeki temel sorun, planlama ile strateji oluşturma arasında ayrım yapamamaktan kaynaklanmaktadır.
2. Strateji oluşturma yıkıcı olmalıdır. Sektörünüzde yaygın kabul gören her inanişı sorgulayın. Bu inanişları ortadan kaldırıncı ne gibi fırsatların ortaya çıkacağını tartışın.
3. Darboğaz şişenin tepesindedir. Pek çok işletmede stratejik statükonun güçlü savunucuları vardır. Bunlara "st yönetim"adı verilir. Örgüt piramidini tersine çevirmeyi ciddi olarak düşünmelisiniz.

4. Her kurumda sektör devrimcileri vardır. Orta kademe yöneticiler radikal fikirleri ses bulamadığı için konuşmak istemezler. Bunları, bulup konuşturun.
5. Değişim sorun değildir; sorun, kişilerin değişimi sahiplenmemesidir. Üst yönetim, orta kademe ile diğerlerinin değişime karşı olduğunu düşünür. Bu çoğu kez doğrudur, zira bu değişimler genelde yeni fırsatları keşfetmek için değil, şirket liderlerinin geçmişteki yanlışlarının bedelini ödetmek için başlatılır.
6. Strateji oluşturma katılımcı olmalıdır. Yaratıcı düşünce her kurumun içerisinde yaygın olarak dağıtılmıştır. Yaratıcılık tepe yönetiminin tekelinde olamaz. Gençlere, kuruma yeni katılanlara, merkezin uzağında olanlara da kulak verin.
7. Herkes bir strateji eylemcisi olabilir. Çalışanlar buna gönüllüdür, yeter ki fırsat verilsin.
8. Yukarıdan aşağıya ve aşağıdan yukarıya politikalar birbirinin alternatifi değildir. Katılım, katılım, katılım. Radikal strateji yaratma sürecinde üst yönetim "hakim" değil, "öğrenci" rolünü oynamalıdır.
9. Sonu, en baştan görmek mümkün değildir. Strateji yaratma açık uçlu bir süreç olmalıdır. Esneklik, yaratıcı fikirleri teşvik, stratejik plan mantığından çok daha sağlıklıdır.
10. Öngörü ve perspektif en az 50 IQ puanı değerindedir. Aydınlanma olmadan devrim olmaz. Sektör devrimi için dünyaya yeni bir bakış açısıyla, yeni bir objektifle bakmalıyız. Örneğin, "bir işletmenin stratejik kapasitesini belirleyen yatırımları değil, hayal gücüdür", perspektifi yepyeni bir bakış açısıdır.

2.10. Yeniden Yapılanma (Restructuring)

Gary Hamel ve C.K.Prahalad, pek çok stratejik düşüncenin veya uygulamanın, İşletmelerin mevcut rekabet alanı içinde nasıl konumlandırılacağı konusuna odaklandığını belirterek, bu yaklaşımın firmaları geride bırakacağını iddia etmektedirler.

Buna göre; mevcut sektör yapısını veri olarak kabul etmek ve hali hazırdaki geleneklere karşı çıkmamak, geçmişini korumak anlamına gelir. Halbuki işletmeler için gelecek hayati öneme sahiptir.

Gelecek üzerine odaklanmak daha iyi öngörülerle, henüz mevcut olmayan mal ve hizmetleri, hatta sektörleri hayal edebilme yeteneğine sahip olmak gerekir. Yeniden yapılanma, süreçlerin yeniden düzenlenmesi (Reengineering) ve yalın yönetim gibi çabalar verimliliği artırır. Yazarlar geleceğin kazanabilinmesi için başlıca 3 safhalı rekabetten veya bir strateji geliştirme sürecinden bahsetmektedirler.

1. Geleceği Aramak
2. Harekete Geçmek
3. Geleceğe Herkesten Önce Ulaşmak (Dinçer,1998:120-121)

III. ARAŞTIRMA

1. Problem

1.1. Problem Durumu

Türkiye’de kamu finans kaynaklarının kıt ve kamu borçlanması yüksek olması nedeniyle tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de büyük bir ekonomik kriz yaşanmaktadır. Ayrıca Gayri Safi Milli Hasıladan sağlığa yeterince kaynak ayrılmaması ve mevcut kaynakların ise etkili ve verimli kullanılamaması problemlerin artmasına neden olmaktadır.

Bunun için tüm kamu sağlık kuruluşlarının finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutu ile yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

Türkiye’deki kamu sağlık kurum ve kuruluşlarının, çağdaş işletmecilik esaslarına göre yönetilmemesi, rekabete açık olmaması, sağlık insan gücünün etkili kullanılmaması, çalışanların görev-yetki ve sorumluluklarının tam olarak belirlenmemiş olması, hizmetin kaliteli ve sürekliliğinin sağlanamaması verimsizliliği artırmaktadır. Türkiye’de kamu sağlık kuruluşlarında, stratejik yönetim uygulaması bulunmamaktadır.

Sağlık kurumlarında yöneticilerin çoğunluğunun hekim olması ve bu yönetici hekimlerin, hem kendi uzmanlık alanlarındaki işleri, hem de kurum ile ilgili programların yürütülmesi ile ilgili günlük işleri bir arada yapmaları, strateji geliştirmeye ayrılan süreyi azalmaktadır. Dolayısıyla bu birimler görevlerini yeterince yerine getirememektedirler.

1.2. Problem Cümlesi

Kamu sağlık kurumlarından biri olan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesinin işletme olduğu dikkate alınarak işletmecilik esaslarına göre iç ve dış çevre analizleri yapılarak kurumun zayıf ve güçlü yönleri ile fırsat ve tehditlerinin ortaya konularak, bunlara uygun stratejik politikalar üretilmesi halinde verimlilik sağlanabileceğinin ortaya konulmasıdır.

1.3. Varsayımlar

Kamu sağlık kurumlarının varolan kaynaklarını işletmecilik esaslarına uygun şekilde yönetmeleri ve stratejik yönetime ağırlık vermeleri durumunda, kaliteli ve verimli sağlık hizmeti verileceği varsayılmaktadır.

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina hastanesinin kamu sağlık kurumları için tipik bir örnek teşkil ettiği varsayılmaktadır.

1.4. Kapsam ve Sınırlılıkları

Araştırma konusunun kapsamını; Türkiye'deki sağlık sisteminin tarihsel gelişimi, uygulanan sağlık politikaları, kamu sağlık sisteminin sorunları ve finansal durumu ile İbn-i Sina Hastanesinin tüm faktörleri ele alınarak dış çevre analizi, iç çevre analizi, stratejiler ve öneriler oluşturmuştur.

Örneklem olarak ele alınan İbn-i Sina Hastanesine ait 1999-2000 yılı verileri öncelikle elde edildiğinden araştırma bu verilerle başlatılmıştır. 2001 ekim ayı itibarı ile 2001 yılına ait bazı istatistiksel sayılara ve mali tablolara ulaşılmış olup bu veriler de araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırma sürecinde verilerin toplanmasında bir takım sıkıntılarla karşılaşmıştır. Bunlar şöyledir;

- Konu ile ilgili Sağlık Bakanlığın verilerine ulaşmak bazen mümkün olmamaktadır. Bakanlığın bu kaynakları toplayabileceği ve ilgili kişilere sunabileceği bir biriminin olmaması, araştırmacıyı mağdur etmektedir.
- Kamu hastaneleri için de durum aynıdır. Özellikle mali konularda soru yöneltildiğinde ve veri almak istendiğinde gereken destek verilmemektedir.
- Örneklem olarak seçilen kurumda verilerin her birim tarafından değişik şekilde adlandırılması ve yorumlanması nedeniyle zorluklar yaşanmaktadır.
- Üniversite hastanelerinin bilgi işlem merkezlerinin işleyişinin hantal olması. Şubat 2002'de teslim edilen 2001 verileri, Temmuz 2002'de hala istatistik yılı olarak yayınlanmadığı görülmüştür. Araştırılan 3 kamu üniversite hastanesinde de durumun aynı olduğu tespit edilmiştir.

1.5. Kavramsal Çerçeve

SWOT Analizi: Strengths-Güçlü Yanlar, Weaknesses-Zayıf Yanlar, Opportunities-Fırsatlar, Threats-Tehditler sözcüklerinin baş harflerinin kullanılarak isimlendirilmiştir.

SWOT Analizi, bir kuruluşun mevcut ve gelecekteki amaçlarını gerçekleştirebilmek için stratejik yönelimlerini tanımlamak ve uygulanmasını sağlamak amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmadır.

Strateji: Bütüncül bir yaklaşımla strateji; " işletmeye istikamet vermek ve rekabet üstünlüğü sağlamak maksadıyla, işletme ve çevresini sürekli analiz ederek uyum sağlayacak amaçların belirlenmesi, faaliyetlerin planlanması ve gerekli araç ve kaynakların yeniden düzenlenmesi süreci" olarak tanımlanmıştır(Dinçer, 1998:16).

2. Materyal ve Metot

2.1. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Türkiye'deki tüm kamu sağlık kurumları oluşturmaktadır. Ancak tüm kamu kuruluşlarına ait verilerin toplanması ve incelenmesi zaman ve maliyet açısından tez dahilinde gerçekleştirilemeyeceğinden, uygulama için bir kamu sağlık kurumu olan, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina hastanesi örneklem olarak seçilmiştir. Örneklem olarak alınan kamu sağlık kurumunda konuyla ilgili tüm veriler elde edilmeye çalışılmıştır.

2.2. Veri Toplama Tekniği

Araştırmada Hastanenin mevcut durum analizi için gerekli veriler; tıbbi kayıt ve dokümantasyon merkezi ile bilgi-işlem merkezi kayıtlarından; mali analiz için gerekli veriler; genel bütçe hesapları, döner sermaye hesapları, kurum istatistik yıllığından temin edilmiştir. Bu verileri toplamak için kurumdan resmi izin alınmıştır.

Araştırmayla ilgili veriler kaynak taraması şeklinde ve İbn-i Sina hastanesindeki tüm kayıtlar ve istatistiksel bilgiler kullanılmıştır. Araştırma için gerekli veriler ve bilgiler aşağıda ifade edilen yerlerden alınmıştır.

- T.C. Sağlık Bakanlığı
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitim Daire Başkanlığı
- Devlet Planlama Teşkilatının konuyla ilgili her türlü doküman
- Milli Prodüktivite Merkezi (MPM) konuyla ilgili her türlü doküman ve uzmanlarca yapılan sözlü görüşmeler)
- Ankara Üniversitesi Rektörlüğü
- Ankara Üniversitesi Döner Sermaye Saymanlığı
- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi
- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi
- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
- Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
- Gazi Üniversitesi Kütüphanesi
- Bilkent Üniversitesi Kütüphanesi
- Konuyla ilgili İnternet sayfasından elde edilen doküman

2.3. Yöntem

Bu araştırma için yurtiçi ve yurtdışı kaynaklar aranmış ve sektörel bilgiler için ilgili bakanlık ve kuruluşlar, hastaneler, üniversiteler, kütüphanelerden gerekli veriler toplanmıştır. Bu veriler birleştirilerek bilgiye dönüştürülmüş ve tablolar ile görsel hale getirilmiştir. Bu bilgiler ışığında hastaneye SWOT Analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre hastanenin ihtiyacı olan stratejik politikalar üretilerek önerilerde bulunulmuştur. Ayrıca gözlem ve görüşme tekniği ile kaynak tarama yöntemi için gerekli olan tüm araç ve gereç kullanılmıştır.

IV. BULGULAR

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNİN DIŞ ÇEVRE ANALİZİ

Dış çevre ile ilgili olarak pek çok faktör saymak mümkündür. Ancak bu faktörlerin hepsi bir işletmeyi aynı şekilde etkilemez. Bir üretim işletmesi için etkili olabilecek bir faktör bir hizmet işletmesi için aynı önemi taşımayabilir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesini etkileyen dış çevre faktörlerini 3 gruba ayırabiliriz:

1. Küresel Dış Çevre
2. Ulusal Çevre
3. İş Çevresi

1.1. Küresel Dış Çevre

Makro çevre; İşletmenin dış pazarlar ile ilgili çevresi ve bu çevrede cereyan eden oluşumlardır. Toplam sağlık harcamalarının topluma yansımaları olan kişi başına hekim sayısı, yatak sayısı, ilaç tüketimi, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve bunlara ulaşılabilirlik ve bunların doğal uzantısı olan bebek ölüm oranı, ana ölüm oranı ve ortalama yaşam süresi gibi temel sağlık göstergeleri toplumun kalkınmışlık düzeyini belirleyen faktörlerdir.

Küreselleşmenin etkisi ile Avrupa Birliğine aday ülke konumundaki ülkemizde faaliyet gösteren kamu sağlık kurum ve kuruluşları iç ve dış pazarda yoğun bir rekabet ortamına girecektir. Bu nedenle küresel dış çevre koşulları işletmeleri etkileyecektir.

Aşağıda verilen tablo 9 ve 10'da, Türkiye'nin üye olduğu Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkelerinde yıllar itibariyle sağlık göstergeleri verilmektedir. OECD Health Data 1999 verilerine göre kişi başı sağlık harcamaları, Sağlık Bakanlığının bütçe payı, 1000 kişiye düşen hekim ve yatak sayısı ile Türkiye'nin diğer üye ülkelerin gerisinde olduğu açıkça görülmektedir.

Tablo 9. Bazı OECD Ülkelerinde Kişi Başı Sağlık Harcamaları (1997)

Ülke	\$
ABD	4,095
İsviçre	2,611
Almanya	2,364
Lüksembourg	2,303
Fransa	2,047
Hollanda	1,933
Avusturya	1,905
Belçika	1,768
Japonya	1,760
İsveç	1,762
İtalya	1,613
İngiltere	1,391
İrlanda	1,293
Yunanistan	1,196
İspanya	1,183
Çek Cumhuriyeti	943
Kore	870
Macaristan	642
Polonya	386
Meksika	363
TÜRKİYE	259
AB Ortalama	1,698
OECD Ortalama (29 ülke)	1,615

Tablo 10. OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK GÖSTERGELERİ

ÜLKE	Sağlık Bakanlığı Bütçe Payı (%) 2001	Kişi Başı Yıllık Sağ. Har. (\$) 2001	1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı 1990 - 1997	1000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı 1995	Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl) 1995	Ortalama Bebek Ölüm Hızı (0/00) 1995
Avusturya	14	2012	3,5	9,3	77	6
Avustralya	15	1798	2,2	8,9	77	6
ABD	21	4093	2,5	4,1	77	8
Fransa	16	2349	2,8	8,9	78	6
Hollanda	15	1978	2,5	11,3	78	6
İngiltere	15	1454	1,5	4,7	77	6
İtalya	11	1515	1,7	6,4	79	4
Yunanistan	7	803	3,9	5	78	8
Türkiye	2	113	1,1	2,5	68	44

(S.B. YTKİY.2000)

Ülkelerin sağlık statülerinin gelişmişliğinin en çarpıcı kriterlerinden biri bebek ölüm oranıdır. Tablo 10'a bakıldığında bebek ölüm oranının Türkiye'de ‰ 44, diğer ülkelerde ise en yüksek oranın ‰8 olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili bazı göstergeler (1996)

Ülke	Sağlık Bakanlığı / Bütçe (%)	Toplam sağlık harcaması / GSMH (%)	Kişi başı sağlık harcaması (dolar)
Almanya	17	10.5	3036
Avusturya	14	7.9	2225
Avustralya	13	8.4	1873
ABD	19	14.2	3708
Fransa	16	9.6	2550
Hollanda	15	8.6	2150
İngiltere	14	6.9	1365
İtalya	11	7.6	1597
Kanada	5	9.2	1796
Macaristan	8	6.7	306
Norveç	4	7.9	2848
Portekiz	9	8.2	873
Yunanistan	7	5.9	693

(S.B. 1998)

Tablo 11'e bakıldığında, gelişmekte olan ülkelere Amerika ve Almanya'da sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının diğer gelişmiş ülkelere daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 12: Gelişmekte Olan Ülkelerde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranları

Düşük Gelir	Yıl	GSMH içindeki Oranı(%)
Etiyopya	1981	2.0
Uganda	1982	4.2
Çin	1981	2.8
Srilanka	1982	3.2
Burundi	1981	3.2
Orta Gelir		
Zambiya	1981	5.4
Endonezya	1982	2.6
Mısır	1977	5.2
Peru	1981	5.3
Tayland	1976	4.2
Türkiye	1998	3,4

Tablo 12'ye bakıldığında orta gelirli ülkelerde toplam sağlık harcamalarının bu ülkelerin GSMH'na oranı %2.6 ile %5.4 arasında değişirken, bu oran düşük gelirli ülkelerde ortalama %3 düzeyindedir. Bu veriler ışığında Türkiye'nin geliştirmekte olan ülkelere düşük gelir sahibi ülkeler kategorisine girdiği görülmektedir.

1.2. Ulusal Dış Çevre

1.2.1. Hukuki ve Politik Çevre Faktörleri

Türk sağlık sisteminde politika oluşturulmasında etkili olan kuruluşlar şunlardır:

- Devlet Planlama Teşkilatı (DTP)
- Sağlık Bakanlığı
- Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK)
- Anayasa Mahkemesi
- Yüksek Planlama Kurumu
- TBMM Sağlık Karma Komisyonu

Anayasal bir yükümlülük olarak Devlet tüm vatandaşlarının sağlığından sorumlu olduğunu kabul etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığında toplanmış olması ve politik-siyasi etkilerin yoğunluğu, sivil toplum örgütleri ile yeterince işbirliği yapılmaması nedeniyle çoğu kez sağlık politikaları dönemsel nitelikte olmaktadır.

1.2.2. Finansal Çevre Faktörleri

Ülkemizde sağlık sisteminin finansmanında etkili olan kuruluşlar;

- Maliye Bakanlığı
- Sağlık Bakanlığı
- Hazine Müsteşarlığı

- Sosyal Sigortalar Kurumu
- Bağ-Kur
- Vakıflar
- Özel Sigorta Şirketleri
- Uluslararası Kuruluşlar (Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler)

Finansman Yöntemlerinin etkisi:

Sağlık hizmetlerine olan talebi etkileyen faktörler arasında o ülkedeki sağlık sisteminin nasıl ve hangi yöntemle finanse edildiği de önemli bir yer işgal etmektedir. Doğrudan finansmanın söz konusu olduğu uygulamalarda talep katsayısı düşerken, devletin finansmana katıldığı, sosyal sigortalar gibi kurumların devrede olduğu sistemlerde sağlık hizmetleri talep katsayısı yükselmektedir.

Ülkemizde de bireylerin yararlandıkları sağlık hizmetlerinin finansmanına katılımdaki payları ile sağlık hizmetlerine olan talepleri arasında benzer bir ilişki vardır. Bu konuda Sağlık Bakanlığının yaptırmış olduğu “Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım” araştırmasına göre, kişi başına sağlık hizmetleri talep katsayısı ortalama 2.44 'dür. (Kurtulmuş, 1998:160)

Bu katsayı yararlandıkları sağlık hizmetlerinin sigorta veya benzeri 3. şahıslarca finanse edildiği kesimlerde daha yüksek iken (SSK mensupları için 3,59, Emekli Sandığı mensupları için 4,59, Devlet memurları için 3,24) sigortasız kesimde daha düşüktür. Yani sağlık hizmetlerine olan talebin büyük ölçüde sağlık sigortasına olan talep ile eş anlamlı olduğu düşünülebilir. (Kurtulmuş, 1998:161)

1.2.3. Teknolojik Çevre Faktörleri

Dünya üzerinde yaklaşık 6.000 farklı tip ve özellikli tıbbi cihaz ve malzeme mevcuttur. Bunların yaklaşık 750.000 veya daha fazla farklı marka, model ve ebatları bulunmaktadır.

Global olarak tıbbi cihazları mühendislik dizaynına göre, mekanik tıbbi cihazlar, elektro mekanik tıbbi cihazlar, elektronik tıbbi cihazlar, Pnömatik tıbbi cihazlar, hidrolik tıbbi cihazlar, karma tıbbi cihazlar ve elektro pnömatik tıbbi cihazlar olarak sınıflandırılmaktadır.

Hastanelerde kullanılan malzeme ve cihazların maliyeti diğer sektörlerle göre son derece yüksektir.

Dünya Sağlık Örgütünün "2000 yılında Herkes İçin Sağlık" adı altında açıklanan hedeflerinden birisi de, üye ülkelerde hizmetlerin alt yapısının, kaynakların gereksinmelere uygun olarak dağıtılmalarını sağlayacak biçimde örgütlenmiş olması ve hizmetlerin fizik ve ekonomik yönden kullanılabilir ve kültürel yönden de kabul edilebilir olmasıdır.

Ne ülke çapında ne de ilgili kuruluşların (Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversite) kendi bünyeleri içinde tıbbi cihazların mevcut durumunu takip etmeye yönelik modern bir envanter yöntemi bulunmamaktadır. Günümüzde birçok sağlık kuruluşunda tıbbi cihaz alımı için tam zamanlı görevlendirilmiş teknik eleman bulunmamaktadır. Bu görev zaman, zaman sağlık kuruluşlarının diğer tıbbi cihaz dışı teknik konuları ile görevli teknik elemanlara aktarılıyorsa da genel olarak teknik birikimleri olmayan elemanlarca yerine getirilmektedir.

Ülkemizde, tıbbi cihaz kullanımı konusundaki kişisel tercihler, tıbbi standartların bulunmaması gibi nedenlerle, kaynakların ekonomik olmayan bir biçimde kullanımı ile karşı karşıya kalınmaktadır.

Bir diğerk önemli sorun ise, gelişmiş ÷lkelerde kullanım dışı bırakılan tıbbi cihazların “YENİLENDİ” belgesi ile Türkiye’de tekrar kullanıma sokulmasıdır. Hiç bir kontrole tabi tutulmayan ve distribütörleri tarafından sorumluluk kabul edilmeyen X-Ray’lı cihazların sadece ucuz olmaları nedeniyle ithalatı yoluna gidilmesidir.

Sadece ucuza alınmaları nedeniyle hastaların radyasyona maruz kalma riskleri ve hatalı teşhis gerçeğı göz ardı edilmektedir.

Ayrıca sağık kuruluşlarında bulunan tıbbi cihazlar çeşitli nedenlerden dolayı verimli bir şekilde kullanılmamaktadır. Koruyucu bakım, onarım ve kalibrasyonlarının yapılmaması başlıca nedenlerdendir. Bunun yanında tıbbi cihazların bilinçli ya da bilinçsiz olarak kapasitelerini üzerinde kullanılmaları ekonomik ömürlerini kısaltmaktadır. Kısa veya uzun süreli hizmet dışı kalmış ya da bırakılmış tıbbi cihaz sayısı oldukça kabarıktır ve bu sayı sürekli artmaktadır.

Tıbbi cihaz satıcı firmalar, bakım onarım hizmetlerini yeterince ve zamanında vermemekte, bazılarının ise herhangi bir teknik servisi bulunmamaktadır. Teşhis ve tedavide hekimlerin ve diğerk kullanıcıların en büyük yardımcısı olan tıbbi cihazların zamanında kullanıma hazır halde bulunmamaları tedavide gecikmelere sebep olmaktadır. Geciken tedavi nedeniyle hastalık ilerlemekte, hastalığın ilerlemesine bağılı olarak tedavi süresi uzamakta ve daha ileri düzeyde bir tedavi gerektirmektedir. Kliniklerde ortalama yatış sürelerinin uzaması maliyet artışlarına sebep olmaktadır.

Sağık kurumları ve kullanıcılar çoğunlukla tıbbi cihaz ve donanım konusunda bir değerlendirme ve düzenleme yapmayarak kendilerine sunulan ile yetinmektedirler.

Son 10 yılda yüksek teknolojinin getirdiği yeni tip ve pahalı teknoloji kullanımı gerektiren aşırı talep ve uygulamalar nedeniyle tıbbi cihazların şartnamelerinin düzenlenmesinde, alımında kabul muayenelerinde, kullanılmasında, koruyucu bakımında, ayar ve tamirinde hastanelerin Biyomedikal mühendislik hizmeti veren birimlerini kurmaları veya benzer kuruluşlardan yararlanmalarını gerektirmektedir.

Tıbbi cihazların büyük bir bölümünü ithal eden Türkiye gibi ülkelerin kuracakları Biyomedikal ve klinik mühendislik hizmetleri, sağlık kuruluşlarının yalnızca hizmet kalitesini artırmakla kalmayıp giderlerini de azaltarak bu kuruluşların kâr ya da en az zarar eden işletmeler haline gelmelerini sağlayacaktır.(Büyükkayıkçı, 2000:82-91)

1.2.4. Sosyal ve Kültürel Çevre Faktörleri

Sanayileşme ile birlikte sağlıklı şehirleşmedeki artışla tarım kesimindeki fakirleşmeye belli bir oranda çözüm bulunmasına rağmen çevre şartları hızla bozulmaktadır. Köyden kente göçün hızla devam etmesi halinde şehirleşme ile birlikte çevre kirliliğinin de önemli ölçüde artması kaçınılmazdır.

Türkiye'nin en önemli sorunlarından biri hızlı nüfus artışıdır. Ekonomik göstergelerin topluma yansımaları açısından da nüfus artış hızının düşürülmesi önemli bir önceliktir.

Özellikle büyük şehirlerdeki nüfus artışı şu andaki şekliyle devam ederse ulaşım, konut, enerji, çevre kirliliği, sağlık ve hijyen sistemleri çözülmesi giderek zorlaşan problemler olmaya devam edeceklerdir. Sanayileşme ve düzensiz şehirleşme ile birlikte zehirli atıklarla kirlenen hava ve su, solunum ve sindirim yolu hastalıklarına, kanserlere ve yavaş seyreden zehirlenmelere yol açmaktadır.

Çevre kirliliği, kent yaşamındaki trafik problemi, ulaşım zorlukları, gürültü ve uyum zorluğu gibi faktörler fiziki hastalıkların yanı sıra ruhi problemlerin de kaynağı olmaktadır.

Günümüzde görülen hastalıkların birçoğu yaşama biçimine ve çalışma şartlarına bağlı olarak çıkmaktadır. Gelişmiş ülkelerde psikosomatik bozukluklar, alkol ve uyuşturucu kullanımındaki artışlar, trafik ve iş kazaları, aşırı beslenmeye bağlı hastalıklar daha sık görülürken, gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı hastalıklar, yetersiz ve dengesiz beslenme gibi nedenler sağlık hizmeti tüketimini arttırmaktadır.

Şehirleşme ile birlikte sağlık mal ve hizmetlerine olan talep hayat standardının yükselmesi, eğitim ve kültür seviyesindeki artışlar ve kitle iletişim araçlarının etkisi ile daha fazla ve daha kaliteli sağlık üretimi talep edilmektedir. Şehirleşen nüfus, tıbbi araç-gereç, personel ve imkanlardan haberdar olması ve bunlara yakınlığı nedeni ile daha fazla sağlık hizmeti talep etmektedir. Aile yapısındaki değişiklikler bir diğer önemli faktördür. İnsan sağlığının tüm yönleri ile temel kaynağı aile kurumudur. Sanayileşme ile birlikte geleneklerde de birtakım değişiklikler olmuştur.

Geleneksel ailelerin yerinde çekirdek ailelerin olması, annenin ev dışında çalışma hayatında yer alması çocuklarla birlikte yaşlılar için de ev dışında bakım ihtiyacını üstlenecek kreşlerin ve yaşlıların bakılacağı bakımevleri veya huzurevleri gibi kurumların açılmasını gündeme getirmektedir.

Eskiden evlerde genellikle yardımcı sağlık personeli yardımı ile gerçekleştirilen doğumlar, günümüzde büyük oranda hastane ortamında yapılmaktadır. Adölesan evliliklerin artması sonucu çocuk yaştaki annelerin ve çocuklarının toplumun diğer kesimlerine nazaran sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duydukları bilinmektedir.

Nüfus:

2000 yılı itibarıyla ülke nüfusunun 65,3 milyona ulaşması, yıllık nüfus hızının %1.50, toplam doğurganlık hızının 2.53 ve hayatta kalma ümidinin 69,1 yıl olarak gerçekleşmesi beklenilmektedir.

Nüfus artış hızı düşme eğilimine girmekle beraber, nüfusun %57'sine tekabül eden 37,3 milyon kişi 0-24 yaş arasında bulunmaktadır. Çocuk ve genç nüfusun toplam nüfus içerisinde önemli bir paya sahip olması bu kesime götürülen hizmetlerin ve imkanların artırılması gereğini ortaya koymaktadır. (DPT,2000:74)

Sağlık mal ve hizmetlerine olan talebi artıran en önemli faktör, nüfus artışı ve demografik yapıdaki değişikliklerdir. Toplam nüfusun yanı sıra, çocuk ve yaşlıların sayı ve oranlarındaki artış da sağlık hizmetlerine olan talebi etkilemektedir.

Gelişmiş ülkelerde ortalama hayat ümidindeki artış ve doğum hızındaki düşmeye bağlı olarak genç nüfus oranının azalması nüfusun giderek yaşlanmasına neden olmakta, gelişmekte olan ülkelerde ise bebek ölümlerindeki düşüş genç nüfusu artırmaktadır.

Sağlık hizmetleri tüketimi insan hayatının ilk yıllarında yüksek, 10-20 yaş arasında en düşük seviyede bulunmakta ve 20-40 yaş arasında yeniden yükselmeye başlamaktadır. İhtiyarlık döneminde ise tırmanışa geçmektedir.

1995 yılı hastane kullanım araştırmasına göre, okul çağındaki çocukların hastane hizmetine talepleri çok düşük bulunmuştur.

İnsanlar yaşlandıkça fiziksel ve mental olarak yıprandıkları için sağlık harcamaları yaşla ilgili olarak artmaktadır.

Bilhassa yaşlıların kronik hastalıklar dolayısı ile pahalı teknoloji gerektiren bakıma ihtiyaç duymaları hastane ve uzun dönemli bakım gibi masraflarının gençlere göre daha yüksek olması nedeniyle, yaşlı nüfusa sahip ülkelerin sağlık harcamaları daha yüksek olmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talep ülkeler zenginleştikçe ve nüfusları yaşlandıkça artmaktadır. (Kurtulmuş, 1998: 167)

OECD ülkelerinde ortalama olarak 65 yaş üzerindeki nüfusun toplam nüfusa oranı %14 iken, bu oran Türkiye'de %4.3'dür.

Sağlık hizmetleri tüketimini sadece nüfusun yaşlı olup olmadığı belirlemez, nüfusun cinsiyet yapısı da önemli ölçüde etki eder. Bu durum yapılan çeşitli araştırmalarda ortaya konulmuştur.

Bunlardan birisi olan 1992 yılında yapılmış sağlık hizmetleri kullanım araştırmasına göre, kadınların genç yaş gruplarına göre ortalamanın yaklaşık 2 kat fazla doktora gittikleri tespit edilmiştir.

1995 yılı sağlık hizmetleri kullanım araştırmasına göre ise, erken çocukluk döneminde erkek çocukların sağlık hizmetleri talebi kız çocuklarına göre daha yüksekken, doğurganlık yaş grubundaki kadınların aynı yaş grubundaki erkeklere göre sağlık hizmetlerine taleplerinin daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur. (Kurtulmuş, 1998:168)

1.2.5. Ekonomik Faktörler

1996-1999 döneminde yüksek enflasyon ve kamu açıklarının hızla yükselmesi şeklinde ortaya çıkan makroekonomik dengesizlikler, büyümenin hem diğer yükselen piyasa ekonomileri ile karşılaştırıldığında daha düşük kalmasına hem de istikrarsız bir seyir izlemesine neden olmuştur.

1995 yılında 2.841 dolar olan fert başına GSMH, 1998 yılında 3.248 dolara yükselmiş, ancak ekonomide yaşanan daralmayla birlikte 1999 yılında 2.913 dolara gerilemiştir.

Benzer şekilde, satın alma gücü paritesine göre fert başına GSYİH, 1995 yılında 5.745 dolar iken, 1998 yılında 6.708 dolara yükselmiş, 1999 yılında ise 6.152 dolara düşmüştür.

Kısaca, Türkiye ekonomisinde, 1996-1999 döneminde, artan kamu açıklarının yurtiçi mali piyasalar üzerindeki baskısının yanı sıra bu dönemde yaşanan dış şokların etkisi ile reel faizler hızla yükselmiştir. Artan reel faiz oranları, kamu açıklarını daha da artırmış ve borç-faiz kısır döngüsü sürdürülemez boyutlara ulaşmıştır.

Nitekim, kamu kesimi toplam borç stokunun GSMH'ya oranı 1999 yılında bir önceki yıla göre 13,5 puan artarak % 58'e yükselmiştir. Türkiye ekonomisinin makro dengesizliklerinde ortaya çıkan bu yapı, orta vadeli ve kapsamlı bir programın uygulamaya konulmasını zorunlu hale getirmiştir. Bu çerçevede 2000-2002 dönemini kapsayan bir Makroekonomik Program 2000 yılı başında uygulamaya konulmuştur. Bu program Uluslararası Para Fonu tarafından 3 yıllık bir süreyi kapsayacak olan Stand-By Anlaşması ile de desteklenmiştir. (DPT, 2000:12)

Talebi etkileyen faktörler:

Fiyatın Etkisi

Sağlık hizmetlerine olan talep piyasadaki diğer mal ve hizmet taleplerine göre fiyattan ve gelirden daha az etkilenmektedir. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın şiddeti de diğerlerine göre daha yüksektir.

Diğer zaruri ihtiyaçlarla sağlık ihtiyacı arasındaki önemli farklılıklardan birisi de, sağlık ihtiyaçlarının zorunluluk derecesidir. Sağlık ihtiyaçlarının doğduğu anda giderilmesi gerekir.

Sağlık mal ve hizmetlerinde talebin fiyat elastikiyeti çoğu zaman, özellikle acil ve zorunlu vakalarda sıfıra yakındır. Tedavi edici hizmetlerde genelde talep elastikiyeti sıfırdır.

Koruyucu hizmetlerde ise, mesela aşının önemi ya da anne sütünün bebeğin gelişimi üzerindeki olumlu etkileri anlatılmak zorundadır. Bu tür hizmetler bu nitelikleri gereği genellikle normal fiyatlarının altında ücretlerle halka sunulurlar.

Halkın geneline yönelik sağlık hizmetleri ise fiyat elastikiyetinin en yüksek olduğu hizmetlerdir. Fiyatlandırılmaları çok zordur. Örneğin, bulaşıcı hastalıklara karşı aşılamanın ücretli yapılması durumunda bir mahalle ya da yöre halkının söz konusu aşılama dışında bırakılması hizmetin niteliği gereği mümkün değildir.

Gelirin etkisi:

Sağlık mal ve hizmetlerine talebi tayin eden en önemli faktörlerden birisi gelir seviyesidir. Gelir arttıkça sağlık hizmetlerine olan talebin de artması beklenmektedir. Bu da, insanların gelirleri arttıkça ihtiyaçlarında da değişmelerin meydana gelmesinden kaynaklanan bir durumdur.

İnsan daha alt seviyelerde ve daha kuvvetli olan ihtiyaçlarını karşılamadan daha üst seviyelerdeki ihtiyaçlarını karşılamaya yönelmeyeceklerdir.

Maslow'un "ihtiyaçlar hiyerarşisi piramidi", hem bireylerin hem de toplumların refah, kalkınma ve gelişme seyirlerine göre temel ihtiyaçlardan başlayarak gelişmiş ihtiyaçlarını tatmine doğru yol alacaklarını göstermektedir.

Günümüz sanayi ötesi toplumlarında, eğitim seviyelerinin artması, vasıf derecelerinin yükselmesi, mikro teknolojinin gelişmesi gibi faktörler daha ileri seviyedeki ihtiyaçların tatminini öne çıkarmaktadır.

Gelir arttıkça tüketimin relatif olarak ihtiyaçlar hiyerarşisindeki yiyecek, giyecek ve barınak gibi temel ihtiyaçlardan gelişmiş ve lüks ihtiyaçlara doğru kayacağıdır. Daha yüksek gelir gruplarına mensup bireylerin ise gelirlerinin daha büyük bir kısmını hizmetler sektöründe harcadığını söylemek mümkündür

1992 yılında Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırmasında gelir seviyeleri ile sağlık hizmetlerine olan talep arasındaki bir ilişkiyi ortaya koymaktadır.

Bu araştırmaya göre;"yıllık toplam 50 milyon liradan daha fazla geliri olanların, 1.5 milyon liradan daha az geliri olan kişilerden %50 daha fazla doktora gittikleri belirlenmiştir. 1995 yılında yapılan sağlık hizmetleri kullanım araştırmasında da benzer sonuçlar elde edilmiş, yüksek gelir gruplarının okul öncesi küçük çocuklarının diğer gelir gruplarına göre doktora daha fazla başvurdukları görülmüştür. (Kurtuluş, 1998:156)"

1.2.6. Diğer Faktörlerin Etkisi

İnsanlar normalde piyasada var olan hangi mal ve hizmetleri talep edeceklerine, bireysel alışkanlıklarına, zevk ve tercihlerine ve hayat tarzlarına bağlı olarak karar verirlerken sağlık hizmetlerine olan talepte ihtiyacın şiddeti söz konusu olduğunda bu diğer faktörlerin önüne geçmektedir. Beslenme, eğitim ve hayat tarzı gibi diğer faktörler sağlık yatırımı bakımından bireyler ve hükümetler tarafından giderek daha fazla önem verilen konular haline gelmektedir.

Örneğin, sigara tüketimine bağlı olarak akciğer hastalıkları ve aşırı beslenmeye bağlı olarak şişmanlık son yılların en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Eğitimle, bireylerin diş ve göz sağlığı konularındaki bilgi ve hassasiyetlerinin geliştirilmesine paralel olarak bu alanlarda sağlık hizmetleri talebi artarken, hijyen ve genel sağlık kurallarına uyulması nedeniyle de sağlık hizmetlerine olan talebin düştüğü görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanan kurumun uzaklığı, piyasada farklı sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları hakkındaki bilginin derlenmesi, değerlendirilmesi de talebi etkileyen diğer faktörler arasındadır. (Kurtulmuş, 1998:162)

1.3. İş Çevresi Faktörleri

1.3.1. Sağlık Sektöründe Pazar Analizi ve Tüketiciler

Dünya ölçeği ile karşılaştırdığımızda ülkemizde sağlık hizmetleri için GSMH bazında ayrılan tutar yetersizdir. Gelişmiş ülkelerde ortalama kişi başına 1828 \$ olan tutar ülkemizde 110 \$ civarındadır. Bu tutar ile gelişmiş ülke düzeyinde bir sağlık hizmeti üretimi mümkün değildir.

Genel bütçeden sağlığa ayrılan pay yetersizdir. Batı Avrupa ülkelerinde %10 civarındadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı kamu sağlık kuruluşlarında bir arada yürütülmektedir. Varolan pazarın büyük bölümü Sağlık Bakanlığına ve Sosyal Sigortalar Kurumuna aittir.

1.3.2. Sağlık Sektörü Talep Sistemi

Sağlık sektörü talep sistemi; sağlık sektöründe üretilen mal veya hizmet türündeki sağlık ürünlerini talep eden ve tüketenlerden oluşur. Talep sistemi içerisindeki Sağlık Bakanlığı, MSB, Diğer kamu kuruluşları ve Üniversiteler, KİT'ler, Yerel yönetimler, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, Yeşil Kart vb. kuruluşlar, bunun yanı sıra Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur gibi sosyal güvenlik kuruluşları, özel sağlık sigortaları, dernekler (Kızılay), azınlıklar, cemaatler ve bireysel tüketiciler yer almaktadır.

1.3.3. Sağlık Sektörü Arz Sistemi

Sağlık sektörü arz sistemi; Sağlık sektöründe her türlü mal ve hizmet üreten bireysel veya kurumsal tüketicilere arz eden birimlerden oluşur. Kamu finansmanı kaynaklı olan arz kuruluşlarına; Sağlık Bakanlığı, Diğer bakanlık ve kuruluşlar, MSB, Üniversite, KİT'ler, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu, İl ve ilçe özel idareleri, Yerel yönetimler ve diğer birimlere bağlı sağlık kuruluşları örnek verilebilir.

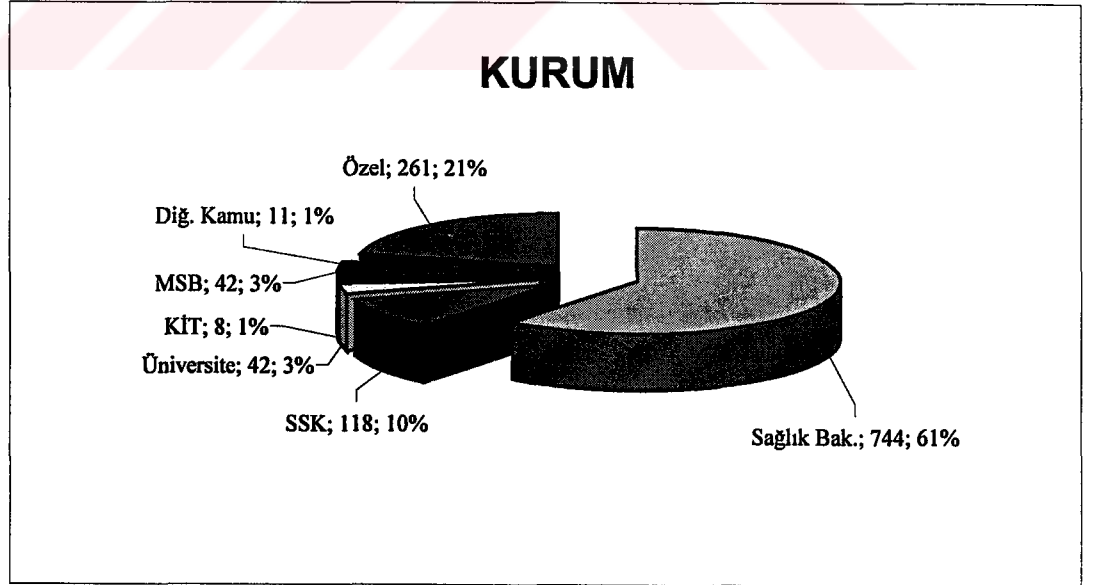
Özel finansman kaynaklı hizmet ve arz kuruluşlarına ise; yerli ve yabancı özel teşebbüsler, SSK, yardım ve hayır kuruluşlarına (Kızılay, çeşitli dernekler, azınlıklar, cemaatler ve vakıflara) bağlı sağlık kuruluşları örnek verilebilir. (DPT, 2001: 116)

1.4. Sağlık Sektöründe Pazar Payı

Tablo 13: Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı

Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Yatak Kapasitelerine ve Kuruluşlara Göre Dağılımı 2000				
KURUM	Yataklı Tedavi kurumu	%	Yatak Sayısı	%
Sağlık Bakanlığı	744	%60,7	86.117	%49.9
Üniversite	42	%3.4	24.647	%14.3
SSK	118	%9.6	27.900	%16.2
MSB	42	%3.4	15.900	%9.2
KİT	8	%0.7	1.607	%1.2
Özel	261	%21.3	14.257	%8.3
Diğer Kamu	11	%0.9	2.021	%0.9
TOPLAM	1226	%100	172.449	%100

Türkiye’de yatak kapasitelerine göre sağlık kurumlarının dağılımına bakıldığında; 86.117 yatak kapasitesiyle Sağlık Bakanlığı ülke potansiyelinin %49.9’una sahiptir. Bunu sırasıyla SSK Hastaneleri (%16.2), Üniversite Hastaneleri (%14.3), Özel Hastaneler (%8.3), KİT hastaneleri (%1.2) ve diğer kamu hastaneleri (%0.9) izlemektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2001: 13)



Şekil 7. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı

2. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ REKABET ANALİZİ

Ankara ili kapsamında tüm kurum ve kuruluşlara ait 57 sağlık kurumu, sağlık hizmeti sunmaktadır. İbn-i Sina Hastanesinin rekabet çevresi olarak il içinde bulunan 5 kamu üniversite hastanesi ve 2 özel üniversite hastanesi araştırma kapsamına alınmıştır.

Ankara ili içinde sağlık hizmet sunan üniversite hastanelerinin, yatak sayıları, uzman hekim, pratisyen hekim (asistan) ve hemşire sayısı, yıl içinde polikliniğe ve kliniklere başvuran hasta sayısı, ameliyat sayıları, hastaların bu kurumlarda ortalama kalış süreleri ve yatak kullanım kapasiteleri karşılaştırılmıştır.

- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cebeci Hastanesi, İbn-i Sina Hastanesi ve Kalp Merkezi ile toplam 2509 yatak kapasitesi ile Ankara ili içindeki en büyük yatak kapasitesine sahip üniversite hastanesidir. Ankara ilindeki toplam yatakların %16,6'sına sahiptir.
- Diğer göstergeler incelendiğinde, 1150 kadro yatağı ile Hacettepe Erişkin Hastanesi 452 asistan hekim bulunmaktadır. 1265 kadro yatağı ile İbn-i Sina Hastanesinde asistan hekim sayısı 247'dir. Bu yüzden kliniklerde hastalar, hasta sahipleri ve diğer sağlık çalışanları hekim bulmakta güçlük çekmektedir. Özellikle cerrahi kliniklerde bu eksiklik daha fazla hissedilmektedir.
- Hastanede kalış süreleri incelendiğinde, Özel hastanelerde bu sürenin daha kısa olduğu görülmektedir. Başkent Hastanesinde ortalama kalış süresi 5,7 gün iken kamu üniversite hastanelerinde 10,5 ve daha üstünde olmaktadır.

- Hemşirelik hizmetlerinde de 208 yatağı olan Başkent Üniversite Hastanesi, 280 hemşire istihdam etmektedir. Asistan hekim sayısı ise 168'dir. Hasta bakım ve tedavi hizmetlerinin kesintisiz devam etmesi için gereken personel sağlanmıştır. Hastaların özel hastaneyi tercih etmelerindeki en önemli neden her an ulaşabileceği ve kaliteli hizmet alabileceği sağlık çalışanını karşılarında bulmalarıdır.
- Kurumlara göre Polikliniğe başvuran hasta sayılarına bakıldığında, hastanelerin bünyesindeki branşlar iki hastaneye dağıtıldığından, Hacettepe Erişkin ve Çocuk Hastanesinin toplam poliklinik sayıları ile Cebeci Hastanesi ve İbn-i Sina Hastanesinin toplam poliklinik sayıları karşılaştırıldığında 2000 yılı içinde Hacettepe Hastanelerine 579.126 hasta, Ankara Üniversitesi Hastanelerine ise 441.225 hasta başvurmuştur. Ankara Üniversitesi Hastanelerinin poliklinik hizmet sunumu Hacettepe Hastanelerine nazaran düşüktür.
- Gazi Üniversitesinde bazı bölümler (örneğin; Göğüs cerrahi 2002 yılı itibarı ile hizmet sunumunu gerçekleştirecektir) olmadığından ve Gazi Gölbaşı Psikiyatri Hastanesinin verilerine ulaşamadığı için karşılaştırılamamıştır.
- Sağlık Bakanlığı 2000 yılı ameliyat göstergelerine bakıldığında; İbn-i Sina Hastanesi 26 ameliyat masası ile 14.870 ameliyat, Hacettepe Erişkin Hastanesi 20 ameliyat masası ile 9.229 ameliyat ve Gazi hastanesi 18 ameliyat masası ile 9976 ameliyat gerçekleştirmiştir. İbn-i

Sina Hastanesi 2001 yılı ameliyat verilerine bakıldığında yeni teknoloji kullanımı ile ameliyat sayısında (16071) artış görülmektedir.

- Yatak İşgal oranları 2000 yılı verilerine göre İbn-i Sina hastanesi %86.8 kapasite kullanım oranı ile birinci sırada, Başkent hastanesi % 86.3 kapasite kullanım oranı ile ikinci sırada Hacettepe ise % 73.4 ile üçüncü sıradadır.
- Rakip hastanelerden, Gazi Hastanesi ve Başkent Hastanesinde toplam kalite yönetimi uygulanmaktadır.
- Hacettepe Hastanesinin tüm bölümleri kampus içinde bulunduğundan diğer kurumlara göre avantaj sağlamaktadır. Ayrıca Hacettepe Çocuk Hastanesi verdiği sağlık hizmeti ile referans hastane konumundadır.
- Başkent Hastanesi, özel bakım hizmetleri, kaliteli otelcilik hizmetleri ve devlet büyüklerinin sık kullandığı bir hastane olarak tercih edilmektedir.
- Hacettepe Hastanesinde, klinikler arasında rekabeti sağlamak için, yıl içinde en çok gelir getiren kliniğe, daha fazla döner sermaye katkı payı verilmektedir. Bu pay tüm klinik çalışanlarına (Hekim, hemşire, diğer sağlık çalışanlar) dağıtılmaktadır. Böylece hem kliniğin performansı artmakta, hem de çalışanları motive etmektedir.

Tablo 14. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesinin Diğer Üniversite Hastaneleri ile İstatistiksel Olarak Karşılaştırılması 2000 yılı

	Kadro Yatak	Fiili Yatak	Uzman Hekim	Pratisyen / Hemşire	Pol.Başvuran Hasta Sayısı	Taburcu olan Hasta	Ölen Hasta sayısı	Büyük Ameliyat	Orta Ameliyat	Küçük Ameliyat	Ort. Kalış Süresi	Yatak İşgal Oranı (%)
Ankara 57 kurum	15.112	12.793	3.713	3.804	8.576.998	450.578	8.433	64.682	70.859	64.682	7,3 gün	70.4
Ankara Üniversitesi Tıp Fak.İbn-i Sina Hast.	1215	1097	251	247/532	193.335	27.792	1.035	6047	6770	2053	12,1 gün	86.8
Ankara Üniversitesi Tıp Fak.Cebeci Hast.	1126	1050	174	271/493	247.893	19.326	458	3.751	1.810	1.612	13,6 gün	70.2
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak. Erişkin Hast.	1150	910	271	412/ 500	415.206	21.621	583	4.631	2.049	2.549	11,0 gün	73.4
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak. Çocuk Hast.	350	306	68	81/ 176	163.920	4.816	144	481	1.524	1.191	10,5 gün	46.5
Gazi Üniversitesi Tıp Fak. Araştırma ve Uygulama Hast.	1155	975	226	572/452	385.449	27.726	561	4.456	4.485	1.035	9,2 gün	67.9
Başkent Üniversitesi Hastanesi	208	200	49	168/ 280	135.625	10.799	316	893	3.361	1.701	5,7	86.3
Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hast.	60	60	34	29/7	94.760	4.475	34	1.626	323	219	2,4 gün	50.4

(Sağlık Bakanlığı, 2000 yataklı tedavi kurumları istatistik yılı)

3. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ İÇ ÇEVRE ANALİZİ

3.1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesine İlişkin Genel Bilgiler

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı 2 hastane ve 1 kalp merkezi bulunmaktadır. Kalp Merkezi 168 yatak kapasitesi ile 1996 yılında hizmete açılmıştır. Toplam 900 yatak kapasitesi olan Cebeci Hastanesi ise, modüller olarak inşa edilmiştir. Klinikler büyük bir kampus içinde bulunmaktadır.

İbn-i Sina Hastanesi ise, 1967 yılında ikinci hastane olarak planladığında, hemen hayata geçirilememiştir. İbn-i Sina Hastanesinin 1968 yılında başlayan inşaatı, 18 yıl sonra bitirilmiş olup Türkiye’de Keban Barajı ve Boğaz Köprüsünden sonraki en büyük yatırımdır. Hastane 13 Mart 1985 tarihinde hizmete açılmıştır.

Hastanenin, Fiili yatak sayısı 1265, 31 gündüz tedavi ünitesi ve 31 hemodiyaliz ünitesi yatak sayısı ile toplam 1327 yatağı olup ve 15 Anabilim Dalı ve 9 Bilim Dalından oluşmaktadır.

- / Kardiyoloji Anabilim Dalı
- / Nöroloji Anabilim Dalı
- / Dermatoloji Anabilim Dalı
- / Üroloji Anabilim Dalı
- / Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı
- / Nöroşirurji Anabilim Dalı
- / Ortopedi Anabilim Dalı
- / Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
- / Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
- / Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
- / Genel Cerrahi Anabilim Dalı

/ Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

/ Radiodiagnostik Anabilim Dalı

/ Aile Hekimliği Anabilim Dalı

/ İç Hastalıkları Anabilim Dalı

📖 Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

📖 Hematoloji Bilim Dalı

📖 Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

📖 Gastroenteroloji Bilim Dalı

📖 Nefroloji Bilim Dalı

📖 İmmünoloji Bilim Dalı

📖 Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı

📖 El Cerrahisi Bilim Dalı

📖 Geriatri Bilim Dalı

ARAŞTIRMA ve TETKİK BİRİMLERİ

⌘ Ameliyathane Ünitesi

⌘ Acil Servis Ünitesi

⌘ Diyet ve Beslenme Ünitesi

⌘ Periton Diyaliz Ünitesi

⌘ Hemodiyaliz Ünitesi

⌘ Kan Merkezi

⌘ Acil Servis Ünitesi

⌘ Hemodiyaliz Ünitesi

⌘ Aferez Ünitesi

⌘ Gündüz Tedavi Ünitesi

⌘ Nütrisyon Ünitesi

⌘ Merkezi Kan Alma Ünitesi

⌘ Ağrı Kontrol Merkezi

⌘ Koroner Anjio Ünitesi

- ⌘ Endoskopi Ünitesi
- ⌘ Odyoloji Merkezi
- ⌘ Taş Kırma Ünitesi
- ⌘ Tıbbi Malzeme Merkezi
- ⌘ EEG, EMG Ünitesi
- ⌘ Enfeksiyon Kontrol Komitesi
- ⌘ Alerji Ünitesi
- ⌘ EKG , EFOR, EKO Ünitesi
- ⌘ Baş Ağrısı Merkezi
- ⌘ Algoloji Merkezi
- ⌘ Behçet Merkezi
- ⌘ Diş Kliniği
- ⌘ Merkez Laboratuvarı
- ⌘ Merkez Bakteriyoloji Laboratuvarı
- ⌘ İmmünoloji, Hematoloji, Endokrinoloji Laboratuvarı
- ⌘ Uyku-Araştırma Laboratuvarı
- ⌘ Konsültasyon – Liyozen Ünitesi
- ⌘ Mamografi
- ⌘ Ultrasonografi
- ⌘ Holter
- ⌘ MRG, Dijital Anjiyografi
- ⌘ Bilgisayar Tomografi
- ⌘ Nükleer Tıp

gibi özelliği olan birimleri ile birlikte İbn-i Sina hastanesi 22 dalda hizmet veren polikliniklerinde günde yaklaşık 1600 hastaya hizmet vermektedir. Ayrıca Morfoloji binasında bulunan 14 Anabilim Dalı ve 2 Bilim Dalı ve Araştırma Laboratuvarları ile işbirliği içindedir.

3.2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesinin Organizasyon Yapısına Yönelik Faktörler

Ülkemizde, hastane organizasyonlarının yapısını genelde kamu sağlık kuruluşlarının bağlı oldukları mevzuat belirlemektedir.

Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinin organizasyon yapısını yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği belirlemektedir.

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ise, SSK hastaneleri işletme yönetmeliğine tabidir.

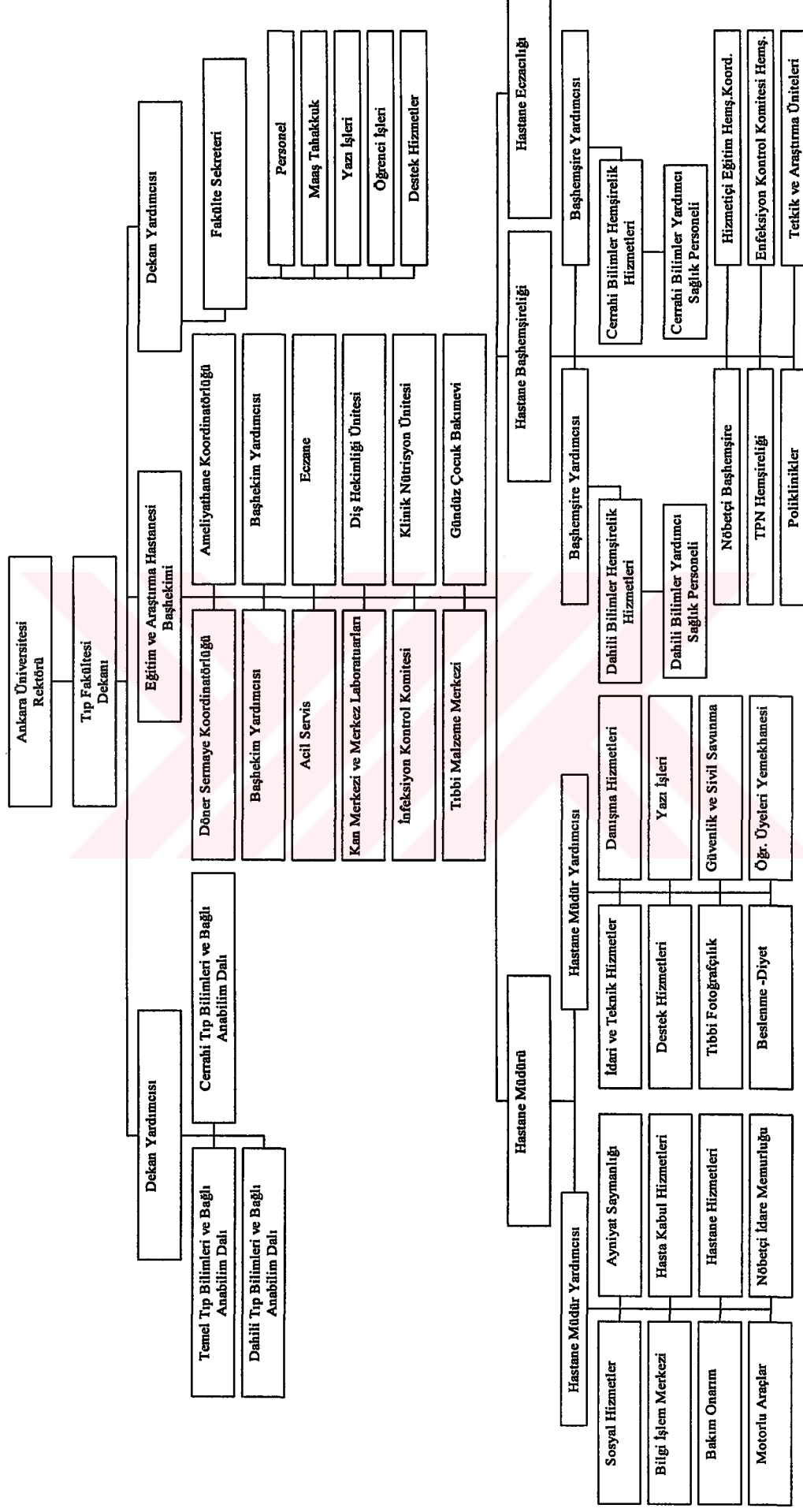
- Üniversite hastaneleri, YÖK kanununa bağlı olarak araştırma merkezi hüviyetinde kurulurlar.
- Temel olarak YÖK kanunun hükümlerine göre organize olurlar. Üniversite hastanelerinde uygulanan tek bir organizasyon yapısından bahsetmek mümkün değildir.
- Farklılıklar her bir üniversite hastanesinin çıkardığı işletme yönetmeliklerindeki hükümler nedeniyle meydana gelmektedir.
- Hastaneler katma bütçeli kuruluşlar olarak kurulurlar ve hizmetleri ile ilgili olarak Döner Sermaye işletmesine de sahiptirler.
- Üniversite hastanelerinde faaliyetler kendi yönetmeliklerine göre, bu yoksa Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme yönetmeliğine göre yürütülür.
- Hastaneler, Rektörce atanan Başhekim tarafından yürütülür.
- Hastanelerin İdari, mali, teknik hizmetlerin yönetimi Başhekime bağlı Başmüdür tarafından organize edilir.

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina hastanesinin organizasyon yapısına baktığımızda; Hastane, Rektör tarafından atanan ve tam gün statüde görev yapan tıp doktoru öğretim üyeleri olan Başhekim ve Başhekim yardımcıları tarafından yönetilmektedir. Görev süresi 3 yıldır. Görev süresi biten Başhekim tekrar atanabilir.

Hastanede, idari, teknik hizmetleri Başhekime bağlı hastane müdürü yürütmektedir. Hastane, kendi çıkardığı işletme yönetmeliğine göre yönetilmektedir. Bazı konularda Yataklı tedavi kurum yönetmeliğine de başvurulmaktadır. İbn-i Sina hastanesi, Avrupa ülkelerinden Almanya'daki üniversite hastanesinin yönetimi ile karşılaştırıldığında kurumun merkeziyetçi bir yapıya sahip olduğu görülmektedir.

Almanya'da hastanelerin yönetimi; Hastane müdürü, Başhekim ve Başhemşireden oluşan bir ekip tarafından yönetilmektedir. Hastane yönetim ekibinde yer alan Hastane Müdürü, Başhekim ve Başhemşire aynı zamanda hastanenin fonksiyonel yöneticileridir.

Tıp ve yardımcı tıp hizmetlerinden Başhekim, Hemşirelik hizmetlerinden Başhemşire, ev idaresi, tıbbi kayıt, halkla ilişkiler, ambulans, diyet, tedarik, teknik ve eczacılık hizmetlerinden ise Hastane Müdürü sorumludur. Hastanede yürütülen faaliyetler 3 grupta toplanmıştır.



3.3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesinin Enformasyon Yapısına Yönelik Faktörler

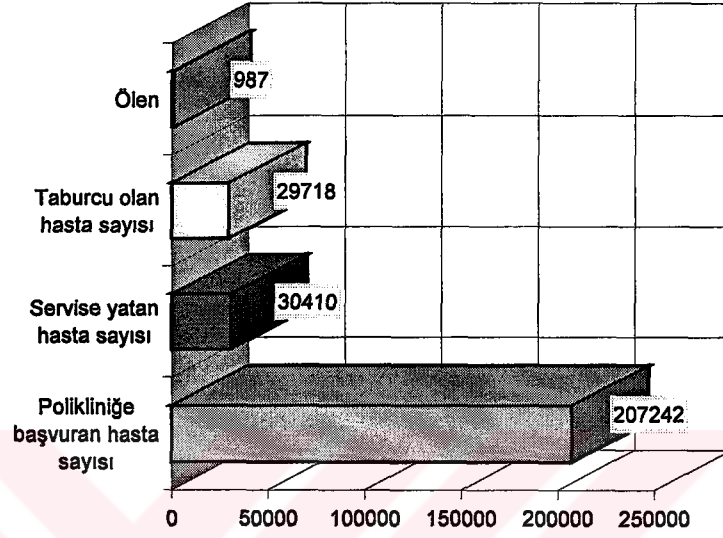
- **Hastane Boyutunda**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, tıbbi istatistik ve kodlama merkezinin istatistik verilerine göre, fiili yatak sayısı 1146, toplam kadro yatak sayısı 1207'dir.

Yapılan araştırmalara göre, istatistik merkezinin tüm yatak sayılarını hesaplamadığı görüldüğünden veriler, Hastane Başhemşireliği kayıtları ve klinik kayıtlarından alınarak yeniden hesaplanmıştır.

Buna göre, Fiili yatak sayısı 1265 olan, İbn-i Sina Hastanesinde 2001 yılı içinde toplam 30410 hasta servislere yatmış, toplam yatan hasta sayısının 30183 resmi, 115 ücretli ve 112 ücretsiz hasta oluşturmaktadır. Bu hastalar 39773 gün hastanede yatarak sağlık hizmeti almıştır. Dolayısıyla her hastanın hastanede ortalama kalış gün sayısı 11.1 gündür. Polikliniğe başvuran hasta sayısı ise 207242'dir

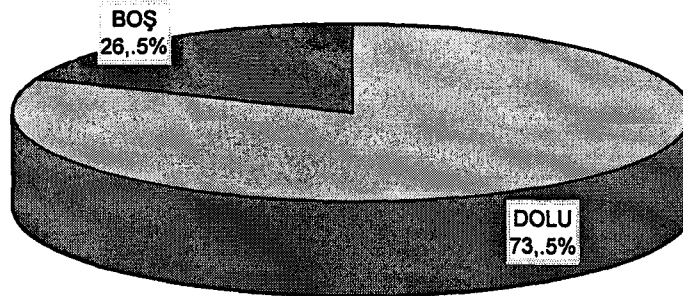
HASTANE GENEL DURUMU
İbn-i Sina Hastanesi



Fili Yatak Sayısı : 1265
Ortalama Kalış : 11,1 Gün

Şekil 9. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yatak Dolum Oranı 2001

YATAK DOLUM ORANI



Şekil 10. Yatak Dolum Oranı

Tablo 15. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Mevcut Yatak Durumu

Mevcut Yatak Durumu	
Servis Yatağı	1072
Yoğun Bakım Yatak Sayısı	193
Fiili Yatak Sayısı (F.Y.S)	1265
Hemodiyaliz Yatak Sayısı	31
Gündüz Tedavi Ünitesi Yatak Sayısı	31
Toplam Yatak Sayısı	1327
Yıllık Yatan Hasta Sayısı (Y.H.S)	30.410
Toplam Yatılan Gün Sayısı (Y.G.S)	339.773
Toplam Poliklinik Sayısı	207.242
Yatak İşgal Oranı (%) (Y.I.O)	% 73,5
Ortalama Yatış Süresi (Gün) (O.Y.S)	11,1 Gün
Yatılan Gün Sayısı/ Yatan Hasta Sayısı = Ortalama Yatış Süresi	
$339773/30410 = 11,1$ Gün	
Y.I.O=Yatılan gün sayısı x 100 / Mevcut yatak sayısı x 1 yıllık gün sayısı	
Yatak işgal oranı= $339773 \times 100 / 1265 \times 365 = \%73,5$	

İbn-i Sina Hastanesi toplam hizmet kapasitesinin %73,5'i kullanılmış ve %26,5'i ise atıl kalmıştır. (Mevcut yatak sayısında sadece servis ve yoğun bakım yatak sayısı verilmiştir.)

İbn-i Sina Hastanesi yatak işgal oranı olarak, Türkiye ortalamasının (%58,5) 15 puan üzerindedir. Hastanın hastanede ortalama kalış süresi ise, 11,1 gün olan kurum, Türkiye ortalamasına (5,5 gün) bakıldığında hastaların 6,4 gün fazla hastanede kaldığı görülmektedir. Ancak Üniversite hastanelerinde özelliği olan hastalıklar tedavi edildiğinden bu sonucun normal olduğu varsayılmıştır. (S.B. YTKİY, 2001:23-24)

Gelişmiş ülke oranları ise, %80-85'dir. İbn-i Sina hastanesi %73,5'lik yatak işgal oranı ile gelişmiş ülkelerin (%85) 11,5 puan altındadır. (Tokat,M, Kısaer,H, 1991:37)

Hastane, yatan hasta hizmetlerinin yanı sıra 207.242 kişiye poliklinik hizmeti ve 249.34 kişiye ise Acil Servis hizmeti vermiştir.

Türkiye'de 2000 yılı verilerine göre yataklı tedavi kurumlarında polikliniğe başvuran hasta sayısı 105.794.119 kişidir. Bu hastaların 8.135.393 üniversite hastanelerinin polikliniklerine başvurmuştur.

Buna göre hastaların %7'si Türkiye genelindeki 42 Üniversite hastanesine başvurmaktadır. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina hastanesine bakıldığında, üniversite hastanelerine başvuran hastaların %2.5'i kurumu tercih etmekte.

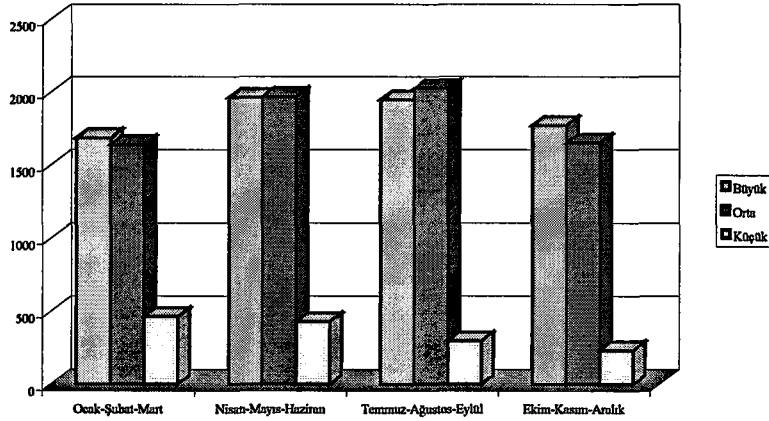
Hastane de Ameliyathane Hizmetleri

2001 yılında İbn-i Sina Hastanesinde toplam 16071 ameliyat yapılmıştır. Ameliyathane maliyetleri hastane boyutunda büyük, orta ve küçük ameliyatlar olarak hesaplanmıştır.

Hastane Boyutunda yapılan ameliyatlar ilgili "Bütçe Uygulama Talimatı'na" göre fiyatlar belirlenmektedir. Örneğin; 2001 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'na göre fiyatlar şöyledir;

Ameliyatlar	Fiyatlar	Ameliyat Sayısı
Büyük Ameliyat	140.000.000 TL.	7363
Orta Ameliyat	75.000.000 TL.	7280
Küçük Ameliyat	36.000.000 TL.	1428

**Dönemler İtibariyle
Toplam Ameliyat Sayıları**



Şekil 11. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 2001 İstatistik Yıllığı

Klinik Boyutunda:

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde 15 Anabilim dalı ve 9 bilim dalı bulunmaktadır.

Tablo 16. Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Yatak Kapasitesinin Kliniklere Göre Dağılımı

Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Yatak Kapasitesinin Kliniklere Göre Dağılımı					2001 yılı
Klinikler	Mevcut Yatak Sayısı	Kadro Yatağı	Yıllık Yatan Hasta Sayısı	Toplam Yatılan Gün Sayısı	Yatak İşgal Oranı
1. Dermatoloji ABD.	48	50	602	11224	64.1
2. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD.	66	50	804	22434	93.1
3. Göğüs Cerrahi ABD.	65	76	1211	18436	77.7
4. Kulak Burun Boğaz ABD.	74	75	2328	21996	81.4
5. Kardiyooloji ABD.	82	75	3241	22310	74.5
6. Nöroloji ABD.	67	75	1291	20185	82.5
7. Nöroşirurji ABD. .	50	75	1853	20840	114.2
8. Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları ABD.	63	87	913	8494	36.9
9. Üroloji ABD.	65	75	2488	18246	76.9
10. Ortopedi ve Travmatoloji ABD.	60	75	1942	21295	95.6

10.1. El Cerrahisi Bilim Dalı	12	-	571	4209	96.1
11. Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD.	9	-	223	2334	71.1
12. Radiyagnostik ABD.	0	0	0	0	0
13. Aile Hekimliği ABD.	0	0	0	0	0
14. Genel Cerrahi ABD. *	168	211	4718	50044	81.6
14.1. Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı	28	-	500	7196	73.0
15. İç Hastalıkları Anabilim Dalı	0	0	0	0	0
15.1. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı	50	50	1137	15821	86.7
15.2. Gastroenteroloji Bilim Dalı	40	50	984	14205	99.8
15.3. Hematoloji Bilim Dalı	47	50	905	19805	115.4
15.4. İmmünoloji Bilim Dalı	50	50	748	14807	81.1
15.5. Nefroloji Bilim Dalı	46	50	642	11735	69.9
15.6. Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı *	25	25	692	9700	106.3
16. Acil Servis	32	8	2617	4457	38.2
Toplam	1146	1207	30410	339773	81.2

Tablo 16'ya göre yatak sayısı, yatak işgal oranlarındaki hesaplamalar incelendiğinde büyük çelişkiler gözlenmektedir.

Bazı birimlerde mevcut yatak sayısına, yoğun bakım yatak sayısı eklenirken, bazı bölümlerde eklenmemektedir. Bu yüzden bazı klinik yataklarına yoğun bakım yatak sayısı hesaba katılmadığından yatak işgal oranları %100'ün üzerinde gözükmemektedir

Örneğin; Nöroşirürjiye ait 26 yoğun bakım ve 50 servis yatağı olmak üzere fiili olarak kullanılan 76 yatak bulunmaktadır. Buna göre;

$Y.I.O = \frac{\text{Yatılan Gün Sayısı} \times 100}{\text{Fiili Yatak Sayısı} \times \text{1 yıldaki gün sayısı}}$

$Y.I.O = \frac{2084000}{76 \times 365} = \text{Yatak İşgal Oranı} = \%75,1$ 'dir. Oysa çizelgede %114,2 gözükmemektedir.

Tablo 16'yı yeniden yoğun bakım yatak sayısı ile hesapladığımızda;

Tablo 17. Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Yatak Kapasitesinin Kliniklere göre dağılımı 2001 yılı

Klinikler	Servis Yatak Sayısı	Yoğun Bakım Yatak Sayısı	Toplam Yatak Sayısı	Yıllık Yatan Hasta Sayısı	Toplam yatılan gün sayısı	Yatak İşgal Oranı %	Hekim	Hemşire
1.Dermatoloji ABD.	48	-	48	602	11224	64.1	11	11
2.Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD.	66	-	66	804	22434	93.1	17	8
3.Göğüs Cerrahi ABD.	65	10	75	1211	18436	67.3	8	15
4.Kulak Burun Boğaz ABD.	70	4	74	2328	21996	82.5	12	15
5.Kârdiyoloji ABD.	48	34	82	3241	22310	74.5	13	15
6.Nöroloji ABD.	67	8	75	1291	20185	73.7	11	17
7.Nöroşirurji ABD. .	50	26	76	1853	20840	75.1	13	17
8.Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları ABD.	59	4	63	913	8494	36.9	8	13
9.Üroloji ABD.	65	14	79	2488	18246	67.5	13	18
10.Ortopedi ve Travmatoloji ABD.	61	4	65	1942	21295	89.7	16	15
10.1.El Cerrahisi Bilim Dalı	12	-	12	571	4209	96.1	-	-
11.Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD.	-	19	19	223	2334	71.0	19	41
12.Radiyagnostik ABD.	0	-	-	0	0	0	20	13
13.Aile Hekimliği ABD.	0	-	-	0	0	0	0	0
14.Genel Cerrahi ABD. *	177	20	225	4718	50044	69.5	35	41
14.1.Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı	28	-	28	500	7196	70.4	-	-
15.İç Hastalıkları Anabilim Dalı	0	-	-	0	0	-	65	0
15.1.Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı	50	-	50	1137	15821	86.7	-	13
15.2.Gastroenteroloji Bilim Dalı	39	8	47	984	14205	82.8	-	11
15.3.Hematoloji Bilim Dalı	47	6	53	905	19805	102.3	-	14
15.4.İmmünoloji Bilim Dalı	49	-	49	748	14807	82.7	-	11
15.5.Nefroloji Bilim Dalı	46	4	50	642	11735	64.3	-	13
15.6.Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı . *	25	-	25	692	9700	106.3	-	8
16.Acil Servis	-	32	32	2617	4457	38.1	3	15
17.Hemodiyaliz	-	-	31	-	-	-	-	12
18.Gündüz Tedavi Merkezi	-	-	31	-	-	-	-	9
Ameliyathane	-	-	-	-	-	-	-	48
Poliklinikler ve Tetkik Üniteleri	-	-	-	-	-	-	diğer 8	80
Toplam	1072	193	1327	30410	339773	74.5	247	473

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde 247 Hekim (Asistan) ve 473 kadrolu hemşire, 66 sözleşmeli hemşire olmak üzere kurumda toplam 539 hemşire görev yapmaktadır. Kurumda 326 Klinisyen Hemşire, 54 Ameliyathane Hemşiresi, 43 Anestezi Hemşiresi, 116 hemşire ise poliklinik, araştırma ve tetkik ünitelerde görev yapmaktadır. Polikliniklerdeki hemşire sayısı dikkat çekicidir.

Radyolojide ise 13 hemşire görev yapmaktadır. Radyoloji teknisyenleri, radyoloji alanında yapılan tüm uygulamaları yapabilecek eğitime sahipler. Bu yüzden bu birimlere hemşire istihdam etmeye gerek yoktur. Diğer üniversite hastanelerindeki uygulamaya bakıldığından Hacettepe Üniversitesinde, Radyoloji ünitesinde hemşire istihdam edilmemiştir.

Hastanenin 1072 klinik yatağı, 193 yoğun bakım yatağı ve 31 hemodiyaliz ve 31 gündüz tedavi ünitesi yatağı olmak üzere toplam yatak kapasitesi 1327'dir. Yatak işgal oranı, hastane genelinde %73,5 olup %26,5'lik bir atıl kapasite bulunmaktadır.

Genel Cerrahi Kliniği (Cerrahi Onkoloji kliniği ile birlikte) 225 yatak kapasitesi ile hastanenin en büyük kliniği olup toplam hastane yataklarının %17,7'sini oluşturmaktadır. 2001 yılı içinde yatak işgal oranı %69,5 olup kapasitesinin %30'unu kullanamamaktadır. Hastanenin en küçük kliniği ise 25 yatak kapasite ile Tıbbi Onkoloji olup hastane yataklarının %1,9'unu oluşturmaktadır. Yatak işgal oran ise %106,3'tür.

Bir başka çelişki ise yatak işgal oranları %100'ün üzerinde olan klinikler mevcuttur. Bu kliniklerde 1 yatağa 2 hasta kabul edilmekte olduğu varsayılmıştır. (Tıbbi Onkoloji %106,3, Hematoloji %102,3 gibi)

Yapılan araştırmalar sonunda, kamu kurumlarının bazı tetkik ücretlerini ödemeleri için hastaların hastaneye yatması zorunluluğu getirildiğinden, tetkik için başvuran hastalar yatış yaptırmakta fakat hastane yatağını kullanmamaktadır. Sadece tetkik günü gelip tetkik yaptırmaktadır.

Diğer hastanelerin istatistik verilerine bakıldığında da aynı değerler göze çarpmaktadır. (Hacettepe 2000 istatistik yıllığı, Genel Cerrahi, Haziran ayı yatak işgal oranı %108,4'dür.)

Bu çelişkili durum, ülkemizdeki sağlık sisteminin yarattığı sorunlardan biridir. Bu durumda tetkik ücretini ödemek istemeyen kamu kurumları, kullanılmayan yatak ücreti ve tetkiki kabul ederek maliyeti artırmaktadır.

3.4. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesinin Müşteri Yapısına Yönelik Faktörler

Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi İbn-i Sina Hastanesinin müşteri portföyüne bakıldığında;

- Resmi Hastalar; Tüm kamu kurum ve kuruluşlardan sevk alarak hastaneye başvuran hasta grubunu oluşturmaktadır
- Ücretli Hastalar; Cepten nakit ödeme yapan hasta grubu
- Ücretsiz Hastalar; Yeşil kart sahipleri

Hastane kayıtlarında yılda başvuran ücretli sayısı elde edilemediğinden, tüm klinikler taranmış olup, bazı kliniklerin kayıt defterlerinden yılda ne kadar resmi, ücretli ve ücretsiz hastanın başvurduğu araştırılmıştır.

Tablo 18. Kliniklerin Hasta Kabul Sayılarının Karşılaştırılması

Klinikler	Ücretli 2000	Ücretli 2001	Resmi 2000	Resmi 2001	Ücretsiz 2000	Ücretsiz 2001
Nöroşirurji	221	206	1264	1474	6	8
Ortopedi	305	264	2175	2094	19	16
Dermatoloji	32	29	249	225	2	1
Tıbbi Onkoloji	35	25	825	745	0	0
Toplam	593	524	4513	4538	27	25

Bu kliniklerin kayıtlarına göre, Nöroşirurji'ye 2000 yılı içinde toplam 1491 hasta başvurmuş olup ücretli hastanın toplam içindeki payı %14'dür. 2001 yılı verilerine göre ise bu pay %12'ye düşmüştür.

Genel olarak bakıldığında; 4 klinik toplamında 2000 verilerine göre, 5133 hasta kabul edilmiş ve bunun içindeki ücretli hasta %11,5'dir. 2001 yılında ise bu pay %10,3'e düşmüştür.

Bu göstergelere göre, İbn-i Sina hastanesine başvuran ücretli hasta sayısı düşük olduğu gibi, yıl itibarı ile düşme göstermektedir. Hedeflenen hasta grubu özel hastaneleri tercih eden ve kamu hastanelerine ödediklerinden daha yüksek ücret ödeyen gelir grubundadır.

Bilgi-işlem merkezi verilerine göre; müşteri portföyüne bakıldığında 2001 yılı Mayıs ayı itibarı ile kurumda yatan ücretli hasta sayısının (Peşin-Avans) 4.141'dir. Toplam yatan hasta sayısı 30.410'dur.

Buna göre kuruma ücretli yatan hasta oranı %13,6'dır. Kurumun, ücretli hastaların neden kurumu tercih etmediklerini sorgulaması ve bunun için stratejik politikalar geliştirmesi gerekmektedir.

3.5. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesinin İnsan Kaynakları

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde 2547 sayılı yasa kapsamındaki akademik personel sayısı 502, 657 sayılı yasa kapsamındaki devlet memuru sayısı 979, 657 sayılı yasa kapsamında olmayan ve Ankara Tıp Fakültesi Vakfı tarafından istihdam edilen sözleşmeli personel sayısı 85, An-Tıp Tıbbi Sanayi Ticaret A.Ş.tarafından istihdam edilen sözleşmeli personel sayısı 51, Nöroşirurji Derneği tarafından istihdam edilen personel sayısı 13, Radyoloji derneği 1, Üroloji derneği 3, Ankara Üniversitesi Tesislerini kalkındırma derneği 3 kişi istihdam etmektedir.

Hastanede 1481 kadrolu personel, 989 firma personeli ile 153 sözleşmeli olmak üzere toplam 2625 personel bulunmaktadır.

Tablo 19. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Bünyesinde Hizmet Veren Personel Sayısı 2001

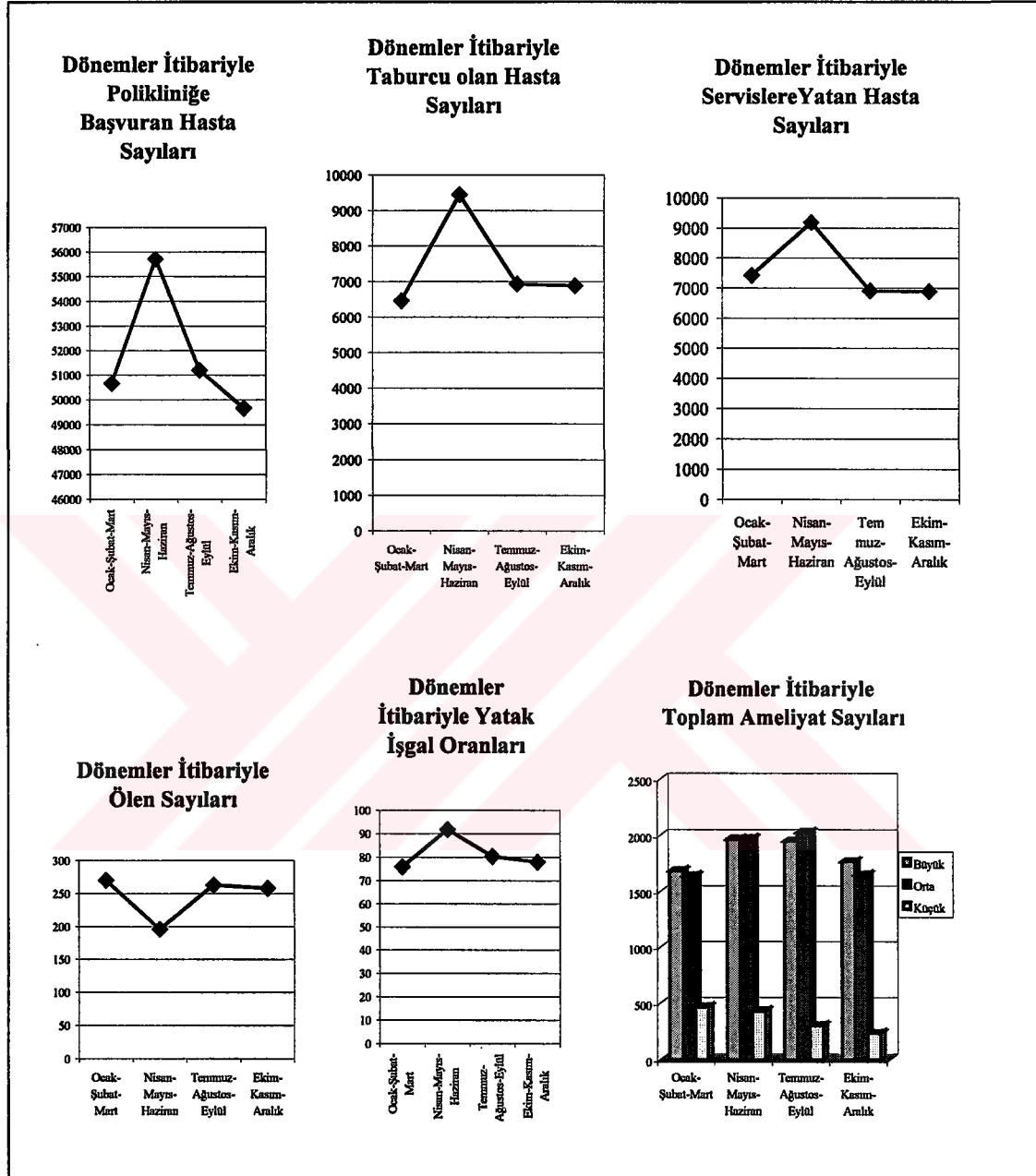
Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Bünyesinde Hizmet Veren Personel Sayısı		
657 Sayılı Yasa Kapsamındaki Personel	979	Kişi
2547 Sayılı Yasa Kapsamındaki Akademik Personel	502	Kişi
Temizlik Personeli	540	Kişi
Güvenlik Personeli	146	Kişi
Bilgi-İşlem Personeli	154	Kişi
Diyet ve Yemek Hizmetleri Kapsamındaki Personel	149	Kişi
Sözleşmeli Personel (Ankara Tıp Fak.Vakfı)	85	Kişi
Sözleşmeli Personel (Antıp)	51	Kişi
Sözleşmeli Personel (N.Ş.derneği)	13	Kişi
Sözleşmeli Personel (Üroloji.derneği)	2	Kişi
Sözleşmeli Personel (A.Ü.Tıp Fak. Tesis. Kalk. Derneği)	3	Kişi
Sözleşmeli Personel (Radyoloji.derneği)	1	Kişi
Toplam:	2.625	Personel

İbn-i Sina Hastanesi Personel İşleri, sadece 657 sayılı yasa kapsamındaki devlet memurları ile 2547 sayılı yasa kapsamındaki akademik personel kayıtlarını tutmaktadır.

Diğer personel ise, istihdam edilen birim tarafından kaydedilmektedir. Bu yüzden tüm çalışan hastane personelinin sayısı, Şubat 2001 'de, A.Ü.Tıp.Fak.2001 İstatistik Yıllığı, Vakıf, Dernek, Şirketler ile yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerdir.

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi 12 yatak kapasitesi ve toplam 2625 personeli ile, 15 Anabilim dalı ve 9 bilim dalı olmak üzere tüm branşlarda 24 saat hizmet vermektedir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Genel Durum Grafikleri 2001 Yılı



Şekil 12. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Genel Durum Grafikleri 2001 Yılı

3.6. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesinin Mali Analizleri

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesinin toplam harcama kaynaklarını genel bütçe gelirleri, döner sermaye gelirleri ve hastane bünyesinde kurulmuş olan vakıf ve dernek gelirleri oluşturmaktadır.

Döner Sermayeden; Maliye Bakanlığı tarafından atanan Döner Sermaye Saymanı, kurum içinden atanan Döner Sermaye İşletme Müdürü ve Başhekime bağlı olarak çalışan bir Döner Sermaye Koordinatörü (hekim) sorumludur. Harcamalar ile ilgili tek yetkili Başhekimdir.

Genel bütçe ödeneği, Üniversitenin Bütçe Dairesi Başkanlığı tarafından tüm fakültelere ve sağlık uygulama ve araştırma merkezi olarak hastaneye verilmektedir. Bu harcamalardan sorumlu yetkililer Dekan ve Başhekimdir. Dernekten yapılan harcamalardan ise kliniklerin Anabilim ve Bilim Dalı başkanları sorumludur.

Dernek hesaplarına ulaşılmakta güçlük yaşandığından, gerekli verilerin tümü elde edilememiştir. Bazı derneklerin bilançoları, bazı derneklerin ise gelir-gider tablosu elde edildiğinden verilerin tümü araştırmaya dahil edilememiş olup tahmini bulunan rakamın 1 trilyona yakın olduğu sanılmaktadır.

Genel Bütçeden 2000 yılında 17.7 Trilyon gelir elde edilmiş olup bu gelir, personel giderleri, yolluklar, hizmet alımları ve tüketim malları ve malzeme alımları için gider olarak kullanılmıştır. 2001 yılı verilerine bakıldığında ise bu payın 14 trilyon olarak ödendiği görülmektedir. Genel bütçeden ayrılan payın gün geçtikçe küçülmesi, hastanenin tamamen döner sermaye gibi oluşumlar yolu ile gelir elde etmeye itmektedir.

Bu da 2000 yılı mali verilerine göre hastane Döner Sermayeden 54,5 trilyon'luk bir gelir elde etmiş olup bunun 47 trilyonu gider olarak gerçekleşmiş ve 7,5 trilyon kâr elde edilmiştir.

2001 yılı verilerine bakıldığında ise gelirin 80 trilyon, giderin 71 trilyon, elde edilen kârında 9 trilyon olduğu görülmektedir. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina hastanesinin 2001 yılında elde ettiği gelir ve gider rakamları hesaplandığında;

Genel Bütçe 14 trilyon, Döner Sermaye 80 trilyon ve Dernekler 1 trilyon olarak hesaplandığında yıllık gelirin 95 trilyon olduğu görülmektedir.

Ayrıca kurum bünyesinde varolan dernek ve vakıf gelirleri ise, yeniden yapılanma sürecinde Başbakanlık ve bakanlıklar da dahil olmak üzere tüm kurum bünyelerinde var olan vakıf ve dernekler, yasa gereği yapılması gereken işlemlerden zorunlu bağış topladığından, vakıf ve derneklerin kapatılması gündeme gelmiştir. (Gedik, 2001:5)

Bu olay gündeme geldiğinde kurumda bağışlar yolu ile elde edilen 1 trilyon lira gelir elde edilemeyeceğinden, kliniklerin kırtasiye vs gibi harcama kalemleri döner sermayeden karşılanacağından bu harcama göz önüne alınmalıdır.

Tablo 20. Genel Bütçe Harcamaları

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Genel Bütçe Giderleri 2000-2001 Yılı				
Ana Bölüm	Madde	Gider Çeşidi	Tutarı (TL.)000	
			2000	2001
100 Personel Giderleri			8.412.639.890.	8.561.321.440.
	110	Aylıklar	4.922.180.740.	3.739.349.160.
	140	Sosyal Yardımlar	212.114.680	16.359.390.
	160	Tazminatlar ve Ödüller	3.278.320.720.	1.023.760.410
200 Yolluklar			15.203.230.	25.798.750.
	210	Yurtiçi geçici görev yollukları	929.800.	2.658.870.
	220	Yurtiçi sürekli görev yollukları	14.273.430.	13.602.780.
300 Hizmet Alımları			32.002.900.	29.370.550.
	320	Ulaştırma ve Haberleşme Giderleri	362.700.	200.000.
	360	Makine, Teçhizat, Demirbaş, Taşıt bakım ve Onarım	9.966.660.	20.405.460.
	370	Bina Küçük Onarım	21.673.540	8.539.590.
400 Tüketim Malları ve Malzeme Alımı			431.199.830.	314.187.330
	440	Elektrik, Su, Havagazı Giderleri	21.320.550.	141.802.190.
	450	Yiyecek ve Yem Alımları	409.879.280.	141.839.540.
500 Demirbaş Alımları			5.595.580.	(-)
	530	Yangından korunma malzemeleri Alımları	5.95.580.	(-)
		Ek Ödenek		11.000.000
		Toplam	17.771.938.560.	13.928.353.920.

Genel bütçeden, Üniversitelere ayrılan payın yıl itibarı ile azaldığı görülmektedir ve bu pay eğitim, hastane ve diğer kalemler olarak dağılmaktadır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine 2000 yılında ayrılan bütçe 17 trilyon, 771 milyar, 938 milyon, 560 bin TL., 2001 yılında ise yaklaşık 14 trilyon TL'dir.

Tablo 21. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Döner Sermaye Harcama Kalemleri

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi 2000 yılı Döner Sermaye Harcamaları			
Ana Bölüm	Madde	Gider Çeşidi	Tutarı (TL.)
100 Personel Giderleri			4.987.684.900.760
	110	Aylıklar	70.009.379.500
	120	Sözleşmeli Personel Ücretleri	79.684.433.760
	130	İşçi Ücretleri	7.553.456.460
	140	Sosyal yardımlar	3.216.235.000
	150	Ek Çalışma Karşılıkları	929.326.625.040
	160	Tazminat ve Ödüller	3.897.894.771.000
200 Yolluklar			46.467.900.000
	210	Yurtiçi geçici görev yollukları	269.900.000
	240	Yurtdışı geçici görev yollukları	46.198.000.000
300 Hizmet Alımları			6.377.315.819.052
	300	Hizmet Alımları Harcama Kalemi	1.707.287.000
	310	Müşavir Firma veya Kişilere Ödemeler	4.418.997.108.102
	320	Ulaştırma ve Haberleşme Giderleri	185.640.615.000
	330	Taşıma Gideri	13.500.000
	340	Tarifeye bağlı Giderler	31.774.961.000
	360	Makine, Teçhizat, Demirbaş, Taşıt bakım ve Onarımı	1.117.535.998.950
	370	Bina Küçük Onarım	608.474.737.000
	390	Diğer Hizmet Alımları	13.171.612.000
400 Tüketim Malları ve Malzeme Alımı			15.532.833.475.405
	410	Kırtasiye Baskı ve Yayın Gideri	175.369.889.400
	420	Yakacak Alımları	33.650.000
	430	Akaryakıt ve yağ Giderleri	461.639.000
	440	Elektrik, Su ve Havagazı Giderleri	3.290.256.000
	450	Yiyecek ve Yem Alımları	88.727.557.000
	460	Özel Malzeme Alımları	328.544.371.000
	490	Diğer Tüketim Malları ve Malzeme Alımları	14.936.406.113.005
500 Demirbaş Alımları			2.477.891.194.000
	510	Büro Malzemeleri Alımı	5.778.334.000
	520	Büro Makineleri Alımı	18.894.920.000
	590	Diğer Demirbaş Alımları	2.453.217.940.000
600 Makine, Teçhizat Alımları ve Büyük Onarımlar			189.877.580.000
	610	Makine, Teçhizat, Demirbaş, Taşıt bakım ve Onarımı	189.877.580.000
700 Yapı Tesis Büyük Onarımı			8.952.429.000
	710	Yapı, Tesis ve Büyük Onarım Gideri	8.952.429.000
800			10.037.038.000
	810	Vergi, Resim ve Harçlar	10.037.038.000
900			4.266.880.436.614
	940	Mali Transferler	3.866.567.611.416
	950	Sosyal Transferler	7.200.000.000
	960	Borç Ödemeleri	2.660.970.000
	970	Fon Ödemeleri	390.451.855.198
		Toplam	33.897.940.772.831

Tablo 22. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Döner Sermaye Gelir Tablosu

	1999	2000	2001
A-BRÜT SATIŞLAR	43.444.592.859.873	54.353.774.886.488	80.484.942.729.292
1-Yurtiçi Satışlar	43.443.255.710.873	54.288.880.333.992	80.402.705.543.364
2-Yurtdışı Satışlar			
3-Diğer Gelirler	1.337.149.000	64.894.552.496	82.237.194.928
B-SATIŞ İNDİRİMLERİ(-)			
1-Satıştan İadeler (-)	310.283.009.000	431.790.639.201	760.372.037.373
2-Satış İskontoları(-)			
3-Diğer İndirimler(-)			
C-NET SATIŞLAR	43.131.835.552.873	53.921.984.247.287	79.724.570.700.919
D-SATIŞLARIN MALİYETİ(-)		19.392.346.596.189	21.160.573.551.424
1-Satılan Mamuller Maliyeti (-)			
2-Satılan Ticari Mallar Maliyeti		75.279.992.087	136.932.941.929
3-Satılan Hizmet Maliyeti	18.595.534.428.071	19.317.066.604.102	21.023.640.609.495
4-Diğer Satışların Maliyeti			
BRÜT SATIŞ KÂRI VEYA ZARARI	24.536.301.124.802	34.529.637.651.098	58.563.997.149.495
E-FAALİYET GİDERLERİ(-)			
1-Araştırma ve Geliştirme Giderleri(-)	238.389.111.000		258.136.079.610
2-Pazarlama Satış ve Dağıtım Giderleri (-)			
3-Genel Yönetim Giderleri(-)	10.737.956.160.555	26.932.009.329.693	50.502.583.387.674
FAALİYET KÂRI VEYA ZARARI	13.559.955.853.247	7.597.628.321.405	7.803.277.682.211
F-DİĞER FAALİYETLERDEN OLAĞAN GELİR VEYA KÂRLAR	13.559.955.853.247	7.597.628.321.405	1.194.710.719.531
1-İştiraklerden Temettü Gelirleri			
2-Bağlı Ortaklıklardan Temettü Gelirleri			
3-Faiz Gelirleri	163.073.484.422	108.192.584.557	258.13.079.610
4-Komisyon Gelirleri			
5-Konusu Kalmayan Karşılıklar			
6-Menkul Kıymet Satış Kârları			
7-Kambiyo Kârları			
8-Reeskont Faiz Gelirleri			
9-Faaliyetle ilgili Diğer Gelir ve Kârlar			936.574.639.921
G-DİĞER FAALİYETLERDEN OLAĞAN GİDER VEYA ZARARLARI(-)			
1-Komisyon Giderleri			

2-Karşılık Giderleri			
3-Menkul Kıymet Satış Zararları			
4-Kambiyo Zararları			
5-Reeskont Faiz Giderleri			
6-Diğer Olağan Gider ve Zararları			
H-FİNANSMAN GİDERLERİ(-)			
1-Kısa Vadeli Borçlanma Giderleri(-)			
2-Uzun Vadeli Borçlanma Giderleri(-)			
OLAĞAN KÂR VE ZARAR	13.723.029.337.669	7.705.820.905.962	8.997.988.401.742
I-OLAĞAN DIŞI GELİR VE KÂRLAR			
1-Önceki Dönem Gelir ve Kârlar			5.571.250.000
2-Diğer Olağan Dışı Gelir ve Kârlar			
J-OLAĞAN DIŞI GİDER VE ZARARLAR			
1-Çalışmayan Kısım Gider ve Zararları(-)			
2-Önceki Dönem Gider ve Zararları(-)			11.547.598.000
3-Diğer Olağan Dışı Gider ve Zararları(-)		159.222.315	
DÖNEM KÂRI VEYA ZARARI	13.723.029.337.669	7.705.661.683.647	8.992.012.053.742
K- D.KÂRI VE DİĞER YASAL YÜKÜM.KARŞILIKLARI(-)	160.599.186.422	135.833.243.289	-31.860.930.000
İŞLETMELER BAZINDA DÖNEM NET KÂRI VEYA ZARARI	13.562.430.151.247	7.569.828.440.358	8.960.151.123.742
İŞLETMELER BAZINDA DÖNEM NET KÂRI VEYA ZARARI	-	26.468.704.642	156.200.233.414
DÖNEM NET KÂRIN VEYA ZARARI	13.562.430.151.247	7.596.297.145.000	9.116.351.357.156

Tablo 23. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Döner Sermaye Bilançosu

ANKARA ÜNİVERSİTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ DÖNER SERMAYE BİLANÇOSU 2001 YILI			
	1999	2000	2001
AKTİF VARLIKLAR			
A-Hazır Değerler	4.614.087.557.646	8.268.320.416.869	11.694.825.016.146
1-Kasa	233.714.000	802.180.295	767.295.596
2-Alınan Çekler		11.539.980.000	
3-Bankalar	4.635.846.394.646	8.256.649.304.574	11.702.848.367.550
4-Verilen Çekler ve Ödeme Emirler (-)	21.992.551.000	671.048.000	8.790.647.000
5-Diğer Hazır Değerler			
B-Menkul Kıymetler			
C-Ticari Alacaklar	7.117.163.465.474	11.058.223.321.801	16.352.453.375.842
1-Alıcılar	7.082.271.837.575	10.956.083.615.810	16.192.685.895.270
2-Banka Kredi Kartlarından Alacaklar	34.891.627.899	102.127.496.991	159.684.085.131
3-Verilen Depozito ve Teminatlar		12.209.000	83.395.441
D-Diğer Alacaklar	654.991.601.404	267.479.294.392	1.011.603.316.238
1-Personelden Alacaklar	5.785.174.500	8.042.873.662	1.475.772.124
2-Diğer Çeşitli Alacaklar	649.206.426.904	259.436.420.730	1.010.127.544.114
E-Stoklar		36.401.433.583	29.571.146.654
1-İlk Madde ve Malzeme		7.308.379.318	7.308.379.318
2-Ticari Mallar		23.679.499.265	16.849.212.336
3-Diğer Stoklar		5.413.555.000	5.413.555.000
G-Gelecek Aylara Ait Giderler ve Gelir Tahak.		6.496.610.000	15.093.185.000
1- Gelecek Aylara Ait Giderler		6.496.610.000	15.093.185.000
H-Diğer Dönen Varlıklar	3.033.214.041.554	3.222.664.295.197	216.455.104.910
1-Devreden KDV		64.403.017.421	11.568.399.772
3-Peşin Ödenen Vergiler			34.699.210.000
4-İş Avansları	3.033.214.041.554	3.158.261.277.776	170.187.495.138
DÖNER VARLIKLARIN TOPLAMI	15.419.456.666.078	22.859.585.371.842	29.320.001.144.790
III-DURAN VARLIKLAR			
A-Ticari Alacaklar			
1-Alıcılar			
B-Diğer Alacaklar		1.070.064.000	
1- Personelden Alacaklar			
2-Diğer Çeşit Alacaklar		1.070.064.000	
C-Maddi Duran Varlıklar	649.206.426.904	665.190.943.904	3.699.548.329.883
1-Demirbaşlar		16.117.637.000	13.305.637.000
2-Birikmiş Amortismanlar(-)		133.120.000	133.120.000
3-Verilen Avanslar	649.206.426.904	649.206.426.904	3.686.375.812.883
D-Maddi Olmayan Duran Varlıklar			
E-Diğer Duran Varlıklar			
F-Özel Tükenmeye Tabi Varlıklar			
G-Gelecek Yıllara Ait Gider ve Gelir Tahak.			
H-Diğer Duran Varlıklar			
DURAN VARLIKLARIN TOPLAMI	649.206.426.904	666.261.007.904	3.699.548.329.883
AKTİF (VARLIKLARIN) TOPLAMI	16.068.663.092.192	23.525.846.379.746	33.019.549.474.673

PASİF KAYNAKLAR			
1-KISA VADELİ YABANCI KAYNAKLAR			
A-Ticari Borçlar	550.747.469.592	1.033.839.294.241	1.214.562.745.013
1-Satıcılar	545.468.509.980	1.014.892.676.629	1.176.096.937.401
2-Alınan Depozito ve Teminatlar	5.278.959.612	18.946.617.612	37.534.507.612
3-Diğer Ticari Borçlar			931.300.000
B-Diğer Borçlar		1.637.520.568	619.249.355
1-Personelden Borçlar		40.836.393	46.137.355
2-Diğer Çeşitli Borçlar		1.596.684.175	573.112.000
C-Alınan Avanslar	58.270.999.817	331.049.295.360.	174.953.474.639
1-Alınan Avanslar	58.270.999.817	331.039.295.360	174.943.474.639
2-Alınan Diğer Avanslar		10.000.000	10.000.000
E-Ödenecek Vergi ve Diğer Yükümlülükler	1.247.958.045.422	882.442.287.692	1.378.040.550.039
1-Ödenecek Vergi ve Fonlar	232.912.108.000	430.908.035.295	751.497.176.591
2-Ödenecek Sosyal Güvenlik Kesintileri		62.001.264.458	81.498.752.899
3-Ödenecek Döner Sermaye Yükümlülükleri	1.015.045.937.422	389.524.987.939	540.479.590.549
4-Ödenecek Döner Sermaye Katkı Payları			4.467.030.000
5-Ödenecek Diğer Yükümlülükler		8.000.000	98.000.000
F-Borç ve Gider Karşılıkları		16.908.381.549	31.252.731.549
1-Dönem Kârı Vergi ve Diğ.Yas.Yük.Kâr.		28.050.361.549	31.252.731.549
2-Dönem Kârının Peşin Ödenen Ver.ve Diğ. Yük.		11.141.980.000	
H-Diğer Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar		111.976	111.976
1-Sayım ve Tesellüm Fazlaları		111.976	111.976
KISA VADELİ YABANCI KAYNAKLARIN TOPLAMI	1.856.976.514.631	2.265.876.891.386	2.799.428.862.571
III-ÖZ KAYNAKLAR			
A-Ödenmiş Sermaye			
1-Sermaye	50.000.000	24.078.000.000	24.078.000.000
2-Ödenmemiş Sermaye			
B-Sermaye Yedekleri			
C-Geçmiş Yıllar Kârları		13.863.829.768	21.382.189.242.085
D-Geçmiş Yıllar Zararları		197.020.781.766	146.297.753.725
E-Dönem Net Kârı (Zararı)	13.562.430.151.247	7.569.828.440.358	8.960.151.123.742
1-Dönem Net Kâr	13.562.430.151.247	7.596.297.145.000	9.116.351.357.156
2-Dönem Net Zararı(-)		26.468.704.642	156.200.233.414
ÖZKAYNAKLAR TOPLAMI	14.505.686.577.561.	21.259.969.488.360	30.220.120.612.102
PASİF KAYNAKLAR TOPLAMI	16.068.663.092.192	23.525.846.379.746	33.019.549.474.673

3.6.1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesinde Maliyet Analizi Çalışmaları

Türkiye'de kamu sağlık kuruluşların önemli sorunlarından birisi, hastanelerin kamuya ait organizasyonlar olması nedeniyle kâr amacı güden işletme olarak nitelendirilmemektedir.

Buna rağmen hizmetin verimliliği, ekonomikliliğin ölçümü ve genel hastane amacı doğrultusunda faaliyetlerin kontrol altında tutulabilmesi ve yeni yatırımlara yönelmesi için maliyetlerin bilinmesi ve maliyet analizlerinin yapılması gereklidir.

Maliyet; amaçlanan bir sonuca ulaşmak için katlanılması gereken esirgemezliklerin genellikle para ile ölçülen toplamıdır. (Büyükmirza, 1998:34)

Özellikle kâr amaçsız bir kamu sağlık kuruluşu olan İbn-i Sina Hastanesi 1265 yatak kapasitesi ile büyük bir eğitim ve araştırma hastanesi olması nedeniyle diğer kamu hastanelerine nazaran daha yüksek maliyetlerle çalışmaktadır.

Yapılan araştırmada hastanede maliyet analizi yapılmadığı görülmüş ve nedeni sorgulandığında, hizmet satış fiyatlarının Maliye Bakanlığı tarafından her yıl yayınlanan “Bütçe Uygulama Talimatnamesi” ile belirlenmesi nedeniyle bu fiyatların dışına çıkılmadığından maliyet analizine gerek duyulmadığı bildirilmiştir.

Oysa hastanede sabit giderlerin yüksek olduğu görülmektedir. Bu gider kalemlerinin maliyet analizi ile irdelenmesi hastane maliyetlerinin kontrol altında tutulması gerekmektedir.

Hastane maliyeti, hastanenin kendi faaliyetlerini oluşturan sağlık bakım hizmetlerini elde edebilmek için harcadığı çeşitli üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değeridir.

Hastaneler maliyet olarak ister üretilen hasta bakım hizmetlerinin varoluş değerini, ister alternatif değerini maliyet olarak alsınlar, üretim faktörlerinin kıt olma sorunu oldukça maliyet, hastanelerin en önemli sorunu olacaktır. (Mersin, 1999:6)

3.6.2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Mali Tablo Analizleri

Finansal tablolarda yer alan iki hesap kalemi arasındaki ilişkinin basit matematiksel ifadesine oran (rasyo) denilmektedir. Oranlar yoluyla yapılan analizlerde amaç, finansal tablo verilerini belli ilişkiler içerisinde özetlemek ve bu şekilde daha anlamlı analiz ve yorumlara imkan sağlamaktır.

Oran yöntemi ile analiz statik nitelikli bir analizdir. Bu nedenle işletmelerin yalnız bir dönemlik finansal tablolarına uygulanabilmekte olup, oran analizinin statik özelliğinden dolayı analiz yapabilmek için tablolar üzerinde enflasyon düzeltmesine gerek bulunmamaktadır.

Rasyo analizleri, hastanenin mali açıdan durumunu değerlendirmek için sıklıkla kullanılmaktadır. Bu tür çalışmalar ABD’nde 1940’lı yıllarda başlamış ve günümüzde hemen hemen tüm hastanelerde kullanılır hale gelmiştir.

Ülkemizde ise özellikle kamu hastanelerinde bu tür analiz teknikleri kullanılmamakta, finansal kararların alınmasında bilimsel yöntemlerden istenilen ölçüde yararlanılmamaktadır. Bu yüzden oran analizlerinin sektör ortalamaları olarak Amerika Birleşik Devletlerine ait hastane sektör ortalamaları verilmiştir.

Ayrıca Ankara Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesinde yapılan bir araştırmada rasyo analiz sonuçları elde edilmiş ve yararlı olacağı düşünüülerek bu sonuçlarda araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmada örneklem olarak alınan kamu hastanesinde rasyo analizleri uygulanmasında, sadece Döner Sermaye hesapları kullanılmıştır.

A. Likidite Oranları

Çoğu yöneticinin ve firma finansörlerinin ilk olarak dikkate aldıkları konulardan biri de işletmenin likiditesidir. Bu oran ile işletmenin varolan borçlarını vadesi geldiğinde ödeyebilecek kapasitede olup olmadığı araştırılır.

Cari Oran: Genel olarak bu oranın 2/1 olması gerekir. Ülkemiz için bunun 1,5/1 olması normal kabul edilir. Oranın >2 olması mali verimsizlik doğururken, <1,5 olması işletmeyi güvenlik açısından tehlikeye atar. Cari oran aşağıdaki formülle hesap edilmektedir;

Cari Oran= Dönen Varlıklar/ Kısa Vadeli Borçlar

Cari oran₁₉₉₉ = 15.419.456.666.078/1.856.976.514.631=8,3

Cari Oran₂₀₀₀ =22.859.585.371.842/2.265.876.891.386=10,0

Cari Oran₂₀₀₁ =29.320.001.144.790/ 2.799.428.862.571=10,4

Sektör Ortalaması: 2,0 (Gapenski, 1996:515)

Yorum: İbn-i Sina Hastanesi 1999-2000-2001 yılı döner sermaye hesaplarına göre, cari oran 8,3-10,0 -10,4 civarında olması 3 yıl boyunca cari oranın sektör ortalamasının çok üzerinde olduğu görülmektedir. Analiz sonucu ortaya çıkan oranın yüksek çıkması iyi olmakla beraber, bu oranın gereğinden fazla yüksek çıkması hastanede mali verimsizlik olduğunu göstermektedir.

Diğer bir deyişle, eldeki nakit iyi değerlendirilmiyor. Ülkemizdeki bir çok işletme gibi, kurum da eldeki nakdin sadece belli bir kısmını bir devlet bankasında vadeli mevduat olarak değerlendirmektedir. Bu yüzden kurumun eldeki bu nakit fazlasını verimlilik artışı sağlayacak ve yatırımları artıracak kaynak olarak kullanması gereklidir. Kurum sadece eldeki nakdin muhasebe maliyetini değil, nakdin kuruma kazandıracığı fırsat maliyetini de değerlendirmelidir.

Asit Test (Likidite Oranı): Cari orana göre daha hassas bir orandır. Genel olarak bu oranın 1:1 olması gerekir. Ülkemiz için bunun 0.60- 0.80 olması normal kabul edilir. İşletmenin stoklar hariç elindeki hazır bulunan değerlerle kısa vadeli borçlarını ödeyebileceğini gösterir.

Asit Test= Hazır Kıymetler +Menkul Kıymetler+Ticari.Alacaklar+Diğer Alacaklar / Kısa Vadeli Borçlar

AsitTestOranı1999=4.614.087.557.646+0+7.117.163.465.474+654.991.601.404 / 1.856.976.514.631= 6,6

AsitTestOranı2000=8.268.320.416.869+0+11.058.223.321.801+267.479.294.392 / 2.265.876.891.386= 8,6

AsitTestOranı2001=11.694.825.016.146+0+16.352.453.375.842+1.011.603.316.238 / 2.799.428.862.571= 10,3

Sektör Ortalaması= 1,8 (Gapenski, 1996:515)

Yorum: İbn-i Sina Hastanesi eldeki hazır kıymetleri ile her yıl sektör ortalamasından yüksek bir asit test oranına sahip olmuştur. Kısa vadeli borçları ödeyebilecek güçtedir. İşletmenin uzun vadeli borçları bulunmadığından avantajlı durumdadır.

Nakit Oranı: Bu oran işletmenin faaliyetlerinin durması ve alacaklarını tahsil edememesi halinde kısa vadeli borçlarını ödeyebileceğini gösterir. Genel bir kural olarak bu oranın 0.20'inin altına düşmemesi gerekir.

Nakit Oran = Kasa+ Banka+ Menkul Değerler/ Kısa Vadeli Borçlar

Nakit Oran 1999 = 4.636.080.108.646 / 1.856.976.514.631=2,4

Nakit Oranı 2000 =8.257.451.484.869 / 2.265.876.891.386 = 3,6

Nakit Oran 2001=11.702.848.367.550 / 2.799.428.862.571= 4,1

Sektör Ortalaması= 0.20 (Gapenski, 1996:515)

Yorum: İbn-i Sina hastanesi satışların durması ve alacaklarını tahsil edememesi durumunda kısa vadeli borçlarını ödeyebilecek güçtedir. Yıl itibarı ile nakit oranında artış sektör ortalamasının çok üzerindedir. Bu da kurumun elinde atıl nakit bulundurduğunu göstermektedir.

B. Finansal Oranları

Borçlanma (Kaldıraç) Oranı: Toplam Borçların/Toplam Aktiflere oranına borçlanma oranı adı verilir. Borç, burada hem cari pasifleri (KVYK), hem de uzun vadeli borçları içerecek şekilde tanımlanmıştır.

Finansörler, düşük borç oranını tercih ederler çünkü, oran ne kadar düşükse, likidasyon durumunda finansörün kayıpları o derece garanti altına alınmış olur. Diğer taraftan kâr amaçlı işletmelerde, işletme sahipleri için kazançlarını artırmak veya yeni hisse senetlerini satmak belli derecede kontrol kaybı demek olacağı için, destek arayabilirler. Kâr amacı gütmeyen işletmeler ise, desteği daha fazla hizmet sağlamak amacıyla arayabilirler. (Gapenski, 1996:519)

Kaldıraç Oranı= Toplam Borçlar / Toplam Aktifler

Borçlanma Oranı₁₉₉₉=1.856.976.514.631/16.068.663.092.192= %11,5

Borçlanma Oranı₂₀₀₀=2.265.876.891.386/23.525.846.379.746= %9,6

Borçlanma Oranı₂₀₀₁=2.799.428.862.571 / 33.019.549.474.673= %8,4

Sektör Ortalaması= %48,8 (Gapenski, 1996:519)

Yorum: İbn-i Sina Hastanesinin borç oranı yıl itibarı ile % 10 civarındadır. Hastane sektörünün ortalama borç oranı %48,8 olduğu halde İbn-i Sina hastanesinde ise bu oranın %8-10 civarındadır. Bu yapılanma temelde kamu hastanesi olması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Hastane çok az yabancı kaynak kullanmaktadır.

Yeni yatırımlar gündeme geldiğinde İbn-i Sina hastanesi yöneticilerinin yeni kredi olanakları bulması kolaylaşacaktır.

Duran Varlıkların Aktif Varlıkların Toplamına Oranı: Bu oran toplam varlıklar içerisindeki duran varlıkların payını göstermektedir. Duran varlıklar vadesi bir yıl içerisinde faydası tükenmeyecek veya tüketilmeyecek olan varlıkların izlendiği hesaptır. Duran varlıkların likiditesi ve devir hızları düşüktür. Aktif toplamı içerisinde bu varlıkların yekün tutması durumunda işletme yabancı kaynak kullanımına zorlanacak ve mali konularda bağımsız ve rahat hareket kabiliyeti zayıflayacaktır. (Özer, 1997:788)

Duran Varlıkların Aktif Varlıkların Toplamına Oranı =

Duran Varlıklar / Aktif Varlıklar Toplamı

1999 yılı için = $649.206.426.904 / 16.068.663.092.192 = 0.0404 = \%4$

2000 yılı için = $(666.261.007.90 - 133.120.000) / 23.525.846.379.746 = 0.0283 = \%2,8$

2001 yılı için = $(3.699.548.329.883 - 133.12.000) / 33.019.549.474.673 = 0.112 = \%11,2$

Sektör Ortalaması: % 74,6 (Gapenski, 1996;531)

Yorum: İbn-i Sina Hastanesinde duran varlıklar, aktif varlıkların toplamı içerisinde çok düşük bir paya sahiptir. Genel ve katma bütçeli hastanelerde bina ve katma bütçeden alınan demirbaşların Döner Sermaye bilançosunda yer almaması nedeniyle bu oran sektör ortalamasının çok altında gözükmemektedir. Bu konuda sağlıklı bir oran analizinin ancak konsolide bilançolar üzerinde yapılması gerekir.

C. Faaliyet Oranları

İşletme emrindeki aktiflerin, işletme faaliyetlerinde kullanımlarının verimlilik düzeylerini ölçmede kullanılan oranlara faaliyet oranları, verimlilik oranları veya devir hızı oranları da denmektedir.

Alacak Devir Hızı: Peşin satışlar dışında işletmenin en önemli para giriş kaynağı alacaklardır.

Alacakların devir hızı veya Alacakların paraya dönüşüm çabukluğu, bir işletmenin alacaklarını tahsil kabiliyetini ve likiditesini gösteren iyi bir ölçüdür.

Alacak Devir Hızı; bir hesap dönemi içindeki kredili satışlar tutarının senetli ve senetsiz ticari alacaklar toplamına bölünmesi suretiyle hesaplanır.

Alacak Devir Hızı: Kredili Satış tutarı (Net Satışlar) / Ticari Alacaklar

Ancak bir işletmenin alacak devir hızını hesaplariken karşılaşılan en önemli sorunlardan biri kredili satış tutarının saptanamamasıdır. Bu durumda kredili satış tutarı yerine işletmenin hesap dönemindeki net satış rakamı kullanılır. Alacakların devir hızının yüksekliği işletmenin alacak politikasının iyi işlediğini, şüpheli alacakların fazlaca bulunmadığını ve bu nedenle tahsilat kayıplarının düşük olduğunu göstermektedir.

Devir hızının düşüklüğü ise, işletmenin alacak politikasının iyi işlemediğini, işletmenin tahsilat gücünün ve nakit sıkıntısı içerisinde bulunduğunu göstermektedir.

İbn-i Sina Hastanesi döner sermaye hesapları incelendiğinde, kredili satış tutarı hesaplanamadığından net satış rakamları kullanılmıştır.

Alacak Devir Hızı₁₉₉₉=43.443.255.710.873/7.117.163.465.474=6,1 kez

Alacak Devir Hızı₂₀₀₀=53.921.984.247.287/11.058.223.321.801=4,8 "

Alacak Devir Hızı₂₀₀₁=79.724.570.700.919/16.352.453.375.842=4,8 "

Sektör Ortalaması=4,74 kez (Gapenski, 1996:516)

Yorum: İbn-i Sina hastanesi 1999 yılında alacak devir hızı yüksekliği sektör ortalamasından daha iyi olmakla beraber, son yıllarda işletme sektör ile aynı değerde bir orana ulaşmıştır. Devir hızındaki bu düşüklük, kamu kurum ve kuruluşları arasında son yıllarda yaygınlaşan birbirlerine borç ödememe veya mümkün olduğunca geç ödeme uygulaması nedeniyle meydana gelmiştir.

Alacakları Ortalama Tahsil Süresi

Ticari Alacaklar x 360 (365) /Yıllık Net Satışlar

1999 yılı=7.117.163.465.474 x 360 (365) / 43.443.255.710.873= 58,9 gündür.

2000 yılı= 11.058 x 365/ 53.921 =73,8 = 74 gündür.

2001 yılı= 16.352x 365/ 79.724.=74,8 = 75gündür.

Sektör Ortalaması= 77 gün (Gapenski, 1996:525)

Yorum: İbn-i Sina hastanesinin ortalama tahsil süresi sektör ortalamasının hemen altında yer almaktadır. İbn-i Sina hastanesi ortalama bir hastaneden daha iyi bir şekilde alacaklarını tahsil etmektedir.

Aktif Devir Hızı: Net satış tutarının varlık toplamına bölünmesi ile hesaplanan aktif devir hızı, bir işletmede sermaye yoğunluğunun bir göstergesi veya varlık kullanımının bir ölçüsü olarak yorumlanabilir. Varlık devir hızı bir işletmenin kârlılığını belirleyen önemli etkenlerden biridir.

Aktif Devir Hızı=Net Satış Tutarı / Aktif Toplamı

Aktif Devir Hızı₁₉₉₉=43.443.255.710.873/16.068.663.092.192=2,7 kez

Aktif Devir Hızı₂₀₀₀=53.921.984.247.287/23.525.846.379.746=2.29 kez

Aktif Devir Hızı₂₀₀₁=79.724.570.700.919/33.019.549.474.673=2.41 kez

Sektör Ortalaması=3,9 kez (Gapenski, 1996:524)

Yorum: İbn-i Sina Hastanesinin Aktif devir hızı sektör ortalamasının altında seyretmektedir. Hastanenin toplam aktiflerini verimsiz olarak kullandığı görülmektedir.

Dönen Varlıkların Devir Hızı Oranı: Dönen Varlıkların Devir Hızı Oranı, işletmenin aktiflerini ne kadar iyi kullandığını ölçer.

Dönen Varlıkların Devir Hızı Oranı= Net Satışlar / Dönen Varlıklar

Dönen Varlıkların Devir Hızı Oranı₁₉₉₉=43.443.255.710.873/

15.419.456.666.078=1,0 defa

Dönen Varlıkların Devir Hızı Oranı₂₀₀₀=53.921.984.247.287/

22.859.585.371.842=2,3 defa

Dönen Varlıkların Devir Hızı Oranı₂₀₀₁=79.724.570.700.919/

29.320.001.144.790=2,7 defa

Sektör Ortalaması= 3,3 defa (Gapenski, 1996:523)

Yorum: Ciro ya da faydalanma, işletmenin aktiflerini kazanca ne kadar başarı ile çevirebildiği kastedilir. Faydalanma oranı ne kadar yüksek ise işletme, bu aktifleri o kadar etkili biçimde kullanır. İbn-i Sina hastanesinde, 1 TL'lik Dönen Varlıkları için, 2,7 TL'lik toplam kazanç elde etmektedir. Bu kazanç mevcut sektör ortalaması ile kıyaslandığında, İbn-i Sina Hastanesinin Dönen Varlıklarından fazla gelir elde etmediği anlaşılmaktadır. Yalnız yıl itibarı ile kıyaslandığında sektör ortalamasına ulaşmak için gayret ettiği şeklinde yorumlanabilir.

Stok Devir Hızı: Stokların devir hızı işletmenin stoklarını ortalama olarak yılda kaç defa sattığını gösterir. Stok devir hızı işletmenin içinde bulunduğu endüstrinin yapısı, çalışma konusu ve satış politikalarından etkilenir. (Erol, 1999;153)

İlk Madde ve Malzeme Stok Devir Hızı=Satılan Hizmet Maliyeti / İlk Madde ve Malzeme Stoku

İ.M.V.M. Stok Devir Hızı₂₀₀₁=19.317.066.604.102/7.308.379.318=2643 kez

Sektör Ortalaması= 34,5 kez (Gapenski;1996:522)

Yorum: Stok devir hızı hesabında görüldüğü gibi mümkün olmayan bir sonuç çıkmaktadır. Kurumda satın alınan ilk madde ve malzeme kalemleri satın alındıktan sonra hemen gider gösterilerek hizmete yansıtılmaktadır. Bu kayıtların gerçek olarak görüleceği Ayniyat kayıtlarına ulaşamadığından stok devir hızı hesaplanamamıştır.

Ülke genelindeki kamu sağlık kuruluşları incelendiğinde, ilk madde ve malzeme kalemleri (ilaç, tıbbi sarf malzeme vs. gibi...) Genel ve Katma Bütçe Fonları ile yılda 2 defa Döner Sermayeli işletmelerde 4-5 kez satın alınır. Yıl içinde yeniden malzeme ihtiyacı oluştuğunda kurum ara alımlara gitmektedir. Hacettepe Üniversitesinde yapılan bir araştırma sonucunda Stok devir hızı 5 kez olarak bulunmuştur. Diğer kamu hastanelerinde de doğru rakamlar bulunduğu aynı sonuca ulaşılacağı tahmin edilmektedir.

Kamu sağlık kurumlarının ilk madde ve malzeme kalemlerini hemen gider olarak göstermelerine neden olarak 1050 sayılı Genel Muhasebe Kanununun 49.maddesine gösterilebilir.

49. maddeye göre: "Genel Bütçe içinde yönetilen sınai ve ticari kurum ve idarelerin ilk madde ve malzeme alım bedelleri ile uzman ve işçi ücretleri döner sermaye adıyla bütçelere konulan ödenekler ile karşılanır ve ödenir. Bu kurum ve idarelerin döner sermaye ödeneklerinden kullanılmayan tutarlar yıl sonunda yok edilir; kullanılan sermayeden doğan gelir fazlaları da gelir yazılır." kısıtı öne sürülmektedir.

Diğer bir deyişle; Döner sermaye faaliyeti sonucunda elde edilen gayrisafi gelirler bu amaç için kullanılan ödeneklerden fazla tutarsa, gelir fazlası bütçe geliri olarak (Döner sermayeden gelirler maddesine) hazineye irat kaydedilir.(Büyüklü, 1976:75)

Kurumlar kâr düzeylerini ödenmemiş sermaye limitlerinin altında tutmak amacıyla eldeki stoku hemen gider kaydetmekte olup tüm malzemeleri varolan depolara dağıtmaktadır.

Tüm bu depoları birbirine bağlayan bir bilgisayar ağı bulunmadığından sağlıklı bir stok sistemine sahip olamamaktadırlar.

D. Kârlılık Oranları

Kârlılık, çok sayıda politika ve kararın net bir sonucudur. Bu yüzden kârlılık oranları, likiditenin, aktif yönetimini ve borç yönetiminin, faaliyet sonuçları üzerindeki birleşik etkisini gösterir. Kâr ile satışlar arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde kullanılan kârlılık oranları şöyledir;

Brüt Kâr Marjı

Brüt Kâr Marjı = Brüt satış kârının/ Net satışlara oranı

Brüt Kâr Marjı = $24.536.301.124.802 / 43.443.255.710.873 = \%56$

Brüt Kâr Marjı₂₀₀₀ = $34.529.637.651.098 / 53.921.984.247.287 = \%64$

Brüt Kâr Marjı₂₀₀₁ = $58.563.997.149.495 / 79.724.570.700.919 = \%73$

Sektör Ortalaması = $\%25$ (Akar, 1996:55)

Yorum: İbn-i Sina hastanesinin brüt kâr oranı sektör ortalamalarının çok üstündedir. Bu durum iyi olarak yorumlanır.

Net Kârın Net Satışlara Oranı

Net Kâr / Net Satışlar

Net Kâr Oranı₁₉₉₉ = $13.562.430.151.247 / 43.443.255.710.873 = \%31$

Net Kâr Oranı₂₀₀₀ = $7.596.297.145.000 / 53.921.984.247.287 = \%14$

Net Kâr Oranı₂₀₀₁ = $9.116.351.357.156 / 79.724.570.700.919 = \%11$

Sektör Ortalaması=% 10 (Akar, 1996:55)

Yorum: İbn-i Sina hastanesinin Sektör ortalamalarının çok üzerinde bir kârlılık oranına ulaşmış olup yıl itibarıyla düşme göstermiş fakat sektör ortalamasının altına düşmemiştir. Bu yüzden iyi olarak yorumlanabilir.

Faaliyet Kârının Net satışlara Oranı: Faaliyet kârının net satışlara bölünmesi ile hesaplanır. Yıllar itibarıyla meydana gelen gelişmeler dikkatli yorumlanmalıdır.

Faaliyet Kâr Oranı= Faaliyet Kârı / Net Satışlar

Faaliyet Kâr Oranı₁₉₉₉=13.559.955.853.247/43.443.255.710.873=%31

Faaliyet Kâr Oranı₂₀₀₀=7.597.628.321.405/53.921.984.247.287=%14

Faaliyet Kâr Oranı₂₀₀₁=8.960.151.123.74/ 80.402.705.543.364=%11

Sektör Ortalaması=%20 (Akar, 1996:55)

Yorum: İbn-i Sina Hastanesi sektör ortalamasının altında bir kârlılık oranına ulaşmıştır. Bu nedenle düşük bir kârlılık oranına sahiptir. Kâr Oranı yıl itibarıyla düşme göstermektedir. Düşüklüğün nedeni diğer hastanelere göre İbn-i Sina hastanesinde faaliyet giderlerinin yüksek olması ile izah edilir.

Net Kârın Toplam Varlıklara Oranı: İşletme aktifinde yer alan varlıkların işletme faaliyetlerinde ne derece verimli olarak kullanıldığını ortaya koyan bir orandır. Oranın yüksek çıkması işletme lehine, düşük çıkması ise kârlılığın düşük olması nedeniyle işletme aleyhine yorumlanır.

Toplam Varlıklar Kârlılık Oranı= Net Kâr / Toplam Varlıklar

Toplam Varlıklar Kârlılık Oranı₁₉₉₉=13.562.430.151.247/

16.068.663.092.192= %84

Toplam Varlıklar Kârlılık Oranı₂₀₀₀= 7.569.828.440.358/

23.525.846.379.746 =%32

Toplam Varlıklar Kârlılık Oranı₂₀₀₁=8.960.151.123.742/

33.019.549.474.67=%27

Sektör Ortalaması=%5 (Akar, 1996:55)

Yorum: İşletme sektör ortalamasının üzerinde bir kârlılık oranına ulaşmıştır. Fakat bu oran yıl itibari ile düşüş göstermektedir. Toplam varlıkların verimli olarak kullanılmaları nedeniyle diğer işletmelere göre yüksek çıkan bu oran işletmenin bir bütün olarak verimli çalıştırıldığının göstergesidir.

Özsermaye Kârlılık Oranı: İşletmenin yönetim ve ortaklar açısından verimliliğinin tespitinde kullanılan verimlilik rasyoları, toplam varlıklar verimlilik oranı ve öz sermaye verimlilik oranıdır. Birinci oran yöneticinin her 1TL'lik işletme varlığı için elde ettiği verimliliği yansıtırken, ikincisi ortakların işletmeye ayırdıkları yatırımları karşılığında elde edilen verimliliği yansıtır. İkinci oran yöneticilerin ortaklar gözündeki verimliliğini gösterir. (Erol,1999;159)

Özsermaye Kârlılığı= Net Kâr / Özsermaye

Özsermaye Kârlılığı₂₀₀₀=7.569.828.440.358/13.690.141.048.002=%55

Özsermaye Kârlılığı₂₀₀₁=8.960.151.123742 /21.259.969.488.360=% 42

Sektör Ortalaması=%15(Akar, 1996:56)

Yorum: İbn-i Sina Hastanesinin dönem başı itibarı ile elde bulunan 13.690 trilyonluk öz sermayeyi dönem sonunda 7.569 trilyon kâr elde ederek %55'lik bir artış sağlanmıştır. Bu da sektör ortalamasının çok üzerinde bir orandır. 2001 yılında ise Özsermaye kârlılığı %42,1 oranında olup düşüş göstermiştir.

E. Büyüme Oranları

Firmaya ilişkin büyüme oranları, satış, dönem kârı (vergi öncesi kâr), varlık(aktif) toplamı, Özsermaye(öz kaynak) ve anonim ortaklıklarda bunlara ek olarak hisse(pay) başına kâr (kazanç-gelir) olarak hesaplanabilir.

Satışlarda bir önceki döneme göre cari fiyatlarla değişme % olarak hesaplanır.

▲ S= Net satışlarda cari fiyatlarla % olarak değişmeyi

St= Cari dönemde cari fiyatlarla net satış tutarını

St-1= Bir önceki dönemin cari fiyatlarıyla net satış tutarını göstermektedir.

$$\Delta S = \frac{St - St-1}{St-1} \times 100 =$$

Satışlarda Büyüme 1999-2000 Yılı

$$\Delta S = \frac{53.921.984 - 43.131.835}{43.131.835} \times 100 = 25 = \%25$$

Satışlarda Büyüme 2000-2001 yılı hesapları

$$\Delta S = \frac{79.724.570 - 53.921.984}{53.921.984} \times 100 = 47,8 = \%47,8$$

İbn-i Sina Hastanesinin 1999-2001 yılları arasındaki satış ve dönem kârındaki büyüme oranları hesaplanmıştır. Hastane 1999-2000 yılları arasında satışlarda %25'lik bir büyüme elde ederken, 2000-2001 yılları arasında ise bu oranı %47,8'lik bir artış ile ikiye katladığı görülmektedir.

* Fiyat artışlarının hızlı olduğu ekonomilerde cari fiyatlara göre hesaplanan artış oranlarının veya hızlarının fazla anlam ifade etmeyeceği açıktır. Bu nedenle cari fiyatlarla hesaplanan artış hızlarının, fiyat artışlarına göre düzeltilmesi gerekir.

$$\Delta S_r = \frac{1 + \% \Delta s}{1 + \% \Delta F} - 1$$

ΔS_r =Bir önceki döneme göre fiyatlarda ortalama artış yüzdesini,

$\% \Delta F$ =Bir önceki döneme göre fiyatlarda ortalama artış yüzdesini ifade etmektedir.

Düzeltilme yapılırken, işletmenin faaliyet gösterdiği sektördeki yıllık ortalama fiyat artışını almak daha tutarlıdır. Satışlar 1 yıllık birikmeli (kümülatif) tutar olduğuna göre düzeltmelerde yıllık ortalama fiyat artışları kullanılmalıdır. Bu düzeltmelerin yapılabilmesi için işletmenin faaliyet gösterdiği sektördeki fiyat artışı alınamadığından yıllık ortalama fiyat artışları kullanılmıştır.

Toptan Eşya Fiyat Endeksi

1999 yılı: %62,9

2000 yılı: %32,7

2001 yılı: %88,6

1999-2000 yılı

$$1 + 0.25$$

$$\Delta S_r = \frac{1 + 0.25}{1 + 0.327} - 1 = -\%5,8$$

$$1 + 0.327$$

2000-2001 yılı

$$1+0.478$$

$$\Delta S_r = \frac{\text{-----}}{1+0.886} - 1 = -\%21,6$$

Cari fiyatlarla hesaplanan artış hızları enflasyon oranlarına göre düzeltildiğinde 2000 yılında satışlardaki küçülme reel olarak -%5,8, 2001 yılında ise bu küçülme oranı -%21,6 olmuştur.

Dönem Kârında Büyüme Hesapları

Dönem Kârında Büyüme 1999-2000 Yılı

Dönem kârında veya vergi öncesi kârda (VÖK) cari fiyatlarla artış oranı

▲ K= Dönem kârında bir önceki döneme göre cari fiyatlarla değişmeyi

K_t = Cari fiyatlarda dönem kârını

K_{t-1} = Cari fiyatlarla bir önceki dönem kârını göstermektedir.

$$K_t - K_{t-1}$$

$$\Delta K = \frac{\text{-----}}{K_{t-1}} \times 100 =$$

$$7.596.290.-13.562.430.$$

$$\Delta K = \frac{\text{-----}}{13.562.430} \times 100 = -\%44$$

İbn-i Sina Hastanesinde 1999 yılında 13 trilyon olan kâr, 2000 yılında 7 trilyona düşerek dönem kârında -%44 oranında bir küçülme olmuştur.

Dönem Kârında Büyüme 2000-2001 Yılı

$$\Delta K = \frac{9.116.351 - 7.596.297}{7.596.297} \times 100 = \%20$$

2000-2001 yılı dönem kârında sadece % 20'lik bir artış sağladığı görülmektedir.

Fiyat artışının etkisinden arındırılarak dönem kârında reel değişme aşağıdaki formül aracılığı ile hesaplanır.

$$\Delta K_r = \frac{1 + \% \Delta K}{1 + \% \Delta F} - 1 =$$

▲ K_r=Dönem Kârında reel değişmeyi yüzde olarak,

▲ F=İlgili sektördeki yıllık ortalama fiyat artışını göstermektedir.(Akgüç, 1995:410)

1999-2000 yılı

$$\Delta K_r = \frac{1 + (-0.44)}{1 + 0.327} - 1 = -\%57,8$$

2000-2001 yılı

$$\Delta K_r = \frac{1 + 0.20}{1 + 0.886} - 1 = -\%36$$

Dönem kârı reel olarak ilk yılda -%57,8 oranında azalmış olup ikinci yılda ise %20'lik bir kâr elde edilmiş gibi gözükmesine rağmen enflasyon oranındaki yükselme ile birlikte dönem kârında reel olarak -%36'lık bir azalma görülmektedir.

**Tablo 24. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi
Oran Yöntemi ile Analiz (Rasyo Analizleri)**

Yıllar	1999	2000	2001	Ortalama	A.B.D.Sektör Ortalama 1996	Z.H.D.H Oranları 1990
Likidite Oranları						
Cari Oran	8,3	10,0	10,4	9,5	2,0	2,61
Asit Test	6,6	8,6	10,3	8,5	1,8	0,86
Nakit Oran	2,4	3,6	4,1	3,36	0,20	0,07
Finansal Oranlar						
Kaldıraç Oranı	%11,5	%9,6	%8,4	%9,8	%48,8	%11,0
Dur.Var./Aktif Var. Oranı.	%4	%2,8	%11,2	%6	%74,6	0,79
Faaliyet Oranları						
Alacak Devir Hızı	6,1kez	4,8kez	4,8kez	5,2 kez	6 kez	3,8 kez
Alacakların Ortalama Tahsil Süresi	59gün	74gün	75gün	69gün	77gün	121 gün
Aktif Devir Hızı	2,7kez	2,3kez	2,4kez	2,4kez	3,9kez	0,48kez
Dön.Var.Dev.Hızı	1,0kez	2,3kez	2,7kez	2kez	3,3kez	1,6kez
Stok Devir Hızı	-	-	-		34,5kez	2,2kez
Kârlılık Oranları						
Brüt Kâr Marjı	%56	%64	%73	%64,3	%25	-%2,5
Net Kârın Net Satışlara Oranı	%31	%14	%11	%18,6	%10	%1
Faal.Kârının Net Satışlara Oranı	%31	14	%11	%18,6	%20	-%3,2
Net Kârın Top.Var.Oranı	%84	%32	%27	%47,6	%25	%5
Satışlarda Büyüme Oranları	%25,0 Enflasyon %19.2		%47,8 Enflasyon %26.2			
Dönem Kârında Büyüme Oranı	_%44 Enflasyon - %57.8		%20 Enflasyon -%36			

V. TARTIŞMA

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNİN SWOT ANALİZİNE GÖRE FIRSAT VE TEHDİTLERİ

Tıp ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitiminde uygulama merkezleri olarak önemli işlevleri olan üniversite hastaneleri diğer kurumlara göre farklı özellikler taşırlar.

Bu farklılıklar amaç, yapı, işleyiş ve yönetim biçimleri, sahip oldukları insan gücü, teknolojileri ve kabul ettikleri hasta çeşidi gibi alanlarda görülmektedir. Üniversite hastaneleri ülkemizde tıp fakültesi hastanesi, araştırma ve uygulama merkezi ve eğitim hastanesi tanımları ile, Birleşik Devletlerde ise akademik tıp merkezi ve akademik sağlık merkezi gibi tanımlarla ele alınmaktadır.

Genel olarak bakıldığında Türkiye’de 42 üniversite hastanesi bulunmaktadır. Bu sayının büyük bir kısmı, Ankara, İstanbul ve İzmir gibi büyük şehirlerde bulunmaktadır.

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinin dış çevrede karşılaşacağı fırsatları ve tehditleri şöyle sıralayabiliriz.

1.1. FIRSATLAR

- Kurumda istihdam edebileceği tıp, hemşirelik ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitimini verebilmesi ve sağlıkla ilgili araştırmalar yapabilmesi
- Üniversite hastanelerinin, acil vakaların önemli bir yüzdesi ile, yabancı hasta başvurularının diğer hastanelere göre daha fazla kabul edilen yerler olması

- Diğer kurumlardan farklı olarak yoğun bakım yataklarının bulunması, açık kalp ve organ nakli gibi özellikli ameliyatların üniversite hastanelerinde gerçekleştirilmesi
- Avrupa ülkeleri ile hasta transferi anlaşması yapılması ve bununla birlikte dış pazara açılma imkanının olması (Hollanda'nın 1.8 milyon sigortalıya hizmet veren AGIS Groep sigorta şirketi, Türkiye'den toplam 35 hastane ile Kalp damar ameliyatları, Göz, Ortopedi gibi branşlarda tedavi için anlaşma imzaladı. (Erşan, 2002:7)
- İngiltere Sağlık Bakanlığının Türkiye'den sağlık hizmeti satın almak istemesi (Akar, 2002:1-18)
- Bu fırsat ile hem finansal bir kaynak yaratılması, hem de hastanelerin hizmet kalitesini ve hizmet sunumunu yükseltmesi.
- Bir Avrupa ülkesi ile kurulan olumlu ilişkiler ve sonuçlar doğrultusunda diğer AB ülkelerine sağlık hizmeti pazarlayabilmesi.
- Türkiye'de nüfusun artma eğiliminde olması
- İnsanların kaliteli sağlık hizmetlerinden faydalanmak istemesi
- Hasta ve hasta yakınlarının muayene, tetkik ve tedaviye aynı ortamda almak istemeleri
- Devlet hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerinin kalitesiz olması
- Üniversite hastanelerinde tetkik ve tedavinin yapılması için gerekli ileri teknolojik yapılanmanın bulunması
- Üniversite hastanesi olarak diğer kurumlara oranla daha fazla uzman insan gücünün bünyesinde bulunması

- Üniversite hastanesi olarak kurumun yüksek/ ileri teknoloji kullanan ya da yeni teknolojilere yönelik olarak çalışan sanayicilerle işbirliği oluşturarak o firmaların olanaklarından yararlanarak kurum için gerekli yatırımları oluşturabilmesi
- Özel hastanelerde yataklı tedavi ücretlerinin yüksek olması
- Sağlıkta Tek Çatı uygulanmasının kurumlar için bir fırsat olması

(Ocak 2004'e kadar sağlıkta parçalanmış yapıya son verilecek. Sağlık Bakanlığı, SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un sağlık hizmetleri aynı çatı da toplanacak. Hasta kayıtlarında ve hizmet sırasının belirlenmesinde sağlık personeli ve yönetiminin takdir yetkilerinin sınırlandırılması için saydam bir sistem kurulacak .Hürriyet Gazetesi, 22 Ocak 2002)

- Sağlık sektöründe yeni teknoloji transferinin leasing ile gerçekleşebilmesi
- Devletin, üniversite hastanelerinden hizmet satın alması
- 2025'de, 60 yaşın üstünde, 1.2 milyar insan olacak. Çeyrek yüzyıl sonra, 60 yaşın üstündeki insanların sayısı neredeyse ikiye katlanacak ve yaşlı insanların %80'i gelişmekte olan ülkelerde yaşayacaktır. Bu nedenle Geriatri bilimi önem kazanacaktır. Bu alanda yapılacak yatırımlar fırsata dönüşebilir. Türkiye nüfusunun 21.yüzyılda yaşlanmaya başlaması ve yaşlılarda beslenmeye bağlı kronik hastalıkların görülmesi nedeniyle Geriatri kliniklerine olan talebin artması nedeniyle kurumun Geriatri kliniği açması ile yeni bir pazar fırsatı yaratılması
- Kansere ülkemizde ikinci sırada ölüm nedenidir. Tüm ölümlerin %11'ini oluşturmaktadır. İbn-i Sina hastanesi bu alanda hasta ve ailelerine ev ortamı şeklinde üniteler kurarak yaşam süresindeki kaliteyi artırarak tedavi hizmetleri sunabilir. Bu üniteler için atıl bir biçimde duran Gölbaşı dinlenme tesisi değerlendirilebilir. Kurum olarak ülke ve ülke dışındaki bu müşteri grubunu bünyesine çekmesi

- Ayaktan teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modeli oluşturmaları
- Tüm kamu kurumlarının yeniden yapılanma sürecine alınmaları ile sağlık kurumlarının da yeniden düzenlenmesi ve yıllardır varolan sorunların çözüme kavuşturulması için bir fırsat olacaktır.

1.2. TEHDİTLER

- Genel Bütçeden sağlığa ayrılan payın yetersiz olması
- Ülkede yaşam standartlarının düşmesine paralel olarak sağlığa gereken önem verilmemesi
- Ülke ekonomisinin içinde bulunduğu durum, işletme açısından enflasyonist ve belirsiz bir ortamda faaliyette bulunması
- Sağlık sektöründe, uzun vadeli, uyumlu ve istikrarlı sağlık politikalarının olmaması
- Sağlık politikası ile çok sayıda kurum/kuruluşun ilgilenmesi nedeniyle bürokrasinin artması
- Sağlık sektörünün finansal kaynağa ihtiyacı olması
- Kaynakların etkili ve verimli kullanılmaması
- Sağlık sektöründe insan kaynakları planlamasının olmaması nedeniyle düzensiz bir yapılanmanın varolması
- Koruyucu sağlık hizmetleri veren kurumların atıl ve verimsiz kullanımı nedeniyle üniversite hastanelerinde hastaların uzun kuyruklar oluşturmaları
- Hastanelerde sevk zincirinin sağlıklı işlememesi nedeniyle uzun kuyruklar oluşması

- Sağlık kurumlarında yeterli denetim olmaması nedeniyle malzeme ve cihazların verimsiz bir biçimde kullanılması.
- Üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin hem devlette hem de özelde çalışmalarının hastalar ve kurum açısından bir takım sorunlar doğurması
- Sağlık kurumlarında sevk zincirinin kontrolsüz olması

Üçüncü basamak hizmetlerinin yürütüldüğü hastanelerin hastalara ayaktan bakım hizmeti vermek doğrudan fonksiyonları içinde yer almaz. Ancak ülkemizde sağlık sisteminden kaynaklanan nedenlerden dolayı üniversite hastaneleri ilk başvuru kurumları olarak poliklinik hastalarının önemli bir yüzdesini kabul ederler. 2000 yılı verilerine göre Sağlık bakanlığı 9.7'lik yüzdeden 3.9'luk bir orana düşmüş, SSK 3.4'lük bir yüzdeden 1.5'lik bir yüzdeye düşmüştür. (Y.T.K.İstatistik.2000, 2001:35)

- Hizmet sunumunda gerekli olan sarf malzeme satışlarında kontrolsüz fiyat uygulamalarının bulunması ve denetimin yetersiz olması
- Sağlık hizmeti sunan hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin, yaşam standartlarının düşük olması nedeniyle, hizmet sunumundaki kalitenin istenilen düzeyde olmaması ve haksız kazanç sağlamaya ortam hazırlaması
- Hasta ve hasta sahiplerinin ve sağlık çalışanlarının da (herkesin potansiyel bir hasta olduğu düşünülürse) ücret ödemediği yeterli bir sağlık hizmetine sahip olamayacakları endişesinin olması
- Devlet hastanelerinin ileri teknoloji gerektiren hastalıkları tedavi etmesi ve kaliteli hizmet verme çalışmalarının başlatılması
- Yeni teknolojik donanıma sahip, kaliteli otelcilik hizmeti veren özel hastanelerin açılması

- Sağlık Bakanlığının uyguladığı denetimlerin bütün hastaneler için eşit biçimde gerçekleştirilmemesi
- Üniversite hastaneleri, ülke genelindeki sağlık sisteminin yapılanması içinde tıp, hemşirelik ve diğer sağlık elemanlarının eğitimi, sağlıkla ilgili araştırmalar, ileri teknoloji ve uzmanlık gerektiren hasta tedavilerine ağırlık vermesi gerekirken, kaynak temini için diğer kurumlar gibi basit hastalıkların tedavisine yönelmesi
- Kurumda eleman yetersizliğinin olması ve profesyonel sağlık eleman seçiminin ilgisiz kurumlar tarafından yapılması (Maliye Bakanlığı vs. gibi)
- Türkiye’de yaşanan enerji darboğazı ve yeterli kalitede enerjinin olmaması nedeniyle, üniversite bünyesindeki ileri teknoloji verimli şekilde kullanılmamakta ve cihazlarda aksaklıklar oluşturması
- Sağlık sektöründe kullanılan sarf malzemelerin dolar bazında fiyatlandırılması, hastane fiyatlarının yükselmesine neden olması
- İleri teknolojik donanımın üniversite hastanelerini cazip kılması ve diğer yandan da pahalı kurumlar olarak görülmesine neden olması
- Ülkenin sağlık sisteminden kaynaklanan nedenlerden dolayı üniversite hastanelerinin ilk başvuru kurumları olarak görülmesi, bu yüzden üniversite hastanelerinde izdiham yaşanması ve özelliği olmayan bir sürü hastalık tedavisi ile yatakların işgal edilmesi ve özelliği olan, ileri teknoloji gerektiren hastalıkların tedavi edilememesi
- Üniversite hastanelerinde genellikle araştırma gerektiren ciddi ve ilerlemiş hastalıkların tedavisi nedeniyle ortalama yatış süresinin diğer kurumlara göre daha uzun olması ve bu yüzden maliyetin artması
- Sağlık sektöründe faaliyette bulunan özel sigortaların yeterli düzeyde kurumsallaşmaması

- Ülkede yaşanan ekonomik kriz, TL'nin devalüasyonu ve dövizin yükselişi
- Sağlık sektöründe pazara giriş engelinin olması ve yeni yatırımların Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanması
- Yatırımların, ileri teknoloji gerektirmesi nedeniyle pahalı yatırımlar sınıfına girmesi
- Sağlık kurumlarında reklam yasağının olması nedeniyle kurumun üstün olduğu alanlarda sağlık tüketicisini haberdar edememesi.
- Uzman hekimlerin 7.204'ü üniversite hastanelerinde görev yapmaktadır. Ancak ülke genelinde bu sayının önemli bir yüzdesinin 3 büyük ildeki üniversite hastanelerinde olduğu görülmesi (Söz konusu yatak sayısının fazla olmasının nedenlerinden biri bu yapıdır.)
- Devlet bütçesi dışında, kişisel bağışlarla elde edilen teknolojiler iyi ve etkili kullanılmadığından atıl kapasite yaratması ve bir süre sonra kurumlara ekonomik yük getirmesi
- Çağdaş ve gelişmiş modellerde hastane ile ilgili kararların tümünün, profesyonel hastane yöneticisi tarafından alınması ve ülkemizde ise aynı kararların ise hekimler tarafından alınması.

Tablo 25 Fırsatların ve Tehditlerin Karşılaştırılması

Faktörler	Fırsatlar	Tehditler
Ekonomik Çevre	Hizmet satın alacak tüm kurum ve kuruluşların olması İngiltere ve Hollanda gibi Avrupa ülkelerinin ülkemizden sağlık hizmeti satın alması	*Ekonomik istikrarsızlık nedeniyle kurumların ödeme güçlüğü çekmesi Anlaşmaların kaliteli bakım hizmeti veren özel hastanelere uygulanması
Teknoloji	Radiodiagnostik tüm girişimler, laboratuvar ve ameliyathanenin yüksek bir teknolojik yapıya sahip olması İleri teknoloji kullanımı kurumu cazip hale getiriyor olması	Son teknolojiye sahip yeni özel hastanelerin açılması ve diğer çevre hastanelerin de son teknolojiye sahip olmaları İleri teknoloji nedeniyle tedavinin pahalı olması
Kalite	İnsanların kaliteli sağlık hizmetlerinden faydalanmak istemesi Hastaların teşhis, tetkik ve tedaviyi aynı yerde bulmak istemeleri	Devlet ve Özel hastanelerin de kaliteli hizmet vermeye başlaması Bu işlemler sırasında uzun kuyruklar oluşması
Hedef Kitle	Kamu kurum ve kuruluşlar, SSK, Emekli sandığı, Devlet hastaneleri ile ücretli hastalar	Ücretli hastaların özel hastaneyi tercih etmesi, SSK hastanesinin, hasta sevk etmemesi

2. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNİN SWOT ANALİZİNE GÖRE ÜSTÜNLÜKLERİ VE ZAYIFLIKLAR

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina hastanesinin, işletme içi faktörlerinin göz önüne alınması güçlü ve zayıf yönlerinin belirlenmesi ve bu belirlenen yönlerin stratejik politikalar ile çözümlenmesi gerekmektedir.

2.1. ÜSTÜNLÜKLER

- Hastanenin merkezi bir yerde bulunması, teşhis, tedavi ve tetkik hizmetlerini bir arada verebilmesi
- Hastanenin uzman personel kadrosu ile kesintisiz hizmet sunması
- Kurumun bir hastane olarak inşa edilmiş olması
- Kurumdaki tüm birim ve bölümlerin yön tabelaları ile gösterilmesi
- Kurum yapılanmasının tüm klinikler için benzerlik göstermesi, hasta, hasta sahibi ve çalışanlar açısından kolaylık sağlaması
- En modern araç gereçlerle donatılmış Acil servis, Yoğun bakım, Ameliyathane, Anjio, Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Ünitesi, Hematoloji, Endokrinoloji, İmmünoloji ve Merkez laboratuvarlarını bünyesinde bulundurması
- 1327 kadro yatak kapasitesi ile Ankara ili içindeki en büyük üniversite hastanesi olma özelliğine sahip olması
- Bünyesinde 24 saat uzman personeli ile hizmet veren, ileri teknolojiye sahip, tüm kan ve kan ürünlerini üretebilen ve diğer kurumların da hizmet aldıkları tam donanımlı bir kan merkezinin bulunması
- Hastanenin tüm bölümleri şehir şebekesinde meydana gelecek elektrik kesintilerinden etkilenmeyecek şekilde kesintisiz güç kaynağı ile desteklenmesi
- Bünyesinde, tüm branşlarda uzman bir hekim kadrosuyla çalışması.
- Laboratuvarlarda her tür biyokimyasal, hormonal, serolojik, immünoloji mikrobiyolojik hematolojik ve moleküler biyolojik testler yapılması

- Radiodiagnostik bölümde tüm tetkikleri yapabilecek yüksek bir teknolojik donanıma sahip olması. Ayrıca Diffüzyon MR teknolojisini bünyesinde bulunduran tek üniversite hastanesi olma özelliğini taşıması.
- Nörolojik Bilimler Laboratuvarlarında; EEG,EMG testleri yapılması.
- Reanimasyon Ünitesinde, en ileri teknoloji ürünü hasta yatakları, hasta başı monitörleri, solunum cihazları, defibrilatörler ve izolasyon gereken hastalara yönelik hizmet sunması.
- Kansere hastalarının günlük ilaç tedavilerini yaptırabilecekleri bir gündüz tedavi ünitesinin bulunması
- İleri teknolojik donanıma sahip 24 saat hizmet veren 31 yataklı hemodiyaliz Ünitesi bulunması
- 24 saat hizmet veren 32 yoğun bakım yatağı ve teknolojik donanıma sahip olan Acil servis bulunması
- Hastanenin güvenilir olması, müracaat eden her hastanın mutlaka tedavi edileceğinin bilinmesi
- Üniversite hastanesi olarak güçlü bir mali yapıya sahip olması
- Hastanenin genç ve dinamik bir kadro ile yönetilmesi
- Kurumda hizmet içi eğitimin öneminin bilinmesi ve uygulanması
- Kurumun bir referans merkezi olarak bilinmesi ve eğitim için hekim, hemşire, biyolog vs. gibi meslek grubu personel gönderilmesi
- Kurum bünyesindeki ileri teknoloji ve bilgi birikimlerini kullanarak kurslar düzenlenmesi ve ek gelir kaynağı yaratması
- Kurumda tüm anabilim ve bilim dallarında olduğu gibi, Behçet, Diyabet, Alerji, Ağrı vs. gibi özel hastalıklara ait poliklinik hizmetleri verilmesi
- Kurumda, çalışanların çocukları için kreş bulunması
- Kurumda çalışan çoğu hekim ve hemşireler, kuruma bağlı okullardan mezun oldukları için kuruma yabancı olmamalarının kurum için bir avantaj sağlaması
- Kurumda yurt içi ve yurt dışı bilimsel etkinliklerin takip edilmesi
- Kuruma ait konferans salonları, kütüphaneler ve deney laboratuvarlarının bulunması

- Kurum yöneticilerinin yeni yatırımlara yönelmesi
- Kurumda tüm otelcilik hizmetlerinin verilmesi için hizmet alımlarının dış sektörlerden sağlanması
- Kurumda müşteri memnuniyeti için medikal market bulunması
- Kurum ve kurum dışındaki aktivitelerin tüm kuruma duvar panoları ile duyurulması
- Kurum bünyesinde özel muayene uygulaması yoluyla, müşteriye hekimini seçme hakkının tanınması
- İnternet hizmetleri ile kurum çalışanlarına çağdaş haberleşme olanağı sunması
- Ameliyathane -kafeterya arasında oluşturulan interaktif iletişim yolu ile hasta sahibine, hastasının ameliyattan çıktığının anında bildirilmesi
- Kurum içinde ameliyata gelen ve giden hasta transferi için paramedikal teknisyenlerin hizmet vermesi
- Polikliniklerin randevu sistemi ile hizmet vermesi
- Kurum içinde otelcilik hizmetleri veren işletmelerin bulunması (Kuaför, Market, Ayakkabı Boyacısı, Terzihane, Turizm bürosu vs. gibi)
- Kurum içinde yatan hastaların kurum ambulans ve servis araçları ile diğer kurumlara sevk edilmesi
- Kurumda hastane bilgi sistemlerinin uygulanması
- Kurum içinde hastane eczacılığının faaliyette bulunması
- Kurumda AFEREZ Ünitesinde kemik iliği transfüzyonu, ülkemizde henüz gelişmemiş olan kordon kanı bankacılığı, Fotoferez gibi işlemlerin yapılması
- Kurumun tıp öğrencileri, hemşirelik öğrencileri için bir uygulama ve eğitim merkezi olarak bilinmesi ve kurum dışındaki kuruluşların öğrencilerini staj için kuruma göndermesi
- Devlet büyüklerinin tedavi için kurumu seçmesi

2.2. ZAYIFLIKLAR

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde uygulanan SWOT Analizi ile ortaya konulan sorunların, ülke sağlık sisteminde varolan sorunlarla paralellik gösterdiği görülmüştür. (Örneğin, Enformasyon, insan gücü, yönetim ve işleyiş vs. gibi...) Kurum içinde tespit edilen sorunlar, her sistem genelinde birden fazla sorun içerdiğinden sorunlar grup olarak ele alınmış ve stratejik çözüm önerileri de grup olarak sunulmuştur.

- Hastanenin modüller yapıda olmaması, Afet durumunda, yapının tüm kurum ve çalışanlar için risk faktörü oluşturması
- Hastane çevresinin gürültülü olması ve kurumda bunu önleyecek bir yapılanmanın bulunmaması
- Otoparkın sadece kurum çalışanlarına göre düzenlenmesi hasta ve hasta sahipleri için yer ayrılmaması
- Kurumda varolan tetkik ve araştırma ünitelerin çalışanlar tarafından bilinmemesi
- Ambulans hizmetlerinin olmaması
- Kurumda müşteri memnuniyet düzeyinin düşük olması
- Hastane poliklinik hizmetlerindeki izdihamın hastayı mağdur etmesi
- Tetkik ve araştırma birimlerinin mesai saatlerinin, poliklinik muayene saatleri ile örtüşmemesi
- Stok sisteminin iyi düzenlenememesi nedeniyle hem çalışanların, hem de hasta sahiplerinin mağdur olması
- Çocuk hastalara yönelik bir uğraş ünitesinin olmaması
- Özürlülere yönelik mimari yapının olmaması
- Hastane mescidinin hastanın kullanabileceği yeterlilikte bir hijyene sahip olmaması ve herkes tarafından kullanılması (Hastane için kurulan dini birimler, hastanın maneviyatını güçlendirmek ve ibadet edeceği yerin hijyenik koşullarda olmasını sağlamak kurumun görevidir.)

- Morg hizmetleri; Cenaze bekleyen insanların bekleyebileceği, matemini tutabileceği ergonomik bir bekleme odasının olmaması
- Kurumda bulunan market, kafeterya gibi işletmelerin malzeme fiyatlarının piyasa fiyatlarından yüksek olması
- Bu işletmelerin sundukları hizmet kalitesinin düşük olması (kirli masa örtüleri, havasız bir ortam, dağınık sandalyeler vs. gibi...)
- Kurumda açılan birimlerin standart teknik donanım ve personel oluşturulmadan hizmet vermeye çalışması (Endoskopi , Gündüz tedavi, Hizmet içi eğitim vs. gibi...)
- Hastanede personelin kullanabileceği bir AR-GE merkezinin bulunmaması
- Hastane Bilgi Sistemindeki Zayıflıklar
- Hastanede İnsan Gücü Kaynakları Alanındaki Zayıflıklar
- Poliklinik Hizmetlerindeki Zayıflıklar
- Yönetim ve Organizasyondaki Zayıflıklar
- Hizmet Sunumundaki Zayıflıklar
- Dış Kaynakları Kullanma (Outsourcing) Alanındaki Zayıflıklar

Tablo 26 Üstünlükler ve Zayıflıkların Karşılaştırılması

Faktörler	Üstünlükler	Zayıflıklar
Mekan	Merkezi ve hastane olarak inşa edilmiş olması	Binanın modüler yapısı olmaması, afet durumunda tüm kurum ve çalışan için risk faktörü oluşturması
Teknoloji	İleri tıbbi teknolojik donanımın mevcut olması	Biyomedikal Mühendislik hizmetlerinin mevcut olmaması
Kalite	Toplam kalite yönetiminin Kan merkezinde uygulanması	Toplam kalite yönetimi uygulamalarının hastane geneline yansımaları için genel bir çalışma ortamının mevcut olmaması
Müşteri Hizmetleri	Müşteri için gerekli otelcilik hizmetlerinin mevcut olması	Müşteri memnuniyetinin yeterince sağlanamaması, otelcilik hizmetlerindeki kalitenin yetersiz olması
Reklam ve Tanıtım	Tıbbi Teknoloji tanıtımının ve reklamının medya aracılığı ile yapılması	Kurum bünyesinde varolan bazı ünitelerden çalışan personel haberdar olmaması
Verimlilik		Yeterli verimlilikte değil
Profesyonel Kadro	Bünyesinde hasta potansiyeli yüksek uzman hekim bulunması	Bu hekimlerin part-time çalışması ve hastaların kurum dışına yönelmeleri
Finansal Kaynak	Finansal olarak güçlü bir yapıya sahip olması	Kaynakların verimli kullanılmaması
Ücret Politikası	Bütçe uygulama talimatına göre fiyatlandırılması	Kurumda ki Özel konumuna giren tüm ücretlerin yüksek olması nedeniyle özel hastanelerin tercih edilmesi
Personel Geliştirme	Hizmet içi eğitimin öneminin bilinmesi	Hizmet içi eğitim için gereken alt yapı eksiklikleri bulunması.
İnsan Gücü	Kurum bünyesinde uzman ve deneyimli sağlık personelinin çalışması	Kurumda, hasta ile bire bir uğraşan asistan hekim ve hemşire sayısının yeterli olmaması
İşletmenin tanıtımı	Hastanenin referans merkezi olarak bilinmesi	Sağlık personelinin hastalara yaklaşımındaki olumsuzluklar ve Hasta bakım hizmetlerindeki yetersizliğin bilinmesi,.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNDE UYGULANMASI GEREKEN STRATEJİLER

Stratejiler; Hastane ile çevresi arasındaki ilişkileri analiz ederek hastanenin amaçlarının belirlenmesi, bunları gerçekleştirecek faaliyetlerin tespiti ve örgütün yeniden düzenlenerek gerekli kaynakların tahsis edilmesine olanak sağlamaktadır.

Stratejilerin İbn-i Sina Hastanesine Sağlayacağı Faydalar

- Çevreyi değerlendirme geleceği tahmin etme imkanı verir. Hastane çevreden gelen tehditleri kendi bünyesindeki üstünlükler ile bertaraf etmeyi, fırsatları ile zayıflıklarını güçlendirmeyi hedefleyebilir.
- Hastaneye kendi kendini değerlendirme fırsatı verir. Bulunduğu sektördeki konumunun farkına varır.
- Strateji, hastane içinde bir bütün olarak ortak amaca yönelme ve tutarlılık sağlar
- Strateji, hastanenin alacağı kararlarının, uygulayacağı projelerinin kalitesini artırır.

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi yöneticilerine karar vermelerinde rehberlik eden bir ilke veya ilkeler dizisi politikalar belirlenmelidir. Bunlar ise;

- Her zaman müşteriye kaliteli hizmet sunmak
- Çalışan personelin memnuniyetini sağlamak, rakip hastanelerin verdiği oranda çalışan personele ücret vermek, teşvik uygulamak
- Orta kademe yöneticiler ile işbirliği oluşturarak, sistemi bir bütün olarak görmek
- İşletme içi kaynakları değerlendirmek
- Başarıya dayanan terfi uygulamak

- Stratejik iş birimleri oluşturarak, “Kazan paylaşım” kuralını benimsemek
- İşletme içi analizinde ortaya çıkan somut sorunlar, işletmenin zayıf yönlerini göstermektedir. İşletme bu zayıf yönlerini güçlendirerek ve üstün yönlerini ön plana çıkararak dış çevredeki fırsatları yakalayabilmeli ve tehditleri fırsata çevirebilecek stratejiler geliştirmelidir.

1.1. İbn-i Sina Hastanesinin Yönelim Stratejisi

Yönelim stratejileri ile hastane misyonunu (biz kimiz?, niçin varız?) ve geleceğe dönük vizyonunu (ne olmalıyız?) belirlemelidir. Kurumun oluşturacağı misyon ve vizyon tüm çalışanların motive olabileceği ve biz bilincini geliştirebilecek nitelikte olmalıdır.

1.2. İbn-i Sina Hastanesinin Büyüme Stratejisi

1. Kurum yöneldiği pazarı ve hizmetleri daha da genişletebilir. Bu nedenle Avrupa ülkelerinin sağlık hizmeti satın alma fırsatını yakalayarak, kuruma yeni bir dış pazar açabilir. Yöneticiler, bu pazara nasıl girileceği veya yeni pazarın nasıl yaratılacağı konusunda gerekli girişimlerde bulunmalı ve gerekli stratejileri uygulamalıdır. (Hollanda ve İngiltere gibi...)

2. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi, sağlık alanında belirlenen ulusal ve uluslararası standartlara göre faaliyetlerde bulunarak sağlık hizmet sunumunda, yönetim sisteminde, insan iş gücü ve araştırma ve tetkik birimlerinde yeniden yapılanacak ve Türkiye'nin ilk akredite edilmiş kamu üniversite hastanesi unvanını alarak büyüye bilme fırsatına sahip olabilecektir. Bunun için, Türk Akreditasyon Kurumu ile (TÜRKAK) işbirliği oluşturulmalıdır.

1.3. İbn-i Sina Hastanesinin Çeşitlendirme Stratejisi

Türkiye, genç bir nüfusa sahiptir. Fakat yapılan projeksiyonlara göre, 65 yaş üzerindeki nüfusun, 2000 yılında toplam nüfus içinde %5.3 olan payı, 2025 yılında %10'a yaklaşacaktır.

Bugün 65 yaş üzerinde bulunan kişilerin %90'ını kronik bir hastalığa sahip olup, bunların %35'inde iki, %15'inde ise dört veya daha fazla hastalık bir arada bulunmaktadır. Yaşlanma ile hastalıkların klinik görünüşleri ve tedavi protokolleri değiştiğinden ayrı bir uzmanlık dalı altında incelenmektedir.

Bu yapı değişikliği nedeniyle, Geriatri (yaşlı sağlığı), Türkiye açısından da üzerinde önemle durulması gereken bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Kurum içi geliştirme stratejisinde, İbn-i Sina hastanesinde mekan, donanım, personel ve alt yapı olanakları kullanılarak evde bakım hizmetleri, gündüz bakım merkezleri gibi yeni bir hizmet sunumuna gidilebilir.

Evde bakım hizmetleri; sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için hastalara ev ortamında sağlık hizmeti ve hizmet donanımının (araç-gereç) sağlanmasıdır.

Hastane yatak kapasitelerinin ihtiyaca cevap verememesi nedeniyle artık günümüzde evde bakım hizmetleri popülerlik kazanmış ve bütüncül sağlık hizmetlerinin önemli bir ögesi haline gelmiştir.

Evde bakım hizmetleri genellikle hemşirelik hizmet organizasyonları ve hastaneler tarafından verilmektedir. Amerika' da 1994 yılı itibarı ile JCAOH (Joint Commissions on Accreditation Healthcare Organizations) 3.800 sağlık hizmeti veren kurumu akredite etmiştir. Evde bakım hizmetleri ikiye ayrılmaktadır.

1. Yüksek Teknolojiye Dayalı (örneğin;evde hemodiyaliz gibi)
2. Emek Yoğun (Örneğin; günlük kişisel bakım, banyo yaptıрма gibi)

Yapılan araştırmalarda, kalp krizi hastalığının evde ve hastanede yapılan tedavileri arasında tıbbi sonuçlar bakımından farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Maliyet açısından değerlendirildiğinde, evde bakım hizmetleri maliyetinin, hastane hizmet maliyetlerinden önemli ölçüde düşük olduğu bulunmuştur.

1.4. İbn-i Sina Hastanesinin Hizmet Geliştirme Stratejisi

1. İbn-i Sina Hastanesi vermiş olduğu hizmetlerde mevcut durumunu koruyarak ve hasta hizmet sunumunda kaliteyi artırarak mevcut müşterilerine daha iyi hizmet vermeyi ve daha fazla sağlık hizmeti satmayı amaçlamaktadır.

Bunun için; Poliklinik ve araştırma ünitelerinin bekleme sürelerini kısaltarak, hasta bakım hizmetlerini geliştirerek, poliklinik muayenesine gelen hastaların park sorununu çözerek ve çocukların bekleyeceği bir oyun yuvası oluşturarak, hastaların kuruma daha sık başvurmalarını sağlamalıdır.

2. İbn-i Sina hastanesi sağlık hizmetlerinin yanı sıra alternatif tedavi yöntemlerini geliştirerek kilo sorunu olan hastalar için, çevredeki oteller ile işbirliği oluşturarak tedaviyi destekleyici (fitnesi ve yüzme gibi...) programları uygulayarak, yeni bir Pazar oluşturarak hasta kapasitesini artırabilir.

1.5. İbn-i Sina Hastanesinin İş Geliştirme Stratejisi

Küreselleşmenin de etkisi ile Avrupa Birliğine aday ülke konumundaki ülkemizde faaliyet gösteren kamu sağlık kurum ve kuruluşları iç çevrede olduğu gibi diş pazarda da yoğun bir rekabet ortamına girecektir.

Bu artan rekabet ortamında kamu sağlık işletmeleri hizmet üretiminin iyileştirilmesi, öncelikle verimlilik ve kalite düzeyindeki artışa bağlı olacaktır.

Bu nedenle İbn-i Sina Hastanesi "KALİTE YÖNETİMİ" gibi verimlilik artırıcı teknikleri uygulamak ve kaliteli hizmetin artırılmasını teşvik etmek zorundadır. Bu nedenle kurum kararlılık stratejilerinden iş geliştirme stratejisini uygulamalıdır.

1.6. İbn-i Sina Hastanesi Durumu Koruma Stratejisi

Kurum, sağlık sektöründeki yoğun rekabet ortamındaki olgun pazar payını korumak amacıyla, sunduğu hizmetlerin yaşam süresini mümkün olduğunca uzatmaya çalışmak için reklam faaliyetlerine ağırlık vermelidir. Kurum hastane duvarlarını veya 11.kat lokalini resim, heykel v.s.gibi görsel sanat eserlerini sergileyerek belli bir gelir elde edebilir ve bununla birlikte kurumun tanınmasını sağlayabilir.

1.7. İbn-i Sina Hastanesinin Yatırımları Destekleme Stratejisi

Yatırımları destekleme stratejisi, bir sağlık kurumunun, yeni ve gelişmekte olan küçük kurumlara yatırım yapmasını içermektedir. İbn-i Sina hastanesi, fazla risk üstlenmeden, yeni ürün ve teknoloji geliştirme potansiyeli olan özel küçük bir hastaneye yatırım yaparak gelişmesine katkıda bulunmaktadır.

Büyük sağlık kurumları, yeni ürün ve teknolojileri, yönetim tarzındaki gelişmeleri denemek için, küçük sağlık kurumlarını bir laboratuvar gibi kullanmakta onların geliştirdiği ürün ve teknolojileri denemekte ve yararlı gördüklerini kendi bünyesine uygulamaktadır. American Health Care System şirketi, bu tür yatırımlara yılda 45 milyon dolar ayırmaktadır.(Kavuncubaşı, 2000:56)

1.8. İbn-i Sina Hastanesi Farklılaştırma Stratejisi

İbn-i Sina Hastanesi ürettiği ürün ve hizmetlerinde, rakiplerine göre farklılık yaratmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle, ileri ve ileri teknoloji ile kolesistektomi ameliyatlarında robot cerrahisi kullanarak farklılık yaratmaktadır.

1.9. İbn-i Sina Hastanesi Odak Stratejisi

İbn-i Sina Hastanesi, bütün müşterilerinin yanı sıra yüksek gelir grubuna dahil hastalara odaklanarak bu hastaların gereksinimlerini karşılamayı amaçlamaktadır.(Örn. fiziki çekiciliği olan özel odalar, kaliteli hasta bakımı vs. gibi.) Ücretli hasta, aldığı hizmetlerin karşılığında anında kuruma nakit girdi sağlayabilen önemli bir müşteri grubudur.

1.10. İbn-i Sina Hastanesi Harmanı Kaldırma Stratejisi

İşletme, içinde veya bölümsel düzeyde gerçekleştirilen faaliyetlerin nicelik ve kapsamlarının daraltılmasını içermektedir. İbn-i Sina hastanesi bünyesindeki bölümlerden kapasite kullanım oranları düşük kliniklere tasarruf sağlama stratejisi veya harmanı kaldırma stratejisi kullanabilir.

Özellikle kliniklerin kapasite kullanım oranları dikkate alınırsa, en göze çarpan kliniğin İntaniye kliniği olduğu görülmektedir. 2001 yılı istatistik yılına göre bu kliniğin kapasite kullanım oranının %36.9 olup, %63'lük bir atıl kapasite bulunmaktadır.

Araştırmada intaniye kliniğinin 1996-2001 yılı itibarı ile kapasite kullanım oranları incelenmiştir. Çıkan sonuç; 1996-2001 yılları itibarı ile elde edilen verilere göre, İntaniye kliniğinin kapasite kullanım oranları %34-%40 arasındadır. İntaniye kliniği planlı küçülme yoluyla düzenli olarak talebin azaldığı pazardan veya pazar diliminden çekilmelidir.

Eğer Üniversite hastanelerinde olması gereken bir bölüm olup tasfiyesi imkansız ise o zaman kullandığı binanın tek bir katı o bölüme tahsis edilerek, diğer mekan ve donanımdan faydalanabilecek birimler açılarak maliyetler düşürülmelidir. (Örneğin; Geriatri Gündüz Hastanesi vs. gibi...).

1.11. İbn-i Sina Hastanesi İş Birliği Stratejisi

İbn-i Sina Hastanesi, üniversite-sanayi araştırma iş birliği stratejisi oluşturarak tıbbi teknoloji alanında, bilgi aktarımı, danışmanlık, öğrencilerin işbaşında eğitimi, sanayi tarafından gönderilen çalışanların eğitimi, ortak araştırma projelerinin planlanması, sanayice yürütülen araştırmalara akademisyenlerin ve öğrencilerin katılımı gibi faaliyetler oluşturularak hem AR-GE çalışmaları için kaynak bulabilir hem de dışa bağımlı tıbbi teknolojiyi ülke içinde üretme şansı doğabilir (TÜBİTAK BTP, 94/02).

Tablo 27 Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Büyüme Stratejisi Matrisi

Pazarlar Hizmetler	Mevcut sağlık hizmetleri Müşterileri	Yeni Sağlık hizmetleri Müşterileri
Mevcut sağlık hizmetleri	1.Çeşitlendirme Stratejisi	2. Büyüme Stratejisi
Yeni Sağlık hizmetleri	3. Pazar Geliştirme Stratejisi	Odak Stratejisi

Tablo 27’de görüldüğü gibi İbn-i Sina Hastanesinin uygulaması gereken stratejileri uyguladığı varsayımından hareketle Büyüme Stratejisi tablosu oluşturulmuştur. Pazar payındaki mevcut sağlık hizmetlerine yeni sağlık hizmeti getirerek hem varolan müşteriye hem de potansiyel müşteri grubunu bünyesine katmayı hedeflediği görülmektedir.

İbn-i Sina Hastanesi Çeşitlendirme Stratejisi

İbn-i Sina hastanesi mevcut pazardaki müşterilerini elde tutmak ve daha fazla büyüme olanakları ve gelir fırsatları yaratmak için hastaneye bağlı evde bakım hizmetleri vermeye başlayacaktır.

İbn-i Sina Hastanesi Büyüme Stratejisi

Büyüme stratejileri kurumsal boyutta olduğu gibi bölümsel boyutta olabilir. Hastane her iki boyutta, Avrupa pazarı üzerine odaklaşacak ve işletmenin kurumsal misyonunun gerçekleştirilmesine ve kurumsal vizyonunun başarılmasına hizmet eden en iyi stratejiyi uygulayacaktır.

İbn-i Sina Hastanesi Pazar Geliştirme Stratejisi

İşletmenin mevcut olan Geriatri poliklinik hizmetlerini geliştirerek bünyesinde varolan uzman personeli ile Geriatri kliniği kurarak yeni bir Pazar oluşturacaktır.

İbn-i Sina Hastanesi Odak Stratejisi

İşletmenin müşteri portföyünde bulunan ve sayıca az olan ücretli hasta grubunu hedef alarak varolan hasta bakım hizmetlerini ve otelcilik hizmetlerini geliştirerek işletmenin nakit akışını artıracaktır.

1.12. İbn-i Sina Hastanesi Yeniden Yapılanma ve Süreç Yenileme Stratejisi

Kurumun farklı açılardan etrafına bakması, kendini değerlendirme veya kendine gelme stratejisi olarak en çok kullanılan örgütsel değişme tekniklerinden biri yeniden yapılanma ve süreç yenileme stratejisidir. İbn-i Sina Hastanesinin yeniden yapılanma stratejisini uygulama zorunluluğu doğmuştur.

2. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİNDEKİ ZAYIFLIKLARA YÖNELİK STRATEJİLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

2.1. Hastane Enformasyon Sistemi

Hedef –1

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde 2005 yılına kadar hastane yönetim süreci içerisindeki önceliklerin belirlenmesinde gerekli verilerin toplandığı ve bu verilerin bilgiye dönüştüğü bir hastane enformasyon sistemi kurumda işler hale getirilecektir.

Sorunun Tanımı :

Hastane Bilgi Sistemindeki Zayıflıklar

- İbn-i Sina Hastanesinde toplanan veriler tek bir kaynaktan sağlıklı bir şekilde elde edilememektedir.
- Tıbbi istatistik ve kodlama merkezi; Toplanan veriler manuel olarak formlara kaydedilmektedir. Veriler kliniklerden bazı formlar vasıtasıyla veya ilgili bölümden telefon ile elde edilmekte bu da yanlışlıklara sebep olmaktadır. (Yatak sayısı, personel sayısı, yatan hasta sayısı, ücretli, resmi, ücretsiz, yatak işgal oranı v.s.gibi)
- Bilgi işlem merkezi; Polikliniğe, kliniklere ve tetkik araştırma ünitelerine başvuran hasta sayısı bilinmektedir. Fakat bu bölümlerden toplanan veriler karşılaştırıldığında sayıların eksik ve bazı verilerin doğru olmadığı tespit edilmiştir.
- Klinikler; Her bölüm kendine ait hasta kayıt defteri vasıtasıyla kayıt tutmaktadır. Bazı kliniklerde hemşireler, bazı kliniklerde ise bu işlem sekreterler tarafından yapılmaktadır. Merkezlerin elde ettiği veriler ile klinik verileri arasında farklılıklar olmaktadır.

Örneğin; Nöroşirurjide tutulan 2001 yılı kayıtlarında yatan hasta sayısı 1684, tıbbi kodlama merkezinde bu sayı 1853 ve bilgi işlemde ise mayıs ayı itibarı ile yıl içinde başvuran hasta sayısı 1201'dir.

- Kurumda mevcut sistem içinde toplanan veriler, çeşit ve sayısal olarak eksik, kapsamı yetersiz ve doğruluğu kuşkuludur.
- Toplanan verilerin doğruluğunun yapılması için gerekli kalite kontrolü yapacak bir mekanizma bulunmamaktadır.
- Kurum içinde birden fazla veri toplama merkezinin olması gereksiz harcamalara, form enflasyonuna, gereksiz personel istihdamına ve bilginin sürekli tekrarlanması nedeniyle iş kaybına neden olmaktadır.
- Veri toplayan personel, topladıkları verilerin ne amaçla ve nasıl kullanılacağını bilmemekte veri toplamayı bir yük olarak kabul etmektedir.
- Kurum yöneticileri toplanan verileri yönetimde yeterince kullanamamaktadırlar
- Kurumda bilgi işlem alanında, firma ve sistem değiştiğinde veri toplama sürekliliği kesintiye uğramakta ve bu boşluk veri kaybına neden olmaktadır. (sistem değişikliği sırasında 01.01.2001-01.05.2001 tarihleri arasındaki verilere erişilememiştir.)
- 2002 yılı itibarı ile bilgisayar işlemlerinde aksaklıklar devam etmektedir. 23.07.2002 tarihinde yatış işlemleri yapılan hastaların kayıtları ile kullanılan sarf malzeme kayıtları da silinmiştir. Kurumda bu yüzden iç ve dış müşteri mağdur edilmiştir.
- Kurumun sarf malzemeleri gösteren formu bulunmadığından kullanılan malzeme ve hizmetler müsvedde kağıtlara yazılmakta ve bilgisayar ortamına kaydedildikten sonra atılmaktadır. Sistem arızaları olduğunda çalışanların bu malzemeleri tekrar yazmaları istenmektedir. İbn-i Sina Hastanesi gibi iş sirkülasyonu yüksek olan bir kurumda bu kayıtların doğru olacağı şüphelidir. Kurumda bu yüzden mali kayıpların olması kaçınılmazdır.

- Sistem aksaklıklarından stok kontrol sistemi de etkilenmektedir. Depolardan sorumlu personel sık sık depo sayımı yapmak zorunda bırakılmaktadır. Örneğin; depoda görülmesi gereken 10 kalem malzeme 2 kalem görülmekte veya tersi olmaktadır. Bir başka sorun ise sarf malzeme kullanım tarihlerinin kontrol edilmemesi nedeniyle pek çok malzeme ziyan olmaktadır. Bu açık sistemde kaliteli ve güvenilir bir stok sisteminin oluşması imkansızdır.
- Kurumda tanım, terim, kodlamada standart bir uygulama bulunmamaktadır. Tıbbi kodlama hastaları ücretli, resmi, ücretsiz diye kodlarken, Bilgi işlem ise; peşin, avans, sigortalı diye kodlamaktadır.
- Kurumda standartlara uygun tüm fonksiyonları ile çalışan bir "Tıbbi Dokümantasyon ve Arşiv Merkezi" bulunmamaktadır.
- Kurum Arşivi 3 ayrı mekanda hastaya hizmet verebilmekte, varolan telli hasta dosyaları dağınık, yırtık ve tozlu bir şekilde ele geçmektedir. Dosyalarda bulunan düzensiz belgelerin ve epikrizlerin fazlalığı, fazla zaman kaybına neden olmaktadır. Bu zaman ve iş kaybı muayene sırası bekleyen hastayı, muayene eden doktoru mağdur etmektedir.
- Hastalar sağlık hizmeti aldıkça kabaran hasta dosyalarının incelenmesi ve hasta hakkında geniş bilgiye erişilmesi fiilen mümkün olamamaktadır.
- Kurumda yatan hastaların röntgen filmleri, yattıkları kliniklerin depolarında düzensiz bir şekilde bekletilmektedir. Hastanın film dosyası istendiğinde tüm filmlerin elden geçmesi gerekir ki bulunabilsin. Çünkü herhangi bir sıralama söz konusu değildir.
- Bilgi işlem merkezinin denetlenmesi için deneyimli ve bilgi işlem alanında uzman birinin istihdam edilmemesi ve bunun yerine denetimin bir hekim tarafından yürütülmesi hem hekimin kendi uzmanlık alanına harcayacağı zamanı kısıtlayarak mağdur etmekte hem de bilgi işlem ünitesinin daha işlevsel olabilmesi için gerekli stratejiler üretmek mümkün olmamaktadır .

Öneriler

1. İbn-i Sina Hastanesi sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde yürütülmesi için gerekli olan bilgisayar ve enformasyon ağı yeterli hale getirilmelidir.
2. Veriler tek bir kaynaktan doğru ve zamanında tutulmalıdır.
3. Kullanıcılarca, kolay kullanılabilen, kolay denetlenebilen bir enformasyon sistemi oluşturulmalıdır.
4. Bu birimlerde çalışan personel etkin ve verimli bir şekilde istihdam edilmeli ve gerekli eğitime tabii tutulmalıdır.
5. Veri tabanları, süratle güncelleştirilen ve periyodik aralıklarla istatistiksel raporlar hazırlayabilen bir sistem olmalıdır.
6. Toplanan veriler bir havuz içinde birikmeli ve kurum için kullanılabilir bilgiye dönüşmelidir.
7. Kullanılan enformasyon sistemi farklı düzeylerde, farklı enformasyon gereksinimlerine cevap verebilecek ve değişen koşullara uyulanabilecek esnek bir yapıya sahip olmalıdır.
8. Enformasyon sistemi ülke içinde, kurumlar arası ve ülkeler arası bilgi alışverişinde bulunabilecek yapıda olmalıdır.
9. Elde edilen bilgiler ışığında üst yöneticiler stratejik politikalarını belirleyebilmelidir.
10. Kurum hekimliğinde kurumda çalışan tüm çalışanların kayıtları tutulmalıdır. Bu sayede kurum hekimleri çalışanları yıllık rutin muayeneler ile çalışanın sağlığını izleyerek koruyucu önlemler alınmasını sağlayarak kurumdaki iş gücü kaybını minimize edebilirler. Ayrıca sağlık problemi olan personel hakkında karar vermek kolaylaşır.
11. Bilgi işlem merkezinin denetlenebilmesi ve firma üzerindeki kontrolün sağlanabilmesi için bilgi-işlem alanında uzman personel istihdam edilmelidir.
12. Bilgisayar sistemindeki aksaklıklar düzelene kadar mali kayıpların minimize edilmesi için sarf malzeme formu hazırlanmalı ve kullanıcı bu formu doğru ve zamanında doldurmalı ve gereken bilgileri yazarak imzalamalıdır. Bu formlar hasta dosyasında tutulmalıdır.

13. Yatış işlemleri içinde geçici bir önlem olarak manuel bir sistem geliştirilmelidir.
 14. Sistemde meydana gelen her aksaklığın bir maliyeti olduğu düşünölmeli ve firmanın bu zararı karşılaması talep edilmelidir.
 15. Ülkemizde hastane bilişim sistemleri büyük hız kazanmıştır. Bu alanda en iyi çalışan kurumlar özel hastanelerdir. Ticari amaç ön planda olduğundan bu kurumların yapılanmaları incelenmelidir.
 16. Tıbbi Arşivler büyüyen bir yapıya sahiptir. Sürekli olarak raf, dolap, oda, salon, bina, arazi istemektedir. Kurum gelecekte bu ilerleyişe cevap verebilecek yapıya sahip değildir. Bunun için kurum, tıbbi arşivi, bilgisayar ortamına aktarmalı, belli bir kodlama sistemi ve bilgi ağı ile enformasyon sistemini kurmalıdır.
 17. Tüm veriler hastanın, hastaneye başvuruşundan-taburcu işlemleri yapılanaya kadar toplanabilmeli ve bu veriler hekim- hemşire-memur vs. gibi personel tarafından şifreler ile kendi çalışma alanları ile ilgili verileri görebilmeliler. Verilen hizmeti anında bilgisayar ortamına kaydedebilmeliler.
 18. Hasta dosyaları, elektronik hasta dosyaları haline getirilmelidir. Elektronik hasta dosyası; tıbbi bilgilenme, hatırlama, tıbbi karara destek olma gibi işlemlerinde yapılabilmesine olanak sağlayan bilgisayar sisteminin özel dizaynıdır. Elektronik dosyalar, kolay, hızlı ulaşılabilir ve kullanılabilir olmaları nedeniyle çok önemlidir ve verimlilik artışına sebep olmaktadır.
- Wang, Wang'ın, elektronik hasta dosyalarının sağladığı yararları ortaya koyan çalışmalarına göre; elektronik hasta dosyalarına yapılan yatırım harcamalarının geri ödeme süresinin 3 yıl olduğu ve yılda 2 milyon dolarlık tasarruf sağladığını ortaya koymaktadır. Bir diğer çalışma da, elektronik hasta dosya uygulamasının sağladığı iş gücü tasarrufu incelenmiş ve sistemin personel sayısını %30 oranında azalttığı ve bunun sonunda yılda 100.000 dolar mali tasarruf elde edildiği belirlenmiştir. (Kavuncubaşı, 2000:257)

Stratejiler

- Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde Enformasyon Sistemi işler hale getirilecek ve aksaklıklar düzeltilecektir.
- Geliştirilecek sistemler modüler olarak büyüyebilir özellikte olacaktır.
- Kurulacak sistemin diğer ülkeler, özellikle Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa bölgesi ülkeleriyle uyumlu olması sağlanacaktır.
- Hastanede, sağlıkla ilgili tüm veri toplama ve bilgi işlem prosedürleri gözden geçirilecektir.
- Hastalık, sakatlık, sunulan hizmetlerin kalitesi, ulaşılabilirliği, uygunluğu gibi konularda, hastane enformasyon sisteminin yeterli olmadığı durumlarda daha iyi göstergeler geliştirmek amacıyla sayım, anket vs. gibi araştırmalar yapılacaktır.
- Denetim mekanizması kurulacak ve Firmalardan dış hizmet satın alma stratejisi gözden geçirilecek, maliyet etkililik analizi yapılacak ve gerekirse kurum kendi bilgi işlem elemanlarını kendi istihdam edecektir.

2.2. Sağlık Teknolojisi

Hedef – 2

2005 yılından önce hastanede kullanılan tüm tıbbi teknolojinin uygun kullanımının ve bunların etkililik, verimlilik, emniyet ve kabul edilebilirliğinin sistemli olarak değerlendirilmesi sağlanmış olacaktır.

Sorunun Tanımı

- Türkiye’de tıbbi teknoloji üreten işletmeler yeni gelişmektedir. İleri teknoloji gerektiren cihazlar ithal edilmektedir.
- Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde son derece pahalı ve ileri teknoloji ürünleri kullanılmaktadır. Teknoloji kullanımında maliyet/etkililik analizine uygun hareket edilmemektedir.
- Cihazların genellikle kullanıcı hekim veya bölümün isteğine göre alınması, iyi bir maliyet/etkililik analizinin yapılmaması, ileri teknolojiye sahip cihazın deneyimsiz personel tarafından kullanılması kurumda kaynak israfına ve tıbbi cihazların tam kapasite ile kullanılmamasına yol açmaktadır.
- Bu alanda eğitilmiş insan gücü yetersizliği ve Biyomedikal Ünitesinin kurulmamış olması önemli bir sorundur.
- İleri teknolojiye sahip bir kurum, Biyomedikal mühendislik hizmetlerine sahip değil, cihaz alımından sonra, teknik servis hizmetleri dış firmalar tarafından verilmekte, kontrol mekanizması olmadığından kurum, firmaların önerdiği teklifi kabul etmek zorunda kalmaktadır.
- Kurumda kemoterapi ilaçlarının hazırlanması için gerekli kemoterapi kabin alımında israf gözükmemektedir. Her klinik kendi bünyesine bu cihazı alma yoluna gitmektedir.

Öneriler

1. Kurumda mevcut olan tüm tıbbi cihazların kullanım kapasiteleri gözden geçirilmeli ve atıl olan cihazlar verimli hale getirilmelidir.(Örneğin; kurumun bünyesinde varolan hasta kaldırma cihazları aktif hale getirilmelidir.)
2. Teknolojinin hastaya faydası, kuruma faydası ve kullanıcıya faydası ölçülmelidir.
3. Hematoloji, Üroloji, Onkoloji, Göğüs Cerrahi, Gündüz Tedavi Ünitesi ve Hematoloji laboratuvarında bulunan 6 Kemoterapi Kabini, Hastane Eczanesinin bünyesinde merkezi bir ortama alınmalı ve ilaçlar eczacı denetiminde hazırlanıp, hastane genelinde kemoterapi uygulanacak hastalara gönderilmelidir. Hasta, eczane tarafından hazırlanmış ilaçlar ile birlikte gündüz tedavi birimine gönderilmeli ve tedavisi biten hastanın tekrar kliniğe transferi sağlanmalıdır.

Stratejiler

- Kurumda her kademedeki sağlık hizmeti için kullanılacak teknoloji tanımlanacaktır.
- Kalite güvence sistemi, tüm birimlerde uygulanacak, tüm cihazlar belli sürelerle kalibrasyona tabii tutulacaktır.
- Tıbbi cihaz bakım-onarımı ile ilgi Biyomedikal mühendislik hizmetleri bulunan bir ünitenin kurulması sağlanacaktır.
- Tıbbi teknoloji konusunda eğitilmiş personel istihdam edilecek, varolan diğer personel hizmet içi eğitim programları ile bilgilendirilecektir..
- Sağlık teknolojisi üreten ve satan firmaların satış sonrası, birimdeki kullanıcı personelin eğitiminden sorumlu olması için gerekli düzenlemeler yapılacaktır.

2.3. Kurumda İnsan Gücü Kaynakları

Hedef-3

2005 yılından önce rasyonel bir insan gücü politikası bütün yönleri ile uygulamaya konulacaktır.

Sorunun Tanımı

Hastanede İnsan gücü kaynakları alanındaki zayıflıklar

- Kurum, bünyesinde çalışan personeli etkin ve verimli kullanamamaktadır.
- Kurumda, kliniklerdeki hasta ile yakından ilgilenecek asistan bulunamamakta, hasta ve hasta sahibi bilgi almak için saatlerce kurumda beklemektedir.
- Kurumda yardımcı hizmetli kadrosuna alınan personelin farklı eğitim seviyesinde olmaları ve farklı davranışa maruz kalmaları iş verimliliğini etkilemektedir.
- Kurumda kadrolu, sözleşmeli, vakıf çalışanı, dernek çalışanı ve firma çalışanı olmak üzere çeşitlilik gösteren bir personel yapısı bulunmaktadır. Kurum tarafından tüm çalışan eleman sayısı bilinmemektedir.
- Kurumda atanan personelin seçimini, oryantasyon, hizmet içi eğitimini, yapabilecek ve hizmet için gerekli personel sayısını belirleyebilecek, iş etüdü yapabilecek insan kaynakları bölümü bulunmamaktadır.
- Kurumda yatan hastaya kaliteli bakım hizmeti verebilecek sağlık personeli bulunmamaktadır. Kaliteli bakım hizmetini sağlayabilecek olan personel tetkik araştırma ünitelerinde, kan merkezinde, laboratuvarlarda teknisyenlerin çalışabileceği alanlarda çalıştırılmaktadır.
- Kurumda personelin istihdam edilmesi için gereken iş analizi yapılmamaktadır.

- Kurumda sağlık sorunları olan personelin istihdamı ile ilgili hiç bir politika bulunmamaktadır. Bu yüzden personel ve yöneticiler arasında gerginlik oluşmaktadır.
- Kurumda hemşire sayısının yetersiz olduğu bilinmekte, bunun için sağlık sektörüne uygun olmayan “mevsimlik iřđi kadrosu” kullanılmaktadır. Alınan personelin seğiminde kurumun standartları olmadığından, kurum personeline uygun bir ücret politikası izlemediğinden, mevsimlik iřđi kadrosu ile alınan ęalıřanlar kısa bir süre sonra iřđi bırakılmaktadırlar.

neriler

- İnsan kaynakları bölümü oluşturmalı, kurumun personel ihtiyağı tespit edilmelidir.
- Kurumda iřđ analizleri yapılmalı. İřđ analizi ile elde edilen veriler, iřđ tanımı ve iřđ gereklerini oluşturan bilgilerdir. İřđ tanımı; iřđin iğeriğindeki görevleri, sorumlulukları ve ęalıřma koşullarını ağıklayan belgelerdir. İřđ gerekleri ise, iřđin uygun koşullarda yapılabilmesi için, iřđi yapabilecek kiřđde bulunması gereken niteliklerdir.
- Kurumda iřđ etüdü yapılmalıdır. Klinik ortamında yapılan iřđlem için gereksinim duyulan insan enerjisi ve en optimum süre hesaplanmalı ve buna göre insan gücü dağılımı yapılmalıdır.
- Kurumda ęalıřan tüm personel insan kaynaklarının belirlediği standartlarda olmalıdır. Bu standartlar firmalarda ęalıřan personeli de kapsamalıdır.
- Kurum, hasta ile ilgilenen uzman hekim ve asistan sayısını artırılmalıdır.
- Kurumdaki hemşire ihtiyağı için; Anestezi bölümünde ęalıřan hemşireler, kan alma merkezinde ęalıřan hemşireler, EKG -EFOR- Radyoloji gibi tetkik ve araştırma ünitelerinde ęalıřan hemşireler kliniklerde istihdam edilebilirler. Hemşire her klinikte mesleğini yapabilecek eğitime sahiptir. Hemşirelerin ęalıřtıkları bu alanlarda anestezi teknisyeni, laborantlar, radyoloji teknisyeni istihdam edilebilir.

Kurum bu düzenleme ile kısmi de olsa hemşire ihtiyacını karşılayacak ve kaynak tasarrufu yapabilecektir. Çünkü her 2 yoğun bakım hastasına 1 hemşire, her 5 servis hastasına 1 hemşire düşmelidir.

- Kurumun istihdam ettiği hasta bakıcı kadrosuna alınmış personel, hasta bakımı için hemşire yardımcısı olarak çalıştırılabilir. Böylece hastanın bakımı için hemşirenin vereceği bakımın kalitesi artar ve kişi bu kadroda istihdam edildiğini bildiğinden itiraz hakkı ortadan kalkar.
- Yaşlı ve emekliliği gelen personelden ise porter (taşıyıcı) olarak faydalanılabilir.
- Kurumdaki eczacıların aktif hale getirilmesi gerekmektedir. Hastanede kullanılan tüm ilaçların kullanımı, kliniklere dağıtımı ve depolanmasından hastane eczanesi sorumlu olmalıdır. İlaç maliyeti, yan etkileri ve kemoterapi ilaçlarının bu uzman kadronun denetiminde olması, hazırlanması, gerekli solüsyonların oluşturulması gerekir. Hastanenin yıllık ilaç ihtiyacının belirlenmesi ve ilaç stoklarının tükenmeden alımı bu ünitenin sorumluluğunda olmalıdır. Ayrıca ilaç kullanım biçimleri tıbbi ekibe periyodik zamanlarda ilaçlar konusunda eğitimler vermesi gerekmektedir.

Stratejiler

- Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde tüm bölümlerde iş analizleri yapılacak, tüm bölümlerdeki eleman eksikliği giderilecek ve eleman dağılımı rasyonel bir şekilde yapılacaktır.
- Hastane Eczanesi aktif hale getirilecek ve uygun bir fiziki mekan sağlanacaktır.
- Hemşirelik hizmetleri aktif hale getirilecek ve bu alandaki eleman yetersizliği giderilecektir.
- Tüm kurum çalışanlarının görev yetki ve sorumlulukları belirlenecektir.

2.4. Hastanede Hizmet Sunumu

Hedef- 4

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde kaliteli sağlık hizmeti verilmesi için gerekli tüm şartlar oluşturulacaktır.

Sorunun Tanımı

2.4.1. Klinik- Hizmet Sunumundaki Zayıflıklar

- Kurumda yatan hastaya verilen hemşirelik bakım hizmetleri yetersizdir.
- Kurumda hasta bakımı için gerekli,alt yapı ve donanım eksikliği mevcuttur. (çarşaf, sürgü, böbrek küvet vs. gibi)
- Hasta-hekim ilişkisinde olumsuzluklar mevcuttur. Hastayı iyileştirme sorumluluğunu üstlenen hekim, fazla iş yükü dolayısıyla hasta ile iyi bir iletişim kuramamaktadır.
- Hekim–Hemşire arasında olumsuzluklar mevcuttur. Ekip anlayışı kurum içinde bilinmemekte fakat uygulanmamaktadır.
- Hasta Hakları Bildirgesini imzalayan kurumda, hasta hakları çalışan personel (Doktor, Hemşire, Personel) tarafından bilinmemektedir.
- Hastanenin tüm birimlerinde oluşabilecek Acil durumlarda çağrı cihazları ile ulaşılabilecek donanımlı bir CPR ekibi bulunmamaktadır.
- Kurumda özürlülere ilişkin mimari yapı düzenlemeler bulunmamaktadır. (Tekerlekli sandalye kullanan personel ve hastalar gerek polikliniklerde, gerekse kliniklerde uygun tuvalet ve banyo bulamamaktadır.) Devlet İstatistik Enstitüsünün verilerine göre, Türkiye’de yaklaşık 7,5 milyon kişinin özürlü olduğu tahmin edilmekte, bu da nüfusun %11.7’sini oluşturmaktadır. (DPT,2001:9)

Öneriler

- Kurumda çalışan tüm sağlık çalışanları, hastaya uygulayacakları her tedaviyi ve girişimi açıklamaları, hasta ile aralarında bir güven ortamı oluşturmaları gereklidir.
- Kurum, konusunda eğitim almış multidisipliner ekip yaklaşımı ile evde bakım hizmetleri vererek hastanın kuruma bağlılığını ve kaynak oluşumunu sağlayabilir
- Sağlık hizmetlerinin her aşamasında, hasta haklarının gerekleri, hizmetlerin etkililik ve verimlilikleri ölçülmelidir.
- Hasta-sağlık çalışanı arasındaki iletişim etik kurallar çerçevesinde olmalıdır.
- İletişim konusunda kurumdaki hekim-hemşire ve diğer çalışanlara eğitim verilmelidir.
- Her klinikte hastanın ulaşabileceği en azından 1 asistan ve 1 uzman hekim bulunmalıdır.

Hemşirelik bakım kalitesinin yetersizliği;

Hastanın ihtiyacı olan hemşirelik bakım hizmetlerinin yetersizliğinin nedenleri irdelenirse ;

- Eleman yetersizliğinin neden olduğu fazla iş yükü dolayısı ile hastaya gerekli bakımın verilmemesi
- Bakım için gerekli malzeme donanımı bulunmaması ve varolan malzemelerin ise bakımsız durumda olması
- Hemşirelerin bakım konusundaki bilgi eksikliğinin olması
- Hemşirelik bakım hizmetlerinin refakatçilere yaptırılması

Öneriler;

- Klinik ortamda öncelikle bakım için gerekli malzeme hazırlanmalıdır.
- Her klinikte bir oda tekstil malzemeleri ile donanmış olmalıdır. (Hasta için gerekli, çarşaf, yastık, battaniye, pike, havlu, pijama, ameliyata giden hastalar için gömlekler, bakım için naylon önlükler, eldiven vs. gibi...)
- Tüm malzemeler bu odadaki raf sisteminde temiz, ütülü olarak hazır bulundurulmalıdır.
- Her klinikte bir oda metal ve su kullanımına uygun olan malzeme ve donanımına sahip olmalıdır. Bu geniş odanın bir tarafında kirli atık sıvıların boşaltılacağı geniş ve derin bir lavabo olmalıdır. Akıtılan bu kaplar bu odaya yerleştirilecek yıkama makinesine dizilmeli ve yıkanmalıdır. Daha sonra odanın diğer tarafında varolan raflara bu metal malzemeler (ördek, sürgü, idrar kapları, böbrek küvetler, yıkama küvetleri vazo, ağız bakım solüsyonları, sabun vs. gibi...) dizilmelidir. Bu odalarda tekerlekli masalar bulundurulur. Bakım yapmak isteyen hemşire gerekli tüm malzemeyi temiz bir şekilde alır kullanır ve atıkları boşaltır ve kullanılmış malzemeyi makineye dizer ve yıkanmış temiz malzeme tekrar kullanıma hazır hale getirilir.)
- Her klinikte hemşire dinlenme odaları ile tedavi odaları ayrı olmalıdır.
- Ayrıca bakım kalitesi için, eleman eksikliği giderilebilir. Kuruma staj için gelen hemşirelik yüksek okulu öğrencileri, öğretim elemanlarının gözetimi altında kurumda bulunmaktadır. Hastane yönetimi ile okulun birlikte oluşturacakları bir planlama ile bu öğrenciler (yaklaşık 100 öğrenci) kurumun hemşire açığı hafifletebilirler. Özellikle 3. ve 4. sınıf öğrencilerin katkısı daha fazla olacaktır.
- Hastanede eleman yetersizliği bilinmektedir. Bunun için bazı önlemler alarak bu eksikliği bertaraf etmek mümkün olabilir. Çalışma saatlerinin esnek olması sağlanabilir. Nöbetlerin sadece 8-16, 16-08 olması gerekmez. Kliniğin iş yükü göz önüne alınarak mesai saatleri farklı saatlere kaydırılabilir.

- Nöbet paraları cazip hale getirildiğinde tüm çalışanlar (tıpkı döner sermaye artışı nedeniyle yoğun bakımların rağbet görmesi gibi...) nöbetlere girecek ve sistem işler hale gelebilecektir
- Hemşirelerin bakım konusundaki bilgi yetersizliği için, Hizmet içi eğitim koordinatörlüğü, Hastane Başhemşireliği ve kliniklerde her gün öğrencilerine eğitim veren yüksek hemşirelik okulunun öğretim üyelerinin iş birliği ile çözümlenebilir.

Bakım hizmetlerinin aksamasındaki en büyük engel refakatçiler

Hastanede refakatçi bulundurmanın avantajları ve dezavantajları göz önünde bulundurulmalıdır.

Avantajlar;

- Refakatçiler, kuruma refakatçi ücreti ödeyerek mali katkı sağlamaktadır.
- Kurum hemşirelik bakım hizmetlerini refakatçiye yaptırmaktadır.
- Kurum bünyesinde bulundurması gereken tıbbi malzemeyi bulundurmadığı zamanlarda malzemeyi refakatçiye temin ettirmektedir.

Dezavantajlar;

- Kurumda refakatçi bulunması nedeniyle sürekli bir insan kalabalığının ve gürültü kirliliğinin mevcut olması
- Refakatçilerin hasta odalarında bulunması nedeniyle sağlık personelinin yapacağı tedavi ve bakım uygulamalarına engel teşkil etmeleri
- Hastane Enfeksiyonlarına ortam hazırlanması
- Özellikle kronik hastaların yanına refakatçilerin olması, hasta odalarında düzensiz ve hijyenik olmayan bir ortam yaratılması
- En önemlisi ülke ekonomisine büyük zarar verilmekte. Her refakatçi, ülke için kaybedilmiş bir işgücüdür.

Stratejiler

- Hasta haklarının kurumda işlevsel olması sağlanacaktır.
- Bakım hizmetlerindeki kalitenin artırılması için gerekli personel, teçhizat eksikliği giderilecektir.
- Kurumda, hasta için gerekli tüm malzemeler, kurum tarafından temin edilecek ve böylece refakatçi sistemi kaldırılacaktır.

2.4.2. Ameliyathane Hizmetlerinde Zayıflıklar

- Kurumda ameliyata giden hasta ve hasta ailesinin yeterince bilgilendirilmemesi. (Kurumda yapılan bir araştırmaya göre; “Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesinde birer gün içinde ameliyat edilen hasta yakınlarına uygulanmıştır. Hasta yakınlarının %55’inin bilgi aldığı, bu bilgiler arasında %83.3’ünün ameliyatı kimin yapacağı, %69.7 ameliyat öncesi tetkikler ve hastaya ameliyat sonrası nerede bakım verileceğine ilişkin bilgiler bulunmakta ve diğer konularda hasta yakınlarına istenilen düzeyde bilgi verilmediği dikkat çekmektedir.”)
- Hasta yakınlarının eğitim düzeylerine göre, ameliyata ilişkin bilgi alma durumları incelendiğinde; Okur-Yazar olmayanların hiçbirinin ve ilkökul mezunu olanların %61.5’inin bilgi almadığı saptanmıştır. Buna karşın orta öğrenim (%69.4) ve yüksekokul mezunu (%62.5) olan hasta yakınlarının ameliyata dair bilgi aldıkları belirlenmiştir. Hasta yakınlarının ameliyata ilişkin bilgi aldıkları kişiler incelendiğinde büyük çoğunluğun (%89.4) hekimden, çok az bir kısmında (%10.6) hemşireden bilgi aldığı görülmektedir. Hemşirenin verdiği bilgi ise “hastanın ameliyat öncesinde aç kalması” ve “refakatçilerin gidiş geliş saatleridir”.

- Ameliyathanede, ameliyat öncesi bekleyen hastaların beklentilerinin karşılanmaması. Bu konu ile ilgili bir diğer araştırmaya göre;

“Ankara İbn-i Sina Hastanesi ve Hacettepe Erişkin hastanesinde 1 ay süreyle ameliyat olan toplam 100 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Yapılan araştırmada elde edilen bulgulara göre hastaların ameliyathanede bekleme durumları incelendiğinde, beklemeyen (%11), ve 30 dakikadan az bekleyen (%25), hastaların % 49’unun 30 dakika- 1.5 saat, %15’inin de bir buçuk saat- 8 saat beklediği saptanmıştır.”

“Hastaların çoğunluğu, ne klinikte (%72.0) ne de ameliyathanede (%86.0) ameliyat ve anesteziye ilişkin bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir.”

- Kurumda sağlık personeli ve hasta ilişkisinde sorunlar mevcuttur. Bu araştırmanın bir diğer sonucu ise;

“Hastaların ameliyathanede sadece sağlık personelinden ruhsal rahatlatıcı söz duymak istemeleri (%40.0) ifade edilmiştir. Ayrıca, hasta yakınlarının %98’i anlayacakları dilde yazılı bilgi kaynağının verilmesini istedikleri saptanmıştır. Hasta yakınlarının %75’i bekleme salonunu yeterli bulmadığı görülmüştür.”(Erdil, ve diğerleri, 2000:1-5)

- Sağlık ekibinin hastaya güven veren ilişki kurmaması, hastanın stresle baş etmesini sağlanmaması ve ameliyathanedeki gereksinimlerin karşılanmaması
 - Ameliyat öncesi hekimlerini görmek istediklerinde uygun olmayan davranışlara maruz kalmaları
 - Özel ameliyat farkı alan hekimlerin ameliyatlara katılmamaları endişesi
- Ameliyata hazırlanan hastaların yatakları ile transport’unun yapılmaması ve transport işleminin sedye, tekerlekli sandalye ve yürüyerek olması gibi sorunlar tespit edilmiştir. (Erkal, 2001)”

Öneriler

Hasta yakınlarına, ameliyat öncesi bilgi verilmesi gereken konular;

- Ameliyat öncesi tanı ve işlemler, hazırlıklar, tedaviler, ameliyat süresi, malzemeler hakkında
- Ziyaret sıklığı ve hasta ile birlikte olabileceği süre
- Ameliyat sırasında bekleyecekleri yer ve ameliyat odası ile ilişki kurma bilgi alma şekli
- Ameliyat sonrası hastanın bakım alacağı yer ve hastada bulunacak tüpler, drenler vs. gibi...
- Ameliyat öncesi hastanın bekletilmemesi, hekimi ile görüşme isteğinin reddedilmemesi, hastanın kurumu ve hekimi tekrar tercih ettiği yapılan araştırmalarda belirtilmektedir.
- Hastaların Ameliyathaneye yataklarında getirilmesi
- Hasta yakınlarına broşür ve videolarla ameliyat öncesi bilgi verildiğinde, Perioperatif döneme daha iyi hazırlandıkları, korku, stres, anksiyetelerini ve sorularını azalttığını, erken taburculuğu ve sonuç olarak hastane maliyetlerini azalttığını göstermiştir.

Stratejiler

- Hastalar ameliyathaneye yataklarında getirilecektir.
- Özel Ameliyat farkı alan hekimlerin ameliyatlarına girmeleri ve hastaları isterse ameliyat öncesi görüşme isteği sağlanacaktır.
- Hasta ailesi ve hastaya ameliyatı hakkında bilgi verilmesi sağlanacaktır.
- Kliniklerde ameliyathaneye yönelik bilgi broşürleri oluşturulacaktır.
- Bekleme odasına hastaların rahatlaması için müzik yayını yapılacaktır.

2.4.3. Acil Servis Hizmetlerinde Zayıflıklar

- Kuruma ait Acil Ambulans hizmetleri bulunmamaktadır. Ankara'daki en çok yatak kapasitesine ait bir üniversite hastanesi olarak, kara-hava bağlantılı acil ambulans sisteminden yoksundur. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki 112 Ambulans hizmetleri yeterli olmamaktadır.
- Acil Servis Ünitesinde istenilen düzeyde acil bakım hizmeti verilmemektedir. Araştırma sırasında, Acil Servis hizmetlerindeki aksaklıklar gözlemlenerek tespit edilmiştir. Hasta ve hasta sahibi mağdur edilmektedir.

Öneriler

- Kuruma ait bulunan 4 Ambulans, işlevsel bir hale getirilerek kaliteli bir ambulans sistemi kurulmalıdır.
- Hasta taşımacılığının yanı sıra servis aracı olarak kullanılan ambulanslar acil bakım hizmetleri için dışa açılmalıdır.
- Ambulans hizmetleri pahalı ve etkin bir hizmettir. Verimli hale getirilmelidir. Hastanın kurumu seçmesinde önemli bir faktör olacağı düşünülmektedir
- Acil servise gelen hastayla uzman bir hekimin ilgilenmesi, hasta ve hasta ailesinin doğru bilgiler alması sağlanmalıdır.

Stratejiler

- İbn-i Sina hastanesinde "Acil Tıp Hizmetleri" geliştirilecek
- Hava- Kara Ambulans sistemi oluşturulacak
- Acil Servislerde, Acil Tıp Uzmanları ve Acil bakım eğitimi almış hemşireler 24 saat hizmet sunacaklar ve böylece kurumun verdiği bakımın kalitesi artacaktır.

2.4.4. Poliklinik Hizmetlerindeki Zayıflıklar

- Poliklinik hizmeti almak için hastaların uzun kuyruk oluşturmaları ve sağlıklı bir Q-Matik sistemi bulunmadığından kavga ve gerilim ortamlarının oluşması
- Danışma hizmetlerinin aktif çalışmaması ve hastane ortamında değişen gündemden haberdar olmaması nedeniyle hasta ve hasta sahibine sağlıklı bilgi aktarılmaması
- Poliklinik hastalarının şikayetlerini ve önerilerini dikkate alacak, onlara yol gösterecek bir hasta danışma birimi bulunmaması
- Randevu sistemi ile çalışan polikliniklerde hasta ve hasta sahipleri uzun kuyruklar oluşturmaları ve muayene için bütün gün hastanede bulunmak zorunda bırakılması.
- Poliklinik işlemlerinin fazlalığı, tetkik ve laboratuvar işlemlerinde formlardaki laboratuvarların ve teslim yerlerinin farklı olması ve bunun belirtilmemesi hasta ve hasta sahibini sıkıntıya sokmaktadır.

Stratejiler

- Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde poliklinik hizmetlerinde hasta izdihamını azaltmak için muayene ortamları ve hekim sayısı artırılacaktır.
- Müşteri memnuniyetini artırmak amacıyla sistematik bir randevu sistemi ve Q-Matik kullanımına geçilecektir.
- Poliklinik hastalarının bilgilendirilmesi için, her bölüm için el broşürleri hazırlanacaktır.
- Muayene saatleri ve tetkik istenilen bölümlerin çalışma saatleri hizmeti kolaylaştıracak şekilde ayarlanacaktır.
- Çalışan personele her bölüm ve tetkik üniteleri olmak üzere bir muayene kotası (Örneğin, 1-10'a kadar olan muayene sırası...) ayrılacaktır..

2.5. Hastane Hizmetlerinde Yönetim ve Organizasyon

Hedef-5

2005 yılına kadar işletme esaslarına göre yönetilen sistematik bir hastane yönetim sistemi kurulmuş olacaktır.

Sorunun Tanımı:

Hastane yönetim sistemi aşırı merkeziyetçi, yetkilerin daima üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahiptir.

Organizasyondaki Zayıflıklar

- Hastanede bir sistem bütünlüğünün olmayışı, her kliniğin farklı bir görünümünde ve işleyişinde olması
- Kurumda multidisipliner bir ekip yaklaşımı bulunmaması ve tüm yönetim mekanizmalarında hekim egemenliğinin olması.
- İşletmede oluşturulan organizasyon şemasının iyi bir şekilde düzenlenmeyişi, varolan birimlerin hiçe sayılarak, personel atamalarının ve personel problemlerinin başhekim tarafından çözümlenmeye çalışılması
- Hastane yönetiminde bulunan yöneticilerin periyodik aralıklarla düzenlenen toplantılardan yoksun olması.
- Hastanenin personeli için hazırladığı genel bir oryantasyon programının olmaması,
- Hastanenin tüm çalışanları ile belirlediği ve benimsettiği bir misyonunu ve vizyonunu olmaması
- Hastanenin stok kontrol sisteminin iyi yapılmaması nedeniyle yapılan ihaleler sonucunda eksik malzeme temini ve bunun sonucunda hastanın eksik malzeme yüzünden mağdur edilmesi

- Hastanenin dışarıdan aldığı hizmetlerin yeterli denetlenmemesi nedeniyle istenilen kalitede hizmet alınamaması.
- Kurumda bulunan bazı kliniklerde çalışan personelin ergonomik bir dinlenme odalarının bulunmaması nedeniyle personelin motivasyonunun düşmesi
- Kurumda çalışan tüm personelin (profesör, uzman hekim, laborant, yardımcı personel, vs. gibi...) görev tanımlarının olmaması, yetki ve sorumlulukların bilinmemesi
- Kurum yöneticilerinin, kurumdaki oy kullanma hakkı olan öğretim görevlilerine yönelik yatırımlara öncelik vermesi ve bunun dışında kalan personelin göz ardı edilmesi, kurumdaki personelin motivasyonunu etkilemesi ve verimsizliğe neden olması
- Hastane Başhemşireliği, Hastane Müdürlüğü ve Hastane İşletme Müdürü gibi yöneticilerin yurt içi ve yurt dışı hizmet içi eğitim programlarına katılmalarının sağlanmaması
- Kurum, maliyeti etkileyecek önemli bir grup olan hemşireleri göz ardı etmesi
- Kurumda iş akış şemalarının oluşturulmaması
- Toplam Kalite Yönetimi uygulanmaması
- Yeni kurulan veya kurulacak birimlerde donanım, personel sayısı ve personelin niteliğinin göz ardı edilmesi

Öneriler

- Yönetim yapısı, sağlık hizmetlerinin gelişmesini, sağlık hedeflerinin etkili ve verimli olarak ulaşılabilmesini sağlayacak biçimde oluşturulmalıdır.
- Hastane Başhemşireliği, Hastane Müdürlüğü kadrosunda bulunan yöneticilerin yurt içi ve yurt dışı hizmet içi eğitim programlarına katılmaları sağlanmalıdır. Yöneticinin kuruma vereceği katkı belli bir seneden sonra yeterli olmayacağından, kişilerin hizmet içi eğitimlerle bilgisinin tazelenmesi gerekmektedir.

- Sağlık yönetimi profesyonel yöneticilerce yürütülmelidir.
- Kurumda ekip bilinci oluşturulmalıdır.
- Üst yönetim ve diğer yöneticiler ile periyodik aralıklar ile toplantılar düzenlemelidir. Hastane Başhekimliği önderliğinde, hastane müdürü, hastane başhemşiresi, hastane işletme müdürü vs. gibi hastanenin yönetimindeki yöneticilerin sorunları bir arada tartışması ve çözüm önerileri getirmeleri gerekmektedir. Bu toplantılar ile işletme makro bakış açısı ile değerlendirilebilir.
- Kurumun hemşirelerine gereken önemi vermesi gerekmektedir. Çünkü bu meslek grubunun, hastane maliyetlerinin artmasında ve azalmasında kilit rolleri vardır. Maliyeti etkileyecek bir diğer faktör ise yapılan hizmetlerin ve kullanılan sarf malzemenin bilgisayar ortamına kaydeden veya kaydedilmesini sağlayan da bu gruptur.
- Üst Yönetim, günlük işlerden sıyrılmalı ve strateji oluşturmalıdır.
- Hasta sorunları, fatura ödemelerindeki aksaklıkları çözümleyecek bir hasta danışma birimi kurulmalıdır. Böylece kurumda atıl olan sosyal hizmet uzmanlarına işlerini yapabilecek alanda oluşturulmuş olur.

Stratejiler

- Kurumun misyon ve vizyonu tüm kurum çalışanlarına benimsetilecek
- Hastane yönetiminde katılımcı bir anlayış benimsenecektir.
- Profesyonel sağlık yöneticiliği teşvik edilecek ve bu alana profesyonel sağlık yöneticileri atanacaktır.
- Toplam kalite yönetimi uygulaması için gerekli alt yapı çalışmalarına başlanacak
- Tüm bölümler arasında işbirliği oluşturularak, hizmetin sunumu ve kalitesi artırılacak.

2.6. Dış Kaynakları Kullanma

Hedef -6

2003 yılına kadar, dışarıdan hizmet satın aldığı firmalar için kaliteli hizmet sunum standartları geliştirecektir.

Sorunun Tanımı

Dış Kaynakları Kullanma (Outsourcing) Alanındaki Zayıflıklar

- Kurum, Bilgi işlem, Güvenlik, Temizlik, Çamaşırhane vs. gibi alanlarda dış kaynak kullanımını tercih etmektedir. Hizmeti veren firmaların yeterince denetlenememesi, İhtiyaca yönelik eleman sayısının hesaplanmamış olması.nedeniyle kurumdaki işler aksamaktadır.
- İş vermek üzere açılan ihalelerde en düşük fiyat veren firma ihaleyi kazanmaktadır. Bu da hizmet kalitesini etkilemektedir.
- Firmaların çalıştırdıkları personel sürekli değişmekte olduğu için hijyen konusunda eğitmek ve kontrol etmek güçleşmektedir.
- Firma çalışanları hastane ortamı için yeterli eğitime sahip olmadıklarından kuruma istenilen düzeyde kaliteli hizmet sunamamaktadır.
- Firma Temizlik hizmetlerinin çalışma saatleri ve iş akışları kuruma uygun düzenlenmemektedir.
- Firma Temizlik personelinin kullandığı malzemeler yeterli ve hijyen koşullarına uygun değildir.
- Hastanenin çamaşırhane hizmetleri istenilen kalitede temiz ,ütülü ve katlanmış çamaşırlar sunamamaktadır.

Öneriler

- Dış kaynak kullanımının fayda ve zararları göz önüne alınmalıdır.
- Tüm uygulama standartlarını kurum belirlemelidir.
- Denetim yapılmalıdır.

- Tüm bu firmaların kalite kontrolünü yapabilecek, kuruma uygun standartları oluşturabilecek bir organizasyona ihtiyaç duyulmaktadır.

Stratejiler

- İbn-i Sina hastanesinde faaliyet gösteren tüm firmalar yeniden değerlendirilecek ve yeni ihale zamanında en düşük fiyat veren değil, en kaliteli hizmet veren işletme seçilecektir.
- İşletmeleri denetleyecek hastane müdürlüğü etkin hale getirilecektir.
- Kurum, temizlik, güvenlik, bilgi işlem vs. gibi firmaların çalışma standartlarını belirleyecek ve bu firmalara uygulanacaktır.

2.7. Maliyet ve Muhasebe Faktörleri

Hedef -7

2005 yılına kadar, hastane işletmecilik esaslarına göre yönetilecek ve gerekli maliyet muhasebesi sistemi kurulacaktır.

Sorunun Tanımı

- Hastanede maliyet analizinin yapılmaması
- Mali bilgiler ile ilgili sistematik bir veri sisteminin bulunmaması
- İşletme biriminde çalışanların eğitim durumuna bakılmaksızın atamaların yapılması, bu kişilerin o alanlarda yetersiz kalmalarına sebep olması
- Hastanede her işlemin (finansal ve yönetsel) mevzuatlarla sınırlı kalması ve yeniliklere açık olmaması
- Maliyeti etkileyecek olan hastane yataklarında yapılan hizmet üretim miktarının doğru hesaplanmaması
- Hastane kurulacak bir ünite için gerekli talep araştırması yapılmadan hareket edilmesi

Öneriler

- Hastanede planlama, kontrol, başarı, sonuçların değerlendirilmesi, karar verme gibi işlevlerin yerine getirilebilmesi için her türlü istatistiksel bilgiler kadar maliyet bilgilerine de ihtiyaç vardır. Bu nedenle hastanede hem mali hem de istatistiksel bilgilerin elde edileceği sistematik bir veri sistemi oluşturulmalıdır.
- Hastane işletme departmanı, verilen hizmetin kalitesini düşürmeden maliyetleri düşürmek için maliyet analizi yapmalıdır.
- Kliniklerdeki yatak sayıları ve yatak işgal oranları belirlenerek atıl olan bölümlere müdahale edilmeli ve maliyetler düşürülmelidir.
- Hastanede mali örgütlenme tek çatı altında toplanmalı ve mali yönetimden sorumlu kişi ve kişiler işletme, muhasebe konularında en az lisans düzeyinde eğitim almış kişiler olmalıdır.
- Hastanede personel giderleri, toplam hastane giderleri içerisinde önemli bir yer tuttuğundan personel verimliliği artırılmalıdır.

Stratejiler

- Hastanede İşletme departmanına hem mali hem de istatistiksel bilgilerin elde edileceği veri sistemi oluşturulacaktır.
- Hastane içindeki tüm mali birimler tek çatı altında ve koordineli bir şekilde çalışmaları sağlanacaktır.
- Çalışan personel kendi alanlarında hizmet içi eğitim kursları ile bilgilendirilmeleri sağlanacaktır.

SONUÇ

Sağlık kurumları, iç çevre analizi ile güçlü yönlerini, zayıf yönlerini, dış çevre analizi ile fırsatlarını ve tehditlerini ortaya koyarak, güçlü yönlerini kullanarak dış çevreden gelen tehditlere karşı kurumu koruyabilecek ve zayıf yönlerini güçlendirecek stratejik politika alternatifleri geliştirerek kurumu verimli kılacaklardır. Örneklem olarak ele alınan kamu üniversite hastanesinde SWOT Analizi uygulanarak, kurumun iç çevre faktörleri tek tek incelenerek güçlü ve zayıf yönler tespit edilmiş ve dış çevreden gelebilecek tehdit ve fırsatlar ortaya konmuş ve öneriler sunulmuş stratejiler belirlenmiştir. Araştırma sonunda ortaya çıkan olgular şöyle sıralanabilir:

- Kurumda, Enformasyon, insan kaynakları, destek hizmetleri, yönetim v.s. gibi alanlarda bir dizi sorun mevcuttur. Fakat bu tespit edilen sorunlar, çağdaş bir yönetim anlayışı ile çözümlenebilir.
- Kamu hastaneleri içinde, Üniversite hastanelerinin özerk yapı olması nedeniyle sorunları çözme ve uygulama şansları daha yüksektir.
- Kurum, sağlık hizmeti sunumunda kaliteli hasta bakımına önem verdiği takdirde ücretli hasta sayısının artacağı muhakkaktır.
- Destek hizmetleri organizasyonunda, iş etüdü yapılarak personel istihdamı sağlandığında kurum mali kazanç elde edecektir.
- Kurum temel sorunlarını çözümlendiğinde kârlılığı artacak ve dış fırsatları yakalayabilecektir.
- Hem kliniklere hem de personele performanslarına göre ek katkı payı sağlandığında personel memnuniyeti ve dolayısıyla kurum verimliliği artacaktır.

Kurumda öncelikli olarak iş etüdü yapılarak personel istihdamına ve enformasyon sisteminin yeniden yapılanmasına yönelik çalışmalar yapılabilir.

VII. KAYNAKÇA

AKAR, Çetin

1996 “Mali Analiz Ders Notları”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, Ankara

AKAR, Reşat

2002 “İngilizler Türk doktorlara emanet”, Cumhuriyet Gazetesi 78.yıl, sayı: 27865, sayfa 1.-18., 21.Ocak. Ankara

Ankara Ticaret Odası

2001 Yeniden Yapılanma Sürecinde Türkiye Ekonomisi Ankara

Ankara Üniversitesi

1999 Mali yılı Kesin Hesabı, Ankara

2000 Mali yılı Kesin Hesabı Ankara

Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

2000 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu 28-29 Eylül, “Bildiriler Kitabı” Ankara

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.

1997 İstatistik Yıllığı, Ankara

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.

1998 İstatistik Yıllığı, Ankara

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.

1999 İstatistik Yıllığı, Ankara

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.

2000 İstatistik Yıllığı, Ankara

ASSAEL, LA

1993 "A swat at the SWOT", Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, May; 51(5): 612-3 Journal Code: JIC, UNITED STATES.

AYGÜN, Remzi

1998 "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri", Yeni Türkiye Cumhuriyet Özel Sayısı III. Sosyal Değerlendirme, Ankara

BAILEY, J & CASSIDY, A

1996 " Using nursing theory to introduce change in practiceé, Nursing standart: official newspaper of the Royal College of Nursing, Sep 11;10(51): 40-3 Journal Code: AWH, England

BENNETT, AR

1994 "Business planning: can the health service move from strategy into action?", Journal of management in medicine, 8(2): 24-33, Journal Code: BVV, England.

BÜYÜKMİRZA, Kamil

1998 Maliyet ve Yönetim Muhasebesi, G.5.Baskı ,Ankara

BÜYÜKKAYIKÇI, Hüseyin

2000 "Sağlık kurumlarında Tıbbi cihaz ve donanım yatırımlarının değerlendirilmesi" 3. Ulusal sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Uluslararası Katılımlı Bildiriler Kitabı 28-29 Eylül, Ankara

BÜYÜKLÜ, Şinasi, KAMILOĞLU, Mehmet

1976 "Genel Muhasebe Kanunu Açıklaması" Ankara

CALDWELL, Chip

1998 Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim, Çev. Osman AKINHAY, Sistem Yayınları, İstanbul

CASEBEER, A

1993 " Application of SWOT analysis", British journal of hospital medicine, Mar- 17 Apr; 49(6): 430-1 Journal Code: BZ5, England

GEDİK, Canan

2001 " Vakıflar Cumhuriyeti" Radikal Gazetesi , 25 Aralık, sayfa .5

GAPENSKI; Louis C.

1996 "Health Care Financial Management ", Chicago

GOODALL, C

1992 "Education: SWOT the Dickens?", Nursing standart: officialnewspaper of the Royal College of Nursing, Jan 15-21; 6(17): 54-5 Journal Code: AWH, England

De VILLIERS M

2000 "Learning in primary care –a report", Medical education, Nov; 34(11) Tygerberg, South Africa.

DEITCH, EA

1998 "The 1998 presidential address the ABA at 30: a SWOT analysis", The Journal of burn care & rehabilitation, Nov-Dec; 19(6): 462-9, Journal code: HLK, UNITED STATES.

DİNÇER, Ömer

1998 Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, 5.Baskı, İstanbul,

DPT

2001 "Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik", Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara

DPT

1991 Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu Özel İhtisas Komisyonu Raporu, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, Ankara

DPT

2000 Uzun Vadeli Strateji ve 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005, Sayfa.12, Ankara

EDWARDS R ve başk.

1999 "An action plan for tobacco control at regional level", Public health, Jul; 113(4):165-70 Journal Code:Q17, England

ERVİN, FR

1996 "Strategic business planning for internal medicine", The American journal of medicine, Jul; 101(1): 95-9 Journal Code: 3JV, UNITED STATES.

EGE, Rıdvan,

1996 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 50.Yılı, Ankara

EGE, Rıdvan,

1998 “ Atatürk ve Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri (1923-1998)”,
Türk Hava Kurumu Basımevi, Ankara

ERDEN, Hatice ve DALGIN, Bülent

2000 “1923-1990 Yılları Arasında Türkiye’deki Sağlık Politikaları Seminer
Notları” Ankara

ERDEN, Hatice ve Başk.

2000 “Özel Küre Hastanesinde Pazarlama Stratejisi”, Gazi Üniversitesi
Pazarlama Seminer Notları, Ankara

ERKAL,Sibel ve başk,

2001 “Ameliyatı bekleyen hastaların ameliyathanedeki deneyimler ve
beklentileri”, III.Ulusal-I. Uluslararası Ameliyathane Hemşireliği Kongresi,
25-27 Ekim İstanbul-Türkiye)

ERDİL, Fethiye ve başk,

2000 “Hasta yakınlarının Ameliyat öncesi bilgi gereksinimleri ameliyatı
beklerken yaşadıkları duyguları ve ameliyathane bekleme salonuna
ilişkin görüşleri”, Hemşirelik Forumu, Cilt 3, Sayı 6, sayfa 1-5, Aralık

ERŞAN, Mesude

2002 “Hollanda'yla hasta transferi anlaşması yapıldı”, 26 Mart Hürriyet
Gazetesi, sayfa:7, İstanbul

FRIEDRICH K. ve L. J. SEIWERT

1999 Başarı Stratejileri, Çev. Savaş TÜMLİŞ, Beyaz Yayınları, İstanbul

GIBIS, Bernhard ve başk.

2001 "Application of strengths, weaknesses, opportunities and threat analysis in the development of a health technology assessment program", Health Policy, 58(2001) 27-35

GORDON, J ve başk.

2000 "Strategic planning in medical education: enhancing the learning environment for students in clinical settings", Medical Education Oct, 34(10) 841-50, Journal Code;MZ3, England.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri

2000 Yılı Tıbbi İstatistik Bülteni, Ankara

HÖFT, Uwe

2001 SWOT-Analyse.<http://www.fh-brandenburg.de/hoeft/toolbox/swot.htm>

JCI (Joint Commission on Accreditation of HealthCare Organizations)

2000.HealthCare Accreditation <http://www.jcaho.org/about-jc/jci.htm>

KAVUNCUBAŞI, Şahin,

2000 Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara,

KIRIM, Arman

2001 Strateji ve Bire-bir Pazarlama CRM, Sistem Yayınları, İstanbul

KISA, Adnan

1999 "Sağlık Ekonomisine Giriş", Usta Matbaacılık, Ankara

KURTULMUŞ, Sevgi

1998 Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Önsöz, Değişim Dinamikleri Yayınları, Sayfa; 153

LANZOTTI, LM

1991 “ Staff participation in a strength, weakness, opportunity, and threats analysis”, The Journal of Nursing administration, Oct; 21(10): 67-9 Journal Code:JEL, United States

LENZ, Stefan

2000 SWOT-Analyse <http://www.stefan-lenz.ch/glossar/swot.htm>

2000 Businessplan <http://www.stefan-lenz.ch/glossar/businessplan.htm>

MEDİMAGAZİN

2001 “Sağlığın Değişmeyen Kaderi”, Yıl:1, Sayı:2, Sayfa:11, 1-15 Kasım, Ankara

MERSİN, Turhan

1999 Hastanelerde Birim Çıktı Maliyetlerinin Hesaplanması, Yatak işgal oranlarına göre servis maliyetlerinin değişimi, Ankara:Gazi Üniversitesi (Yayınlanmamış Master Tezi)

ODABAŞI,Yavuz,

2001 Pazarlama Planı Rehberi Ankara,

PORTER, Michael.E

2000 Rekabet Stratejisi, Çev.Gülen ULUBİLGİN, İstanbul, Sistem Yayınları

POLLACK, CD

1994 "Planning for success: the first steps in new program development",
The Journal of school nursing: the official publication of the National
Association of School Nurses, Oct; 10(3): 11-5 Journal Code: BGS,
UNITED STATES.

Sağlık Bakanlığı

1998 Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, Sağlık Projesi Genel
Koordinatörlüğü, Ankara

Sağlık Bakanlığı

1999 OECD Healt Data

Sağlık Bakanlığı

2001 Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2000, Sağlık Bakanlığı
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık Bakanlığı

2001 Ulusal Sağlık Politikası, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Mart
1993, Ankara

Sağlık Bakanlığı

2002 Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl, Mayıs 1999- Mayıs 2002,
Ankara

Sağlık Bakanlığı

[http://www. Sağlık. Belge 5](http://www.Sağlık.Belge.5), Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sayfa: 1/8

SARGUTAN, A, Erdal

1993 "Türk Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, T.C. Sağlık Bakanlığı I. Ulusal Sağlık kongresi, 23-27 Mart, Ankara

SARGUTAN, A, Erdal

1993 Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Ankara

SHARMA, M; DEEPAK, S

2001 "Aparticipatory evaluation of community-based rehabilitation programme in North Central Vietnam", Disability and rehabilitation, May 20; 23(8): 352-8 Journal Code: A8I, England

SHARMA, M & BHATIA, G

1996 " The voluntary community health movement in India: a strenghts, weaknesses, opportunities and threats (SWOT) analysis", journal of community health, Dec; 21(6): 453-64 Journal Code: HUT, UNITED STATES.

SUR, Haydar ve GÜROL, Hacer

1998 "Cumhuriyetimizin 75 Yıllık Geçmişinde Sağlıkta Yaşananlar", Yeni Türkiye Cumhuriyet Özel Sayısı III: Sosyal değerlendirme, Ankara

T.C. Resmi Gazete

2001 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı, Seri No 7, Sayı: 24350 (Mükerrer),

TÜMERDEM, Yıldız

1999 "Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Sağlık Nereden Nereye", Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Bilim Bilanço (1923-1998), Ulusal Toplantısı, I.Kitap, II. Cilt, Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara

TOKAT, M. ve B. KISAER,

1991 Hastanelerde Maliyet Etkinlik ve Performans Analizi MPM Yayınları,
Ankara

TÜBİTAK

1994 Türkiye Üniversite-Sanayi İşbirliği Birinci Şurası Bilim ve teknoloji
Strateji ve politika Çalışmaları, BTP 94/02 Haziran

ÜLGEN, Yekta,”

1998 “Sağlık Kuruluşlarında Risk yönetimi” Hastane Yönetimi Dergisi,
yıl:2, Sayı:4,Ocak

VARDAR, Abdül

2001 Yeniden yapılanma Stratejileri İstanbul

WHO, World Health Organization

2000 World Health Report 2000, İsviçre

WHITE, DB

2000 “Instituting organizational learning for quality improvement through,
strategic planning nominal group processes, journal for healthcare quality:
official publication of National Association for Healthcare Quality, Sep-
Oct; 22(5): 13-8 Journal Code: BBO

WILLIAMS CM, PETRELLI J, Murphy M

2000 “Development and implementation of a geriatric care/case
management program in a military community-based family medicine
residency”, Military medicine, Nov. Vol. 165(11):809-15 Journal Code:
N1A

VIII. ÖZET

Türkiye’de sağlık hizmetlerine ülke gelirinden yeterince finansal kaynak ayrılmamaktadır.

Kamu sağlık kuruluşlarında fiziki, mali ve beşeri kaynakların etkili kullanılmaması verimsizliğe yol açmaktadır. Bunun için tüm kamu sağlık kuruluşlarının finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutu ile yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

Bu araştırmanın amacı; kamu sağlık kurumlarının bir işletme olduğu dikkate alınarak işletmecilik esaslarına göre yönetilmesi ve stratejik politika alternatifleri uygulanması halinde verimlilik sağlanabileceği ortaya konulmaktadır.

Araştırmada örneklem olarak bir kamu sağlık kurumu olan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi seçilmiştir. Bu kamu sağlık kurumunun mevcut ve gelecekteki amaçlarını gerçekleştirebilmek için stratejik yönelimlerini tanımlamak ve uygulanmasını sağlamak amacıyla, kuruma işletme ve çevre etkileşim analizi olan SWOT Analizi uygulanmıştır.

Analiz iki aşamada yürütülmüştür. Birinci aşamada dış dünyadaki sağlık göstergeleri ve gelişmeleri, ulusal sağlık sisteminin durumu, kurumun içinde bulunduğu sağlık sektörü ve kamu sağlık kurumlarının pazar payları irdelenerek, gelecekte kurumu etkileyecek olan fırsat ve tehditler ortaya konulmuştur. Ayrıca dış çevre analizinde kurumun rekabet çevresi de ele alınmıştır.

İkinci aşamada, dış çevreden elde edilen bilgiler ışığında kurumun başarıya ulaşabilmesi ve bunu sürdürebilmesi için mevcut yapıdaki güçlü ve zayıf yönler ortaya konulmuştur.

Kurumun zayıf yönlerini güçlendirerek dış çevreden gelecek tehditlerden kaçınması, güçlü yönleri ile de dış çevredeki fırsatları değerlendirmesi için kuruma özgü stratejik politikalar önerilmiştir.

Anahtar Kelime: Kamuya Ait Sağlık Kurum ve Kuruluşları, Stratejik Yönetim, SWOT Analizi

IX. ZUSAMMENFASSUNG

In der Türkei wird der Gesundheitsversorgung nicht genügend Mittel zur Verfügung gestellt. Ineffektive Nutzung der physischen, finanziellen und menschlichen Kapazitäten in den staatlichen Gesundheitsversorgungseinrichtungen verursacht Wirtschaftlichkeitsverluste.

Ziel dieser Forschungsarbeit ist zu zeigen, dass auch in staatlichen Gesundheitsbetrieben durch Rationalisierung Wirtschaftlichkeitserhöhungen erzielt werden können.

In dieser Arbeit wurde als Forschungsraum das Universitätsklinikum Ibn-i Sina der Universität Ankara als Beispiel für eine staatliche Gesundheitsversorgungseinrichtung ausgewählt.

In diesem staatlichen Betrieb wurde die SWOT Analyse, als Betriebs- und Umweltwirkungsanalysemethode, angewandt, um seine gegenwärtigen und künftigen Zielsetzungen und Strategien festzustellen.

Die Analyse wurde in zwei Schritten vollzogen. Im ersten Schritt wurden die weltweiten Indikatoren für das Gesundheitssektor erfasst und der Zustand des nationalen Gesundheitssektors dargestellt. Die Lage der staatlichen Gesundheitsversorgungsbetriebe wurden anschliessend besonders durch ihre Marktanteile geprüft und ihre marktseitige Chancen und Risiken dargestellt. Besonders wurde hierbei die Wettbewerbssituation der einzelnen Einrichtungen behandelt.

Im zweiten Schritt wurden dann unter Beachtung der Ergebnisse aus dem ersten Teil die innerbetrieblichen Schwachstellen und Stärken des ausgesuchten staatlichen Gesundheitsbetriebes untersucht und die notwendigen Schritte für nachhaltige Erfolgssicherung ausgearbeitet.

Es sind strategische Handlungsalternativen für das untersuchte Universitätsklinikum als Beispiel für staatliche Gesundheitsinstitutionen erarbeitet, um die Schwächen auszumerzen, damit es den Risiken entkommen kann, und gleichzeitig mit den Stärken die möglichen Chancen zu nutzen, die durch marktseitige Veränderungen entstehen.

Schlüsselbegriffe: Staatliche Gesundheitsversorgungseinrichtungen, Strategisches Management, SWOT Analyse

