



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**“Üniversite Hastanelerinde Ölçek Ekonomileri
Yaklaşımının Geçerliliği”**

Sema ŞENTÜRK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Haydar SUR

İSTANBUL-2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

“Üniversite Hastanelerinde Ölçek Ekonomileri
Yaklaşımının Geçerliliği”

Sema ŞENTÜRK

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Haydar SUR

İSTANBUL-2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Program : Sağlık Yönetimi

Öğrenci No : 164201002

Öğrenci Adı Soyadı : Sema SERTÜRK

"Üniversite Hastanelerinde Ökçk Akademi Yatışımının Geceriği"
..... isimli çalışma aşğıdaki jüri tarafından12.09.2017..... tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Mehmet ZELKA
(Üsküdar Üniversitesi)


İmza



Üniversitesi)

Danışman : Prof. Dr. Haydar SÜR
(Üsküdar Üniversitesi)

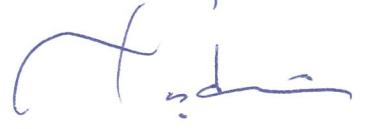
İmza



Üniversitesi)

Üye : Prof. Dr. Mustafa TOSDEMİR
(Medicine Üniversitesi Tıp Fakültesi)

İmza



Üniversitesi)

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nilgün SARP
Enstitü Müdürü



ÖZET

Maliyeti en yüksek sağlık kuruluşu olan hastanelerin israf faktörlerinden kurtulması kendisi için en verimli olacak noktayı bulması ve verimliliğini sürdürebilmesi bir zorunluluktur. Verimlilik kavramının ayrıntısında, kaynakların boşa harcanmaması yanında üretilecek ürün miktarına göreceli olarak birim maliyetlerinin değiştiği görülmektedir. Üretim miktarına göreceli birim maliyetler iktisat biliminde ölçek ekonomileri başlığı ile incelenmektedir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin kamu hastaneler kurumu adıyla bir örgüt altında toplanması Kamu Hastaneleri Birliği 89 alt birime birden fazla hastanenin bağlanarak satın alma, malzeme ve cihaz değiş tokuşu ve hizmet ünitelerinden birlikte faydalanma gibi avantajların oluşturulduğu bir döneme girilmiştir. Bir başka kamu kuruluşu türü olan üniversite hastanelerinin böyle bir deneyimden yararlanarak yeni bir yapılanmada avantaj elde edebileceği akla gelmektedir. Henüz böyle bir resmi girişim olmamasına rağmen üniversite hastanelerinde yönetici olarak çalışan görevlilerin bu yönde görüşlerinin dillendirdiği bir dönem yaşanmaktadır.

Üniversite hastaneleri kar amaçlı özel hastanelerden farklı olmanın yanı sıra kar amacı gütmeyen diğer hastanelerden de farklı ve önemli özelliklere sahiptir. Üniversite hastaneleri sağlık hizmeti sunumu yanında eğitim ve araştırma gibi önemli misyonları yerine getiren kuruluşlardır. Üniversite hastanelerinin bu misyonları gerçekleştirebilmesi için hem akademik hem de klinik faaliyetlerini bir arada yürütmesi gerekmektedir. Üniversite hastanelerinin bu misyonu gerçekleştirmesinde; verimliliğin artırılması, maliyet etkili sağlık hizmet sunması, hizmet kalitesinin yükseltmesi ve finansal sürdürülebilirliğinin sağlanması gerekmektedir. Sağlık sisteminin en önemli yapı taşlarından olan üniversite hastaneleri son yıllarda gelirleri ile giderlerini finanse edemeyen kurumlar haline gelmiştir. Bu durum Türkiye’de sayıları sürekli artan ve sağlık hizmetlerinin sunumu açısından önemli bir yere sahip olan üniversite hastanelerinin son on yıllarda finansal sürdürülebilirliği sağlamada ciddi finansal sorunlarla karşı karşıya kalmasına neden olmuştur.

Bu tezin amacı ülkemizde bulunan 89 kamu üniversitesi hastanesinin tamamını tek bir birlik haline gelmesi veya birden çok birlikle bir araya getirilmesi önerisinin ülkemize getireceği avantaj ve dezavantajların belirlenmesi ve ilgililere politika önerilerinin oluşturulmasıdır. İstanbul Üniversitesi’ne bağlı faaliyet gösteren İstanbul

Tıp ve Cerrahpaşa Tıp Fakültelerinin hastanelerinde yöneticilik yapan ve hekim olmayan 20 idareciye ek olarak Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde idari görev üstlenmiş 25 hekim yöneticinin katıldığı yüz yüze anket çalışmasının verileri analiz edilmiştir.

Bir seçenek olarak, 70 kamu üniversitesi hastanesinin Sağlık Bakanlığı'nda olduğu gibi hastane birlikleri haline getirilmesi ve bugün içinde bulunduğu finansal krizden bu şekilde kurtulması önerisi ele alınmıştır. Görüşülen yöneticilerin yaklaşık % 40'nın ortaya konulan 9 önerinin hepsine katılmayarak üniversite hastane birliklerine de karşı görüş ileri sürmesi bu grubun her durumda hastaneleri devletin sübvanses etmesi gerektiğine inandığını göstermektedir. Bu grubun dışında kalan % 60'lık kitlenin ise çözüm arayışlarına sıcak baktığını ve üniversite hastane birliklerinin bazı yararları olduğunu kabul ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Öneriler arasında yapısal bir değişikliğe gidilmesi ve kamu üniversitelerinin tek tek değil birlik çatısı altında hastanesinin olması görüşünün üniversite camiasında tekrar tartışılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Üniversite, hastane, hastane birlikleri, verimlilik, ölçek ekonomileri.

ABSTRACT

As having the highest costs in health service providing organizations, hospitals have to exclude resource waste factors and to find the most efficient levels for sustainability. Unit costs are quite variable since it is dependent to the quantity of production in addition to exclusion of waste factors. Unit costs relative to production size are examined under the topic of economies of scale.

In the recent times in Turkey, nearly 850 hospitals of Ministry of Health have been aggregated in a quasi-autonomous organization named Public Hospitals Organization. This organization has 89 unities and each unity has the advantage of joint procurement, exchanging engines and devices and utilization of the same service units together. It is recently an option for university hospitals to reach the same advantages if a similar unity could be established among them. Despite there is no such a formal attempt, this view is strongly advocated by some managers of university hospitals.

University hospitals differ from all other hospital types. Besides service provision, education and research responsibilities are of importance here. It is crucial for the mission, to sustain efficiency, cost effectiveness and increase the quality. However, in the decade, incomes of university hospitals became less than their expenditures. Today, the end point is the big loans and predicament.

The aims of this thesis are to determine advantages and disadvantages of establishing a university hospitals unity in Turkey and to suggest policies to concerned people. From İstanbul Medical Faculty and Cerrahpaşa Medical Faculty of İstanbul University, Physician and non-physician managers were offered to fill questionnaire forms and totally 45 managers participated the survey.

The suggestion of establishment a university hospitals unity similar to Ministry of Health Hospitals was examined as a solution for 70 public university hospitals in Turkey. All the suggestions were expressed with nine proposals written as a five-level Likert Scale. Approximately % 40 of the group refused to all nine proposals. These managers believe that all expenditures of university hospitals should be subsidized by the government. The other % 60 part of the group supports university hospitals unity and they accept to seek solution options. As a final suggestion the researcher put forward the unity establishment option for discussions and designs.

Key words: University, hospital, hospital unities, efficiency, economies of scale.

TEŞEKKÜR

Hazırlamıő olduğum tez alıőmanın gerekleőtirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaőan, kendisine ne zaman danıősam bana kıymetli zamanını ayırıp buyk bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenen fazlasını sunan, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen ve gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düőündüđüm saygıdeğer hocam Prof. Dr. Haydar SUR'a teşekkürü bir borç biliyor ve őükranlarımı sunuyorum. Yine tez çalıőmamda bana önerilerini sunan Doç. Dr. Haluk ÖZSARI hocama, manevi desteğini esirgemeyen arkadaőlarım; Figen KESERCİ, Sibel DERELİ ve üniversitede birlikte çalıőtıđımız her zaman yanımızda olan değerli hocalarım; Prof. Dr. Halil KOYUNCU, Prof. Dr. Haluk EMİR'e ve baőından sonuna kadar yanımda olan benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen aileme sonsuz teőekkürler.

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Tarih

Adı Soyadı

İmza



İÇİNDEKİLER

I.BÖLÜM: GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
II. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Türkiye’de ve Dünyada Hastane İşletmeleri.....	6
2.1.1. Türkiye’de Hastane Hizmetlerinin Tarihçesi.....	13
2.1.2. Yirmi Birinci Yüzyılda Hastane İşletmelerinde Eğilimler.....	19
2.1.3. Türkiye de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Hastanelerin Durumu.....	21
2.2. Hastanelerde Verimlilik İlkesi ve Konsolidasyon.....	32
2.2.1. Verimlilik İlkesi ve Hastane İşletmelerinin Yaklaşımı.....	34
2.2.2. Verimliliği Sağlayan Unsurlar.....	34
2.2.3. Verimlilik Açısından Maliyet ve Maliyet Kontrolü.....	36
2.2.4. Ölçek Ekonomileri ve Hastaneler.....	40
2.2.5. Türkiye’de Üniversite Hastanelerinde Konsolidasyon ve Olası Sonuçları.....	43
III.BÖLÜM: SAHA ARAŞTIRMASI.....	45
3.1. Gereç ve Yöntem.....	45
3.2. Bulgular ve Tartışma.....	46
3.3. Sonuç ve Öneriler.....	61
Kaynaklar.....	65
Ekler.....	68
Ek 1: Anket.....	68
Özgeçmiş.....	71

TABLolar DİZİNİ

Tablo: 1 Katılımcıların hastane dağılımı.....	46
Tablo 2: "Üniversite hastaneleri birlik olmalıdır." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı	46
Tablo 3: "Üniversite hastaneleri birlik olursa daha iyi yönetilir." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.....	47
Tablo 4: "Üniversite hastaneleri birlik olursa kaynak kullanım verimliliği artar." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.....	47
Tablo 5: "Üniversite hastaneleri birlik olursa topluma daha iyi hizmet eder." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.....	48
Tablo 6: "Üniversite hastaneleri birlik olursa performansı değerlendirmek kolaylaşır." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.....	48
Tablo 7: "Üniversite hastaneleri birlik olursa kar getiren hizmetler ön plana çıkar." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.....	49
Tablo 8: "Üniversite hastaneleri birlik olursa ortak ihale ortak kaynak kullanımı vb. nedenlerle avantajlı olur." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.....	49
Tablo 9: "Üniversite hastaneleri birlik olursa stratejik planlama ve yönetim uygulamalarında başarı artar." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.....	50
Tablo 10: "Üniversite hastaneleri birlik olursa ortak bilgi ağı nedeniyle daha geniş bilimsel çalışma ve yayın imkanı doğar." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.....	50
Tablo 11: Katılımcıların en önemli zorluklar olarak ileri sürdükleri durumların dağılımı.....	51
Tablo 12: Katılımcıların gelecek dönemde yapmayı planladıkları şeylerle ilgili açık uçlu sorulara verilen cevapların dağılımı.....	52
Tablo 13: Katılımcıların merkezi otorite tarafından yapılacak olan iyileştirme müdahalesi açısından ileri sürdükleri durumların dağılımı.....	53
Tablo 14: Katılımcıların mevzuat iyileştirme değişikliği hangi alanlarda yapılmalıdır önerilerinin dağılımı.....	54
Tablo 15: Katılımcıların önermelere verdikleri cevapların hastanelere göre skor ortalamaları ve standart sapmaları.....	55
Tablo 16: Önermelerden elde edilen skorların birbirleriyle korelasyonu.....	57
Tablo 17: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesindeki hekimler ve hekim olmayan idarecilerin birbiriyle karşılaştırılması.....	59
Tablo 18: İstanbul ve Cerrahpaşa Tıp Fakültelerinin Hastanelerindeki Hekim Olmayan Yöneticilerin Görüşleri.....	60

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
UNDP	BİRLEŞMİŞ MİLLETLER KALKINMA PROGRAMI
SB	SAĞLIK BAKANLIĞI
SSK	SOSYAL SİGORTALAR KURUMU
GSYİH	GAYRİ SAFİ YURTIÇİ HASILA
GSS	GENEL SAĞLIK SİGORTASI
SDP	SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI
SGK	SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KURUMU
OECD	EKONOMİK KALKINMA VE İŞBİRLİĞİ ÖRGÜTÜ

I.BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ

Hastaneler bütün ülkelerin sağlık sistemlerinde köşetaşı niteliğindeki sağlık hizmet kuruluşları olarak kabul edilmektedir. Bunun nedeni hastanelerin 365 gün gece ve gündüz hiç kesintisiz hizmet sunmak durumunda olmaları, sağlık hizmeti teknolojilerinin en gelişmiş kısmının hastanelerde yer alması, birçok alt birimin birbirine bağlantılı şekilde çalışıyor olması, kullanılan bu yüksek teknolojinin gerektirdiği uzmanlık dallarından çok sayıda değişik nitelikte donanımlı insan gücünü çalıştırıyor olması ve özellikle acil yoğun bakım, ameliyathane vb. ünitelerinde ölüm kalım mücadelesi denebilecek önemde hizmetlerin dakikalar içinde verilmesi zorunluluğu gibi özellikler sıralanabilir.

Başta insan kaynağı olmak üzere hastaneler çok değişik nitelikte ve sayıda kaynak kullanır. Örneğin; Amerika'da 82 tane sağlık mesleği tanımlanmış ve dünya üzerinde sağlık hizmetlerinde kullanılmakta olan 1 milyon 300 bin civarında malzemenin bulunduğu bilinmektedir. Bu kaynakları etkili ve verimli kullanabilmek için mutlaka iyi tanımlanmış süreçler, hedefler, kaynaklar vb. ile çalışmak gerekmektedir.

Bu açıdan bakıldığında bütün sağlık hizmet kuruluşlarının birer sağlık işletme olduğu görülmektedir. Kamuya ait hastanelerin işletme mantığı ile çalıştırılmasına eleştiri getiren yazarlar bulunmaktadır ancak burada sözü edilen işletme mutlaka kar amacı gütmek durumunda değildir. Tamamen sosyal fayda amaçlı bile olsa işletmeye tahsis edilen kaynakların topluma maksimum sağlık faydasını üretebilmesi için yine de işletme mantığı ile çalışması bir zorunluluktur. 21 yy gelindiğinde toplumların giderek yaşlanan nüfusları, teknolojinin getirdiği olanaklar ile eskiden müdahale edilemeyen vakalara müdahale edilmesi, iletişim ve ulaşım olanaklarının yardımıyla sağlık hizmetlerine olan talebin iyice artması, sağlık hizmet kuruluşlarının örgütlenmesinin yaygınlaştırılması gibi gelişmeler sağlık harcamalarında keskin artışlara neden olmuştur. Dünyanın en zengin ülkelerinin bile bu artışlara dayanma gücü yoktur. Bu nedenle sağlık işletmelerinin ve özellikle en maliyetli olan hastanelerin israf faktörlerini

ayıklaması kendisi için en verimli olacak noktayı arayıp bulması ve verimliliğini sürdürebilmesi beklenmektedir.

Verimlilik kavramının ayrıntısına girildiğinde kaynakların boşa harcanmaması yanında üretilecek ürün miktarına göreceli olarak birim maliyetlerinin değiştiği görülmektedir. Üretim miktarına göreceli birim maliyetler iktisat biliminde ölçek ekonomileri başlığı ile incelenmektedir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin kamu hastaneler kurumu adıyla bir örgüt altında toplanması Kamu Hastaneleri Birliği 89 alt birime birden fazla hastanenin bağlanarak satınalma, malzeme ve cihaz değiş tokuşu ve hizmet ünitelerinden birlikte faydalanma gibi avantajların oluşturulduğu bir döneme girilmiştir. Başka bir deyişle, ölçek ekonomilerinde marjinal maliyetlerin en düşük olduğu noktalara yaklaşılmıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bu deneyimin sonuçlarının da yavaş yavaş literatüre kanıtlar sunduğu dönemlere gelinmiştir. Bir başka kamu kuruluşu türü olan üniversite hastanelerinin böyle bir deneyimden yararlanarak yeni bir yapılanmada avantaj elde edebileceği akla gelmektedir. Henüz böyle bir üniversite hastaneleri arasında birlik oluşturulmasına yönelik resmi bir girişim olmamasına rağmen üniversite hastanelerinde yönetici olarak çalışan görevlilerin bu yönde görüşlerinin dillendirdiği bir dönem yaşanmaktadır.

Bu tezin amacı ülkemizde bulunan 89 kamu üniversitesi hastanesinin tamamını tek bir birlik haline gelmesi veya birden çok birlikle bir araya getirilmesi önerisinin ülkemize getireceği avantaj ve dezavantajların belirlenmesi ve ilgililere politika önerilerinin oluşturulmasıdır.

II.BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

Bireylere sağlık hizmeti sunan hastaneler sağlık sisteminin yapı taşlarını oluşturur. İlk çağlarda dini ve sosyal kurumlar tarafından kurulan hastaneler, yalnızca düşkünlere yardım sağlayan kuruluşlar iken bilgi çağının değişen koşulları, hastanelerin toplumdaki rollerini ve konumlarını değiştirmiştir. Toplumun sağlığına yönelik hizmet sunmaları nedeniyle hastaneler çok mühim bir konuma sahiptir. Sağlıklı olmak toplumda yaşayan tüm bireylerin vazgeçilmez hakkıdır. Bu hakların yerine getirilmesinde ise hastanelere büyük görevler düşmektedir. Hastanelerde sağlık hizmetlerinin aksamaması insan sağlığını yakından ilgilendirmektedir. "Hastaneler, sistem yaklaşımı içerisinde ele alınıp tanımlandığında, dinamik değişken bir çevre içinde aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanelerin girdileri insan gücü, hasta, malzeme, teknoloji, bilgi ve sermayedir. Çıktıları ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimi, araştırma geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır. Dönüştürme süreçleri ise planlama, örgütleme, yürütme, kontrol ve yeniden düzenleme faaliyetlerini kapsamaktadır."

Sağlık sisteminin en mühim parçasını oluşturan hastaneler, sağlık hizmeti üreten işletmelerdir. "Bir hastanenin öncelikli hedefi finansal kar elde etmek olsa da, sağlık hizmetinin önemi nedeniyle, sosyal faydayı mutlaka göz önüne almak zorundadır. Tüm işletmelerde yer alan sosyal sorumluluk kavramının önemi, hastanelerin sunduğu hizmetin özelliği nedeniyle çok daha fazladır. Açık bir sistem özelliği gösteren hastaneler içinde bulunduğu sosyo-ekonomik çevrede içten ve dıştan gelen değişim talepleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Hastaneler oldukça karmaşık ve dinamik yapıya sahip kurumlardır. Karmaşıktır çünkü sağlık hizmetleri son derece uzmanlaşmayı gerektirmektedir. Dinamiktir çünkü tıp bilimi hızla ilerlemektedir. Hastanelerin tıp bilimindeki gelişmeleri takip etmemesi ve kendilerini yeniliklere açık olmamaları

gerilemeleri anlamına gelecektir. Bu sebeple hastaneler, statik değil aksine sürekli ilerleyen bir yapıya sahip olmak zorunda olan işletmelerdir."

Öncelikli özelliği sağlık hizmeti üretmek olan hastaneler yararlanıcılarının kullandıkları hizmet konusunda yetkin olmamaları nedeniyle hizmet yararlanıcıları tarafından denetlenemeyen kurumlardır. Bu noktada hastanelerin önemli özellikleri ayrıca, birer hizmet organizasyonu olarak tanımlanmasından da anlaşılacağı üzere, bir organizasyon olarak taşıdığı niteliklerde toplanmaktadır. Organizasyon kavramı "resmi rolleri yerine getiren veya ortak bir amacı güden iki veya daha fazla kişi ya da sistematik olarak düzenlenmiş hali" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre organizasyonlar 'amaç ve misyon', 'insanlardan oluşma', 'resmi rolleri belirleyen sistematik bir yapı' olmak üzere üç ortak özelliği bünyelerinde taşımaktadırlar. Hastanelerin karmaşık yapıda bir organizasyona sahip olmaları da onu aynı büyüklüğü sahip diğer organizasyonlardan ayıran bir özelliktir. Bu durumun nedenleri şu şekilde özetlenebilmektedir.

-Hastane dışında, söz konusu organizasyonu etkileyen unsurların diğer bir deyişle hastane çevresinin karmaşık oluşu onun karmaşık bir yapıya sahip olmasındaki önemli etkenlerdendir.(mesleki örgütler, kamu kuruluşları veya sigorta şirketleri gibi)

-Yine hastane çevresi olarak adlandırılan alanın, hastaların çeşitliliği ve hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizliğin neden olduğu karmaşaya sahip olması da diğer bir neden olarak belirtilmektedir.

-Yapısal karmaşayı etkileyen aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma da özellikle belirtilmesi gereken bir konu olmaktadır.

-Hastanelerde kullanılan karmaşık teknolojiler de ayrıca onun karmaşık yapısını etkileyen faktörlerden sayılmaktadır. Bu teknolojiler aşırı uzmanlaşmayı da beraberinde getirmektedir (1).

Bir organizasyon olarak hastanelerin diğer bir özelliği, onun matriks yapıda faaliyet göstermesidir. Yapılacak bir gruplandırma da "fonksiyon ve mal (hizmet) esaslı birlikte alındığında ortaya çıkan yapı" olarak tanımlanan matriks yapıda, biri fonksiyonel yönetici diğeri de proje yöneticisi olarak tanımlanan iki tür yönetici bulunmaktadır. Fonksiyonel yönetici gruplandırılmış faaliyetlerin yani söz konusu olacak olan bölümün yönetimini devam ettiren idareciyi ifade etmesine karşın proje yöneticisi, "belirli bir malın (veya hizmetin) üretilmesiyle ilgili her türlü faaliyetin planlanması,

organizasyonu ve yürütülmesi sorumluluğunu üstlenmiş idarecidir." Fonksiyonel yönetici işi kimin yapacağı, nerede ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı gibi sorular ile ilgilenirken proje yöneticisi neyin ne zaman yapılacağı ve neden yapılması konuları üzerinde çalışmaktadır.

Hastanelerin Fonksiyonları

Tıbbi Fonksiyonları: Hastaneler ihtiyacı olan kişilere tıbbi tedavi, teşhis, gözlem, rehabilitasyon, klinik, poliklinik, ameliyathane hizmetlerini sunmaktadır.

İdari Fonksiyon: Hastanelerin aynı tıbbi hizmet sunan birer kurum olmalarından kaynaklanan kurumsal birtakım hizmetleri kapsamaktadır. Hastane bünyesindeki tüm yönetim ve organizasyon faaliyetleri; personel ile ilgili sorumluluklar, planlama, örgütleme, kadrolama, icra, uyumlaştırma, maaş, izin, terfi, disiplin, kayıt ve dokümantasyon işleri hastanenin idari fonksiyonları ile ilgilidir.

Mali Fonksiyonlar: Malzeme, araç-gereç, yiyecek, giyim, yakacak vb. maddelerin satın alınması ve personel ile ilişkili ödemelerin yapılması gibi tüm gelir-gider yönetimini ilgilendiren hususlar bu kapsama girmektedir.

Eğitim ve Araştırma: Hastane personelinin hizmetiçi eğitimi, hasta veya yakınlarının eğitimi ile öğrencilerin eğitimi ve kamuoyunun sağlık kapsamında bilgilendirilmesi hastanelerin eğitim fonksiyonlarındandır. Aynı zamanda gerek kliniklerde, laboratuvarlarda, ameliyathanelerde ve araştırma sahalarında yapılan her türlü çalışma hastanelerin araştırma-geliştirme fonksiyonlarına girmektedir.

Teknik Fonksiyonlar ve Otelcilik Fonksiyonu: Hastane içerisindeki hastaların tedavi süresince barınmalarını kapsayan otelcilik fonksiyonu aynı zamanda hastaların iyi ağırlanması ve rahat ettirilmesine hizmet etmektedir. Teknik fonksiyonlar ise hastanelerin makine, cihaz, tesisat, bina, havalandırma, mutfak vb. işlerini içermektedir.

Sosyal Fonksiyonlar: Sosyal hizmetler uzmanı, halkla ilişkiler görevlileri ve varsa gönüllüler grubu tarafından yürütülen sosyal sorumluluklardır (1).

2.1. Türkiye de ve Dünyada Hastane İşletmeleri

"Hastanenin kelime anlamı, hasta ve yaralı insanların tedavi edildiği kurumlardır. Diğer bir tanıma göre hastane doktorların ve hemşirelerin eğitimleri için hasta ve yaralı insanların tedavi edildiği müesseselerdir. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde hastaneleri; hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar şeklinde tanımlanmaktadır (2)."

"Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri, "müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırabilecek sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar" şeklinde tanımlamıştır (3)."

En geniş ifade ile "hastane, her türlü sağlık hizmetinin ekonomik ve kesintisiz olarak üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, kar gözetmeyen, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip faydalı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık, pahalı ve kendine has bir takım özellikler gösteren bir hizmet işletmesi çeşididir (2)."

"Hastane işletmeleri, dinamik bir çevrede açık sistem özelliği göstererek faaliyetlerini sürdürürler. Bundan dolayı hastaneler sistem yaklaşımına göre de tanımlanmaktadır. Böyle bir tanıma göre hastaneler, "dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını gene aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir (4)."

Günümüz toplumunda hastaneler, iki önemli yere sahiptir. Birincisi hastanelerde tedavi edici ve koruyucu olmak üzere iki çeşit sağlık hizmeti verilmesidir. Sağlıklı yaşam sürmek her insanın gereksinimidir ve insanların sağlıklı hayat sürmelerinde hastaneler önemli role sahiptir. Nüfus artışı kentleşme, sanayileşme, sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesi gibi değişik nedenlerle birlikte, kişilerde bilinç seviyesi yükseldikçe hastanelerin bu rolünün daha da artması kaçınılmazdır. Bunun nedeni, en gelişmiş tıbbi teknolojiden ve laboratuvar olanaklarından faydalanarak tedavi olmak, düzenli hemşirelik bakımı almak, ancak hastanelerde sağlanabilmektedir. Hastaneleri mühim hale getiren diğer sebep, sunulan hizmetin maliyetinin çok yüksek olmasıdır. Hastane

maliyetlerinin yüksek olmasının sebebi, kullanılan malzeme fiyatları ile çalıştırılan personelin ücretlerinin diğer sektörlere göre daha fazla yüksek olmasıdır (3).

"Tıp bilimi ve tıbbi teknolojinin ilerlemesi, hemşirelik hizmetlerinin gelişmesi ve meslekleşmesi, tıp eğitimindeki gelişmeler, sağlık sigortasının yaygınlaşmaya başlamasıyla birlikte bugünün modern hastaneleri ortaya çıkmıştır. Modern hastane, genel veya özel, büyük veya küçük, dünün veya bugünün olsun herhangi bir sağlık kurumunun sahip olduğu olanakları en iyi şekilde kullanabilmiş, en iyi kurallara dayanabilmiş modern bir kurum olarak değerlendirilebilir. Modern hastane, görev ve sorumlulukları oldukça ileri olan bir sosyal müessesedir (3)."

Hastane işletmeleri birer hizmet organizasyonu olup çeşitli amaçları bulunmaktadır. Bu amaçların en temeli sağlık hizmeti sunmaktır. Sağlık hizmeti sunmak dışındaki amaçlarını şu şekilde sıralayabiliriz:

- Tıbbi gözlem, tetkik, teşhis, dahili ve cerrahi tedavi rehabilitasyon ve doğum hizmetleri gibi tedavi hizmetlerini üretmek ve ihtiyaç sahiplerine sunmak,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma, tarama ve bağışıklama gibi sağlık hizmetlerini üretmek ve ihtiyaç sahiplerine ulaştırmak,
- Çevre sağlığı ile ilgili araştırma ve çevre sağlığı şartlarının iyileştirilmesi için hizmet faaliyetlerini yerine getirmek,
- Verimlilik ve etkililik ilkelerine göre ürettiği tüm sağlık hizmetlerini, ihtiyaç sahiplerine kaliteli ve düşük maliyetli bir biçimde sunmak,
- Sağlık hizmetleri ile ilgili araştırma ve eğitim faaliyetlerini yürütmek, buna her türlü imkan ve ortamı sağlamak,"

Hastane İşletmelerinin Özellikleri

"Hastane işletmeleri sağlık hizmetini çok farklı meslek gruplarıyla üreten kompleks yapıda organizasyonlardır. Bu organizasyonlarının birçok özelliği bulunmaktadır." Bunlar:

1) Hizmet organizasyon özelliği: "Hastaneler hastaların tedavi görmeleri amacına dayalı olarak varlıklarını sürdürmektedirler. Çünkü gerek hastanelerde; gerekse diğer

organizasyonlarda, organizasyonun hayatını sürdürebilmesi, birinci derece çıkarlarına hizmet ettiği kişilere yararlı olmaya devam etmesine bağlıdır."

2) Karmaşık Yapıda - Açık Dinamik Sistemlerdir: Hastanelerin kompleks yapıda olma özellikleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- "Hastanedeki aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma, yapısal, karmaşıklığa yol açan nedenlerden bir başkasıdır. Özellikle 20. yüzyılda tıpta ve teknolojide görülen büyük ilerlemeler yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ve tıpta ihtisaslaşmaya yol açmıştır. Bu gelişmelerin hastaneye yansması hastanede hem personel, hem de hizmet birimleri sayısının hızla artmasına neden olmuştur (2)."

- "Hastanedeki karmaşıklığın diğer bir sebebi ise kullanılan teknolojinin karmaşık oluşudur. Tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi sonucu, teşhis ve tedavide kullanılan cihazlar, hem sayı olarak artmış hem de yalnızca uzmanların kullanabileceği bir özellik kazanmıştır."

3) Matriks Yapıda Organizasyonlardır: "Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardan biridir. Hastanede faaliyetlerin tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri şeklinde gruplandırılması fonksiyonel örgütlenmeyi ifade etmektedir."

4) 7/24 Hizmet Veren İşletmelerdir: "Tedavi ihtiyacıyla hastaneye başvuran insanların tedavisi reddedilemez özelliğe sahiptir. Diğer taraftan yoğun bakım üniteleri başta olmak üzere, acil servis ve kliniklerde bir kısım hastanın sürekli gözetim altında tutulması gerekmektedir. Bu nedenlerden dolayı hastaneler 7/24 hizmet sunmak zorunda olan işletmelerdir (2)."

"Hastaneler sundukları hizmeti türlerine göre de sınıflandırılır. Her çeşit hastalığın tedavisini üstlenen genel hastaneler, daha çok kısa süreli bakım gerektiren akut hastalıklar üzerinde yoğunlaşır. Küçük bir genel hastanede yatak sayısı genellikle 200 civarı dolayındadır. Bu hastanelerde örgütlü bir hekim, hemşire ve hasta bakıcı kadrosu ile tanı ve tedavi cihazlarına ek olarak laboratuvarlar, eczane, röntgen ve fizik tedavi birimleri, poliklinik ve acil servis bulunabilir. Daha büyük hastanelerde diş hastalıkları ve prematüre bebekler için özel servislerden organ bankasına, böbrek diyaliz ve yoğun bakım birimlerine kadar daha başka servislerde bulunabilir. Genel hastanelerin kompleks yapısı, II. Dünya Savaşı'ndan sonra, laboratuvar tekniklerinde, ameliyat yöntemlerinde, radyoterapi ve fizik tedavi alanlarında elde edilen gelişmeleri ve

ilerlemeyi yansıtır. Hastane hizmetleri, tıp uzmanlık alanlarına göre ayrılmış servis ya da kliniklerden başka, hasta bakımı, temizlik, teknik işler, saymanlık, eczane, patoloji, röntgen ve arşiv olmak üzere çeşitli bölümlere ayrılmıştır. Hastane yönetiminden başhekim, yönetim müdürü ve başhemşire ile servis şefleri sorumludur."

Dünyanın her yanında bir hastalık ya da hasta türü üzerinde uzmanlaşmış hastanelerde vardır. 1880-1940 arasında verem hastaneleri hastaların yatarak dinlenmesini, özel beslenmelerini, temiz hava almalarını sağlayan ve hastanın iyileşebilmek için iki yıldan fazla kalması gereken kuruluşlardı. Göğüs cerrahisi ve röntgenle tanı tekniklerindeki gelişmeler ve antibiyotik kullanımı, bugün veremi özel hastanelerde tedavi edilmesi gereken bir hastalık olmaktan çıkarmıştır. Cüzamın bir hastalık olduğu düşüncesi, yüzyıllar boyunca cüzamlı hastaların toplumdan tecrit edilmesine yol açmıştı. 14.yy'da Fransa'da cüzamlılar için 7 bin dolayında ev vardı; İngiltere'deki ilk hastaneler de cüzamlılar için kurulmuştu. Bugün cüzamlıların tecrit edilmesinin lüzumsuz olduğu anlaşılmış, hastalık erken dönemlerde ilaçla tedavi edilmeye başlamıştır. Uzmanlaşmış başka tedavi kurumlarının arasında psikiyatri hastaneleri, doğumevleri, çocuk hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, geriatri hastaneleri ve göğüs hastalıkları hastaneleri sayılabilir (5).

"Ülkelerin gelişmiş sayılabilmesi için mutlaka sağlığa yeterli yatırımları yapması gerektiği birçok kurum, kuruluş ve kişilerce dile getirilmektedir. Dünyadaki sağlık sistemlerinin ortak sorunları vardır ve acil önlem alınmazsa ülkelerin gittikçe sağlık sorunları ve yoksulluk altında ezileceği belirtilmektedir. Ortak sorunların başlıcaları arasında kaynakların yanlış tahsisi, hizmetlerde hakkaniyetin sağlanamaması, hizmetlerdeki büyük verimsizlik ve maliyet artışlarının gün geçtikçe gelir artışlarına oranla daha fazla olması gelmektedir. Gelişmiş ülkelerin planlamacıları bile sağlık hizmetlerindeki bu ağır tablodan ürkmekte ve önlem almakta çok acele edilmesi gerektiğinde ısrar etmektedir."

Çözüm önerilerine bakıldığında, hepsinin ortak bir görüşte birleştiği görülmektedir. Klasik tedavi edici ve doktor-hemşire ikilisinin baskın rolü ile yürütülen sistemler bugün için geçerliliğini yitirmiş durumdadır. Sağlık hizmetlerinde doktor ve hemşirelere ek olarak yepyeni farklı meslekler ortaya çıkmıştır ve gelişmiş ülkelerde bu yeni meslekler sistemin yürütmesinde mühim işlevleri yerine getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık mesleklerini 29 başlık altında toplamıştır. Sağlık hizmetlerinin

sorunlarının çözümünde yer alacak insan gücünün yalnızca Tıp veya Hemşirelik bilgileriyle donanmış olmasının yeterli olmadığı görülmektedir. Bugün artık Sağlık Ekonomisi, Finans Yönetimi, İnsan Kaynakları Yönetimi, Kalite Yönetimi, Sağlık Mevzuatı ve Hukuku, Sağlık İşletmelerinde Pazarlama, Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hukuku gibi konularda eğitim almamış insanlarla bu eğitimi almış insanların arasındaki fark hiç tartışmasız kabul edilmektedir.

"Bütün bu gerçekler gelişmiş ülkelerde anlaşıldığından beri bu ülkeler var olan sistemlerinde geniş boyutlu reformlara girişmişler ve bu sayede harcamalarında önemli tasarruflar elde etmişlerdir. Sağlık hizmetlerinde doktor, hemşire gibi kliniğe odaklanmış meslek gruplarının önemi yadsınamaz. Ancak bunların yeterli sayıda ve istenilen kalitede var olması ülke problemlerinin çözümüne yeterli olmamaktadır. Çünkü problemlerin büyük bir bölümü yanlış yönetimden kaynaklanarak karşımıza çıkmaktadır (6)."

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1996 yılında Kopenhag'da yayımlanan European Health Care Reforms-Analysis of Current Situation isimli raporunda Sağlık Reformu için şu açıklamalar yapılmaktadır: *"Eğitimin rolü, özellikle de derinlemesine yönetim eğitiminden geçmiş kişilerin sayısı ve ayrıca uyum sağlık enformasyon sisteminin yerleştirilmesi, mevcut sağlık sisteminin durumu ile birlikte sağlık reformlarının etkili ve başarılı olmasında en büyük pay sahibidir."*

Sağlık yöneticiliği bütün dünyada oldukça yeni bir meslektir ve bu mesleğin en gelişmiş dalı hastane yöneticiliğidir. Sağlık yönetimi alanında ilk eğitim programları "Hastane Yöneticiliği" adıyla başlatılmıştır. Günümüzde hastane yöneticileri, kıt kaynaklar ile çok hızlı bir şekilde ilerleyen teknoloji ve tüketici hareketlerinin baskısı altında çok büyük bir bütçenin sorumluluğunu taşımakta ve çok farklı alanlardan profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı hizmet personelinin uyumunu sağlamak üzere son derece kompleks bir kurumu işletmek durumunda kalmaktadır. Amerika'da 1910 yılında başlayan sağlık yöneticiliği eğitimi serüveni özellikle son yirmi yılda yeniden şekillenmiş ve gereksinimlere uygun hale gelmiştir.

"Ülkemizde sağlık hizmetleri yıllardır hekim-hemşire ağırlıklı ve hastane-muayenehane merkezli hizmetlerdir. Her türlü insan gücü sayısal olarak azdır ve denge hekimler lehine bozulmuştur. Ülkemizin gelişmişlik düzeyine göre çok kötü sağlık göstergelerine sahip olduğu bilinen bir gerçektir. Örneğin doğumda beklenen yaşam süresi ortalama 67

yıldır ve bu süre gelişmiş ülkelerin ortalamasının en az 10 yıl gerisinde bulunmaktadır. Bebek ölüm hızı ise en iyimser hesaplamalara göre binde 42 olarak bulunmuştur ve bu hız gelişmiş ülkelerin hızından (örneğin Japonya da binde 5) 10 kat daha yüksektir. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) elemanlarınca 1995 yılında yayımlanan raporda Türkiye'nin dünya sıralamasında kişi başına düşen gayri safi milli hasıla bakımından 69. sırada; hastalıklar ve sağlık sorunları sıralamasında ise 91 sırada yer aldığı belirtilmekte ve aradaki farka dikkat çekilmektedir."

"Hekim dışı sağlık personelinin sayısal azlığı bir yana, bazı sağlık mesleklerinin ülkemizde hiç bulunmadığı görülmektedir. Var olan eğitim sisteminde de bir karmaşa gözlenmektedir. Sonuçta elimizdeki sisteme bakıldığında bunun merkeziyetçi, sorun çözücü yönetim çok geleneksel idareci zihniyetiyle, katı sistem kuralları içinde, karar alma yetkisini uygun sorumluluk düzeylerine devretme uygulamasının hiç olmadığı, standartların konulmadığı ve izlemin yapılamadığı, görevlendirmelerin formal maharetlere göre yapıldığı ve takım çalışması anlayışının hiç olmadığı bir sistem olduğu görülmektedir (6)."

Türkiye'de sağlık hizmetleri, hizmet arzı ve talep açısından önemli bir çeşitlilik göstermektedir. Kamu ve özel sektör, aynı zamanda sağlık hizmetleri sunumunda da faaldir. Toplam sağlık giderlerinin gayrisafi milli hasıla içindeki oranı 1998'de % 4,8 iken 1992'de % 3,8'dir. Kamunun toplam sağlık harcamalarındaki payı % 72, özel sektör için % 28'dir. Bu toplam giderin %72'si vergiler, varlıklar ve sigorta primleri tarafından finanse edilirken, % 28'i ortak ödemeler gibi doğrudan ödemelerle finanse edilmektedir. Üç önemli halk sağlayıcı, Sağlık Bakanlığı (SB), Sosyal Sigorta Kurumu (SSK) ve Üniversiteler aracılığıyla Üniversite hastaneleridir. Bu bazı kamu bakanlıklarına ek olarak, bazı devlet teşebbüsleri ve belediyeler de sağlık hizmetleri sunmaktadır. Kamu sektörü, Türkiye'de hastane kapasitesinin % 92'sini oluşturuyor. Sağlık Bakanlığı (SB), Sosyal Sigorta Kurumu (SSK) ve Üniversiteler, yatarak tedavi gören hastanelerin bakım hizmetlerinin başlıca sağlayıcılarıdır.

Merkez düzeyinde Sağlık Bakanlığı (SB), sektörel politika oluşturma, ulusal sağlık stratejilerinin uygulanması ve sağlık hizmetlerinin sağlanması için önemli bir devlet kurumudur. Sağlık Bakanlığı, birinci basamak, ortaöğretim ve hasta ayakta bakımı konusunda uzmanlaşmış geniş bir sağlık kuruluşları ağı işletmektedir. Sağlık bakanlığı, aynı zamanda birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin büyük sağlayıcısıdır ve temel

olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin tek sağlayıcısıdır. Sağlık Bakanlığı (SB) hastaneleri tüm hastanelerin yataklarının % 48'ini ve ayakta tedavi ziyaretlerinin yarısından fazlasını oluşturmaktadır ayrıca yapılan harcamaların ana finansman kaynakları, vergi kaynaklı genel bütçeden oluşmaktadır. İkincil bir finansman kaynağı, hastanelerin döner sermayeleridir. Sağlık Bakanlığı (SB) kaynaklarının birçoğu hastane hizmetlerinin finansmanı için kullanılmaktadır. Ülkemizde yeterli ve düzenli hasta nakil sistemi olmadığı için hastalar hastanelerdeki her çeşit sağlık hizmetini istemektedir.

Özel poliklinik hizmetleri beş farklı ortamda sağlanmaktadır;

- i) özel sektörde tam zamanlı olarak çalışan özel doktorlar,
- ii) özel sektörde yarı zamanlı çalışan kamu doktorları,
- iii) özel poliklinikler ve tıbbi merkezler,
- iv) özel hizmetler,
- v) Elli veya daha çok çalışanı olan özel şirketler tarafından yürütölen sözde iş hekimleri tarafından sağlanan sağlık hizmetleri.

Öte yandan, Türkiye'de kamuya açık olmayan hastaneler, özel hastaneler (Türk vatandaşlarının sahip olduğu ve kurum olarak kurulan hastaneler), vakıf hastaneleri, etnik azınlıklara ait hastaneler ve yabancılar tarafından hastaneler olmak üzere dört kategoriye ayrılmıştır. Özel hastaneler, kamu hastaneleri arasında baskın bir grup olup, kamu olmayan hastanelerin % 82'sini oluşturmaktadır. Böyle bir organizasyon yapısına sahip özel sektörde giderlerin % 16'sı hastane giderlerini, yaklaşık % 56'sı doktor, diş hekimi ve tıbbi laboratuvar giderlerini, % 28'i ilaç giderlerini oluşturmaktadır. Türk sağlık sisteminin en önemli sorunu, sağlık sektörünün Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'dan (GSYİH) payının gelişmiş ölkelerle karşılaştırıldığında çok düşük olmasıdır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sağlanması hala yetersiz kalmaktadır. Kaynak yetersizliğinin yanı sıra, sağlık harcamalarının çoğunun hastane masrafları için kullanılması ve yetersiz kullanımı dikkat edilmesi gereken diğer bazı sorunlardır. Örneğin hastanelerde yatak doluluk oranı yaklaşık % 55-60 civarındadır. Hasta nakil sistemi yeterli düzeyde kurulmadığından hastane giderleri artar. Bu nedenle tüm sağlık hizmetleri sistemini ve hastaneler gibi önemli sağlık birimlerini analiz eden çalışmalar ve bu çalışmaların sonuçları sağlık planlamacıları için büyük önem arz etmektedir (7).

2.1.1. Türkiye de Hastane Hizmetlerinin Tarihçesi

Milattan sonra 7. yüzyılda İslamiyet'in ortaya çıkışı ile birlikte hastane anlayışında ve sayısında ciddi bir değişim gözlenmiştir. Hz. Muhammed döneminde kurulan hastaneler o döneme göre çok gelişmiş ve donanımlı örnekleri oluşturmaktadır. Aynı dönemde akli hastaları için yapılan bakımevleri, on asır sonra Avrupa da görülecek olan akıl hastanelerinin ilk örnekleridir. İslamiyet'in gelişmeye başladığı dönemdeki hekimler tıbbi uygulamaların yansira farmakoloji ve kimya da bilmek zorunda olan hekimlerdir. Orta çağa gelindiğinde İslam dünyasındaki hastaneciliğin en önemli örneklerine Kahire, Bağdat ve Şam'da rastlanmaktadır. Bu hastanelerde farklı semptomlar olan hastaların birbirinden ayrıldığı, ağır vakalar ile iyileşme dönemindeki hastaların farklı bölümlere yatırıldığı, hastalar hakkında detaylı kayıtların tutulduğu ve bu kayıtlardan hekimlerin eğitimi amacıyla yararlandığı bilinmektedir (8).

"İslam toplumunun ilk hastanesi, Akkavi'nin tespitine göre Emevilerin başkenti Dimaşk'ta bulunan ve Muaviye döneminde yaptırılmış olan el-Bimaristanü's-Sağir'dir. Ancak bazı hadis rivayetlerine dayanarak, Hz. Peygamber döneminde yaşayan Rûfeyde adlı bir kadının çadırından, sağlık çadırı olarak bahsedilmekte ve İslam toplumunun ilk sağlık kuruluşu olarak bu çadır kabul edilmektedir (9)."

"Türklerin ilk kurduğu sağlık kuruluşu, 1206 yılındaki Kayseri'deki Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesidir. Aynı yüzyılda Selçuklular tarafından, Sivas, Divriği, Kastamonu, Aksaray, Mardin, Konya, Erzincan, Akşehir, Amasya, Çankırı ve Erzurum'da hastaneler kurulmuştur. Osmanlı döneminde, merkezde hekimbaşılar, taşrada ise darüşşifa denilen hastaneler ilgiyi üzerine çekmektedir. Seretıbbı-i Sultani denilen ve halkın kısaca hekimbaşı olarak adlandırdığı hekim, sarayın olduğu kadar tüm ülkenin sağlık işlerinden de sorumlu olup bugünkü sağlık bakanı ile eşdeğerti. Hekimbaşılık bazı kayıtlara göre II. Murat zamanında (1404-1451), kanıtlayıcı belgelere göre ise Fatih döneminde (1432-1481) kurulmuştur. Hekimbaşılık 380 yıl sürmüş ve bu süre içerisinde 46 hekimbaşı görev yapmıştır. İlk hekimbaşı Kutbettin, son hekimbaşı ise II. Mahmut döneminde Abdulhak Molla'dır. 1849'da hekimbaşılık kaldırılarak, sağlık işlerini yürütmek üzere Mekteb-i Tıbbiye Nezareti (Tıp Okulu Bakanlığı) kurulmuştur. Hekimbaşılık döneminde sağlık hizmetleri ücret karşılığı hasta bakan hekimler ve cerrahlar ile Darüşşifa adı sunulan vakıf hastaneleri tarafından

yürütülmekte idi. Osmanlılar, Selçuklulardan devraldıkları darüşşifaları vakfiyeleri ile birlikte kabul ederek işletmişler, kendileri taht şehirleri dışında (Edirne, Bursa ve İstanbul) dışında pek az hastane kurmuşlardır (10)."

Osmanlılarca yaptırılan ilk hastane Bursa'daki Darüşşifası'dır (1400). II.Beyazid'in yaptırdığı külliyeinin içinde yer alan bu kurumda darültıb adı sunulan ve tıp eğitimi yapılan bir dershanede bulunuyordu. II. Mehmed'in (Fatih) İstanbul'da yaptırdığı külliyyede yer alan Fatih Darüşşifası (1470), açıldığı tarihte Avrupa'daki en büyük hastanelerden biriydi. Yataklı tedavinin yanında poliklinik hizmetleri de veren bu kuruluş, İstanbul Tıp Fakültesinin çekirdeği olarak kabul edilir. Ortadaki avluyu dört bir tarafından çeviren revaklarla bunların arkasında yan yana sıralanan hücrelerden oluşan medrese planına göre yapılan ve genellikle bir külliyeinin içinde yer alan Osmanlı darüşşifaları, sağlık hizmeti sunmaktan başka usta çırak ilişkisi içinde hekimde yetiştirirdi (5).

On yedinci Yüzyıl

On yedinci yüzyıl tıpta mühim gelişmelerin olduğu bir yüzyıl olması nedeniyle hastanecilik bu yüzyılda önem kazanmış ve şekil değiştirmeye başlamıştır. Kan dolaşımına ait fizyolojik gerçeklerin bulunduğu, mikroskobun keşfedildiği bu dönemde bilimsel çalışmalar spekülasyonlardan, deneyselliğe doğru yer değiştirmiştir. Hastanelerin mülkiyeti ve sorumluluğu ise hem Amerika'da hem de Avrupa'da dini kuruluşlardan devlet ve yerel yönetim kuruluşlarına doğru kayma göstermiştir (8).

On sekizinci Yüzyıl

On sekizinci yüzyılda hastane sayısında hızlı bir artış olmuş, bir önceki yüzyılın keşiflerinin de etkisiyle teknolojinin çok kullanılmaya başlandığı, hekimlerin daha çok zaman geçirdiği mekanlar haline gelmeye başlamıştır. Bu yüzyılın en mühim bilimsel gelişmesi aşının bulunmasıdır (8).

On dokuzuncu Yüzyıl

Modern tıbbın başladığı yüzyıl olarak kabul edilen on dokuzuncu yüzyıl hastanecilik anlayışında bir dönüm noktası sayılır. Sanayi devrimi ve hızlı kentleşmenin gerçekleştiği bu yüzyılda çalışma hayatının getirdiği iş kazaları gibi sağlık sorunları ile toplu yaşamının kolaylaştırdığı bulaşıcı hastalık salgınları hastanelerin artmasına ve sağlık hizmetleri açısından önem kazanmasına neden olmuştur.

Florence Nighingale'in hasta bakımına getirdiği yenilikler ve hemşirelik mesleğinin ortaya çıkması Louis Pasteur'un mikrobiyolojik buluşları, anestezinin keşfi, sterilizasyonun öneminin kavranması bu dönemi önemli yapan başlıca olaylardır. Tüm bu gelişmeler modern hastaneciliğin temelini atılmasını sağlamıştır. Kadınların uzun mücadelelerden sonra ilk kez hekimliğe kabul edilmeleri de bu döneme denk gelmektedir (8).

"Osmanlı Devleti'nde 19.yy başlayan değişikliklerle ortaya çıkan pek çok yeni kurum arasında askeri ve sivil hastanelerde vardı. III. Selim'in orduyu çağdaştırma çabaları kapsamında kurulan askeri hastanelerin ilki Zeytinburnu Askeri Hastanesi'dir (1874). 19.yy'da açılanların en önemlileri ise Taksim Topçu Hastanesi (1809), Mekteb-i Harbiye Hastanesi (1834), Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane Hastanesi (1839), Haydar Paşa Askeri Hastanesi (1845) ve Gümüşsuyu Askeri Hastanesi'ydü (1846). 1877-78 Osmanlı-Rus Savaşı sırasında Plevne ve Erzurum gibi bölgelerde geçici hastaneler kuruldu. Savaştan sonra ordunun hızla geri çekilmesi nedeniyle İstanbul'a yığılan asker ve göçmenlerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere de hastaneler yaptırıldı. 19.yy'da kurulan sivil hastanelerin başında, sarayda yaşayanlara sağlık hizmeti sunmak için Topkapı Sarayı'nda yaptırılan Mabeyn Hastanesi (1834) gelir. Bunu Edirnekapı'da Mihrimah Sultan Medresesi'nde kurulan Gariplere ve Bekarlara Mahsus Hastane (1837), Yenibahçe'deki Bezmialem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi (1845), hastane olarak yaptırılıp sonradan doğumevi haline getirilen Zeynep Kamil Hastanesi (1862), Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Tıbbiye) Hastanesi (1893), Darülaceze Hastanesi (1895), ilk çocuk hastanesi olan Hamidiye Etfal Hastane-i Alisi (1899) izledi (5)."

Yirminci Yüzyıl

Yirminci yüzyıl modern hastaneciliğin yaygınlaştığı ve geliştiği bir dönemdir. Bu dönem 19. yüzyılda koğuş şeklinde olan hasta yatakları özel ya da yarı özel odalar, mekanlar şeklinde düzenlenmeye başlamış, hastaneler çevredeki halka hizmet etmenin yanı sıra sağlık personelinin uygulamalı eğitiminin yapıldığı, hizmet içi eğitim ve sürekli eğitim faaliyetlerinin yürütüldüğü, tıbbi araştırmaların gerçekleştirildiği mekanlar haline gelmeye başlamıştır (8).

"20.yy ilk çeyreğinde de Cerrahpaşa Hastanesi (1910), Haydarpaşa İntaniye Hastanesi (1924) ve ilk verem hastanesi olan Heybeliada Sanatoryumu (1924) kuruldu. Bunların yanı sıra İstanbul'daki azınlıkların kurduğu Alman Hastanesi, Fransız Pasteur ve La Paix hastaneleri gibi özel hastanelerde vardı. Türkiye'deki hastanelerin çoğu devlete ve belediyelere bağlıdır. Bunların arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ve doğumevleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri. Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı askeri hastaneler, ayrıca Sümerbank, PTT, TCDD gibi kuruluşlara bağlı hastaneler ile tıp fakültelerinin hastaneleri söylenebilir. Özellikle nüfusun sürekli artış gösterdiği büyük kentlerde yoğunlaşan özel hastaneler de Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenir (5)."

1920-1938 Dönemi Türk Sağlık Sistemi

"Bu dönemde, sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesi ve uygulanmasını hedef alan birçok yasal düzenleme gerçekleştirilmiştir. Bu düzenlemelerin hedefleri, savaş sonrası sorunların çözülmesi, sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından desteklenmesi, merkezden başlayarak köylere kadar ulaşan organizasyonların oluşturulması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması şeklinde sıralanabilir. Koruyucu halk sağlığı programlarının özellikle tüberküloz, sıtma ve cüzzam gibi bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelikti (11)."

Bu dönemde çıkan yasalar bazı değişikliklere uğramakla birlikte, bugünde hala yürürlüktedir;

i) 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu,

ii) 1927 tarih ve 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu,

- iii) 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
- iv) 1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- v) 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
- vi) 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radium ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanunu
- çeşitli değişikliklere uğramakla birlikte günümüz mevzuatı içinde yerlerini hala korumaktadır (11).

1939-1960 Dönemi Türk Sağlık Sistemi

"Bu dönemde merkezi yapı kuvvetlendirici ve sosyal içerikli politikalar geliştirilmeye yönelik yasal düzenlemeler ve uygulamalar yapılmıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan sıtma, suçiçeği, sifilis ve cüzzam ile mücadele etmek için "Olağandışı Sıtma Savaş Kanunu Yasası" çıkarılmış ve hastalığa yönelik dikey örgütsel yapılar geliştirilmiştir. İl Özel İdareleri ve yerel yetkililer tarafından sağlanan hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Sigortalar Kurumu'nun da temellerini atan İş Güvenliği Yasası çıkarılmış ve hizmet ile istihdam alanındaki SB tekeli ortadan kaldırılmıştır. Bunların yanı sıra, sağlık ocaklarının sayısı da hızla artmıştır."

Bu dönemde yapılan yasalardan birçoğu hala yürürlüktedir ve sağlık örgütlenmemizin temelini hala bu yasalar oluşturmaktadır; Örneğin;

- i) Optisyenlik ve Optisyenler Yasası (Yıl 1940, Sayı 3958)
- ii) Türk Tabipler Birliği Yasası (Yıl 1953, Sayı 6023) 73
- iii) Eczacılar ve Eczaneler Yasası (Yıl 1953, Sayı 6197)
- iv) Hemşirelik Yasası (Yıl 1954, Sayı 6283)
- v) Türk Eczacılar Birliği Yasası (Yıl 1956, Sayı 6643) bu yasalardan bazılarıdır.

1961-1980 Dönemi Türk Sağlık Sistemi

"1961 yılında, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 sayılı) kabul edilmiştir. 1980 yılına kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir. Bu kanun, Türkiye’de ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasına zemin hazırlamıştır. Dikey örgütlenmeler azaltılarak farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar sağlık ocakları bünyesinde entegre hale getirilmiştir. Sosyalleştirme pilot uygulamalarda başlamış ve bu kapsamda doktorların serbest olarak çalışması engellenmiştir. Bu dönemde 1960 sonrası planlı döneme geçilmiş ve beş yıllık kalkınma planları bu tarihten itibaren sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli unsur haline gelmiştir. 1963 yılında, ilk kez, beş yıllık kalkınma planında sağlığa yer verilmiştir." Sağlık sektörüne yönelik ilk beş yıllık kalkınma planının hedefleri şunlardı:

- i) Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi,
- ii) SB aracılığıyla halk sağlığı hizmetleri sunulması
- iii) Sağlık personelinin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması,
- iv) Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi,
- v) Ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi,
- vi) Özel hastanelerin kurulmasının desteklenmesi,
- vii) Genel Sağlık Sigortası’nın (GSS) kurulması,
- viii) Devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması. Daha sonra, genel sağlık sigortası düşüncesini destekleyen GSS Yasası taslak olarak hazırlanmıştır; bu yasa ancak 1971’de TBMM’ye sunulabilmiş, lakin kabul edilmemiştir. 1974 yılında yasa tekrar Meclis’e sunulmuş; ancak hiçbir zaman görüşülmemiştir.

1981-Günümüze Dönemi Türk Sağlık Sistemi

1982 Anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 Anayasası’na göre paralel düzenlemeler içermektedir. 60. maddesi herkesin Sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini içerir. Genel Sağlık Sigortası’nın (GSS) kurulabilir ifadesi 1982 Anayasanın 56. maddesinde yer almıştır. Bu dönem,

1961’de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi çabalarına şahit olmuştur. Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla birlikte Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) 1987’de tekrar gündeme gelmiş fakat bu husustaki düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl sağlık hizmetleri temel kanunu çıkarılmıştır. 1992 yılında düzenlenen Birinci Ulusal Sağlık Kongresi’nde, Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasının başlatılması konusu yeniden ele alınmış; ama herhangi bir ilerleme kaydedilememiştir. Ancak, aynı yıl, Yeşil Kart programının başlatılması ile beraber, sigortasız nüfusun sağlık harcamalarının karşılanmasının artırılması konusunda çok mühim bir gelişme meydana gelmiştir. 2003 yılında, sağlık sisteminin durumu önceki dönemlerde meydana gelen gelişmeleri yansıtmaktaydı. Söz konusu sağlık sistemi, topluma sınırlı ücretsiz sağlık hizmetleri sunan ulusal bir sağlık hizmeti ve kayıtlı sektördeki nüfusun farklı kesimlerini kapsayan bir sosyal sigorta sistemi ile yoksul ve zayıflara yönelik bir sosyal destek programının birleşiminden oluşmaktaydı (11).

2.1.2. Yirmi Birinci Yüzyılda Dünyada Hastane İşletmelerinde Eğilimler

"Son yirmi yılda sağlık sistemlerinde önemli değişiklikler yaşanmıştır. Sağlık sistemlerinde değişimler sağlık hizmetlerini arz ve talep modellerini değiştirmiş ve hastanelerin rolleri bundan etkilenmiştir. Günümüzde hastaneler yataklı sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar olmaktan çıkarak, ileri seviyede özellik arz eden teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği kurumlar haline gelmiştir. Modern hastanelerin asıl rolü artık yatan hasta bakımı olmaktan çıkmıştır ve hastaneler gün geçtikçe kısa süreli yatış gerektiren uzmanlaşmış teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği merkezler haline gelmiştir. Dünyanın her yerinde hastane reform çalışmaları; yönetim otonomilerini artırmayı, kamu örgütlerini işletmeye dönüştürmeyi, kamu sektöründeki örgütlerin mülkiyetle birlikte özel sektöre devrini içermektedir. Bu sebeple dünya genelinde hastane reformları sağlık sektöründe liberalleşmeyi öngören düzenlemeler olarak nitelendirilmektedir. Hastane örgütlerinde performansı artırmak için bazı reform stratejileri kullanılmaktadır. Bu stratejiler optimum klinik performansı sağlayıcı özendiricileri, ödeme yöntemlerinin değiştirilmesini ve örgütsel çevrede yapılan değişiklikler içermektedir (12)."

Sağlık sorunlarının niteliği, kişilerin sağlık sistemlerinden talepleri tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de değişim göstermektedir. Tedavi hizmetlerinin kapsamı, teknolojisi ve

maliyeti artmakta; ülkeler, kişilerin sağlıklarını koruyup geliştirerek tedavi hizmetlerinin maliyetlerini düşürme ve kaynaklarını daha etkili ve verimli kullanabilmek için sistem arayışlarına girmektedir. Çeşitli yollarla sağlık harcamaları olması gerekenin üzerinde gerçekleşmekte ve bir bakıma da kaynak israfına neden olmaktadır. Bu sebeple ülkeler, sağlık harcamalarının artışını kontrol altına almaya çalışmakta ve bu yönde politikalar geliştirmektedirler. Söz konusu politikalar, “reform” olarak nitelendirilmekte ve sağlık piyasasının hem arz hem de talep ayağına odaklanmaktadır. Daha iyi sağlık düzeyi, artan beklentiler, demografik değişimler, teknolojik gelişmeler ve finansal baskılar gibi çeşitli faktörlerin kaynaklık ettiği sağlık reformları, hemen hemen tüm ülkelerde ya tartışılmakta ya da gerçekleştirilmektedir.

"Türkiye sağlık reformları da bu global sağlık reformu eğiliminden izole kalmamıştır. Türkiye’de sağlık reformları 50 yılı aşkın bir süredir, özellikle de son 20 yılda, gündemde olan bir durum arz etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üyesi olan Türkiye, 1978’de temeli atılan “Herkesin Sağlık Hedefleri ve Stratejileri”nin güncellenmesi ve 21. yy. hedeflerinin belirlenmesinde aktif rol almıştır. Ayrıca, 1998’de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Komitesi tarafından kabul edilen “21. yüzyılda 21 Hedef”i benimsemiştir. Türkiye bu hedefler doğrultusunda, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatına uyum sağlamayı amaçlayan stratejik planlamasını 2001’de gerçekleştirmiş, 2003 yılında da “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nı (SDP) uygulamaya başlamıştır (13)."

"Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların sisteme ilk giriş noktası olması bakımından önemli olmakla beraber, günümüz hastaneleri hizmet ettikleri toplumlara temel ve gelişmiş sağlık hizmetlerini sundukları ve aynı zamanda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının en büyük kısmını oluşturdukları için büyük öneme sahiptirler. Bu sebeple verimlilik, eşitlik ve kalite gibi hedefleri yakalamayı amaçlayan sağlık sektörü reform çalışmalarının önemli bir ayağını oluşturmaktadır. Geçtiğimiz yüzyılın son yirmi yılı incelendiğinde; başta Avrupa ülkeleri olmak üzere dünyanın birçok yerinde sürdürülebilir bir sağlık sistemi inşa etmek için başlatılan reform çalışmalarında hastane reform çalışmalarının mühim bir yer tuttuğu ve bu çerçevede mevcut hastane örgütlerine yeniden şekil verilmeye çalışıldığı gözlenmektedir."

Hastane sektöründe yaşanan gelişmeler son yirmi yıl içinde Avrupa ülkeleri eksenli reform çalışmalarıyla sınırlı değildir. Özellikle genel toplumsal gelişmeler (küreselleşme ve ekonomik yapıdaki değişimler; bilgi teknolojilerindeki gelişmeler; demografik değişimler; devletin sağlıktaki rolünün değişmesi; sosyal ve ahlaki değerlerde yaşanan değişimler) ile ülkelerin sağlık sistemlerindeki sosyal dönüşümlerin (kamu sağlık bütçelerinin sınırlandırılması; sağlık sektöründe daha güçlü pazar ekonomisi; tıbbi hizmetlerde rasyonalite ve sınırlandırma; alternatif tıptaki gelişmeler) hastane sektöründeki yaşana gelişmelere yön verdiği kabul edilmektedir (12).

2.1.3. Türkiye de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Hastanelerin Durumu

Türkiye 1980'li yılların ikinci yarısından itibaren dünyada görülen en yoğun sağlık reformu çalışmalarından birisini başlatmış ve 1980'li yılların sonu gibi kısa bir sürede bu reformları hayata geçirebilmiştir. Bu programın çok kapsayıcı olması nedeniyle programa "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) ismi verilmiştir. Beklendiği gibi yenilikleri destekleyenler yanında bunu eleştirenler de ortaya çıkmıştır ve SDP'nin sonuçları halen tartışılmaktadır. Bu program ülkemizde olduğu gibi dünyada da büyük yankı bulmuştur.

Sağlık Kavramı

"Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasasında sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve toplumsal yönden tam iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımından da anlaşılacağı üzere ruhsal ve zihinsel iyiliği de kapsamaktadır. Bu bağlamda sağlıktan bahsedebilmek için yalnızca fiziki bir sorunun olmaması yeterli değildir, sağlıklı bedeni sağlıklı zihin ve ruh hali tamamlamalıdır (14)."

Sağlıkta Dönüşüm Program ve Politikaları: Amaç ve İlkeler

Bir ülkedeki "sağlık" tanımlanmak istendiğinde, bu tanımlamaya esas oluşturan; "sağlık politikası", "sağlık hizmetlerinin düzeyi" ve "toplumun sağlık düzeyi" olarak adlandırılan üç bileşen üzerinde durulur.

Bu bileşenlerden birincisine kaynaklık eden, politika kavramı için çeşitli tanımlar verilebilmektedir. Bunlardan birisinde, politika; “toplum yaşamın her alanını benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak” olarak tanımlanır. Sağlık sektörünü yapılandırmada kullanılan üç temel araç ise; insan gücü, örgütlenme ve finansmandır. Sağlık hizmetlerinin düzeyi ile; “sağlığa ayrılan para, sağlıklı insan gücü ve sağlık hizmetlerinin fizik altyapısı gibi genellikle toplumun ya da yönetimin sağlık hizmetlerine ayırmış olduğu kaynakların miktarı ve niteliği anlatılmak istenir. Doğuşta yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, anne ölüm hızı gibi ölçeklerle ölçülen sağlık düzeyinde ise; uygulanan politikalar ve ayrılan kaynaklar sonucunda toplumun ulaşmış olduğu yaşam kalitesi ve sağlıklılık düzeyi kastedilir” (15).

2003 yılında başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunulmasında önemli değişiklikler önermektedir. Programın sağlıkla ilgili bugüne kadar oluşan ülke birikimini dikkate alarak hazırlandığını Sağlık Bakanlığı'nın "Özlenen değişimi gerçekleştirmek için, mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüştürmek gerekir. Bu yüzden kamunun reform adı altında ümitsizliğe dönüşmüş olan arzularını yeniden alevlendirmek ve geniş katılımı tüm tarafların sahiplenebileceği ve aktif rol alacağı bir eylem dizisini kararlılıkla başlatıyor ve bunu 'Dönüşüm Programı' olarak adlandırıyoruz." ifadesi göstermektedir. Dönüşüm programı, ülkenin sağlık konusundaki birikimi ve tecrübeleri baz alınarak hazırlanmış, hedefler konulmuş ve bu doğrultuda adımlar atılmıştır.

Programın amacı toplumun gereksinim duyduğu, tüm bireylerin ihtiyacı olan sağlık hizmetini eşit ve adilane bir şekilde elde ettiği modern, nitelikli bir sağlık sistemi oluşturmaktır. Bir kez bu temeller üzerine inşa edilen sağlık sisteminin yüksek maliyetlere karşın etkin bir finansal sistemle sürdürülebilirliğinin sağlanması gerekmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları aşağıda kısaca şu şekilde sıralanmıştır:

- a) Sağlıkta yönetimin tekrar düzenlenmesi, idari birimlerin işlevlerinin belirlenerek Sağlık Bakanlığı'nın denetim ve planlama faaliyetlerini merkezine alması,
- b) Ülke çapında hastaların sağlık hizmetine rahat ulaşması, iyi hizmet görmesi ve maliyet etkinliği benimseyen bir sistem kurması,

- c) Sağlık hizmeti veren kurumların yönetsel ve finansal bağımsızlığının olması,
- d) Temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bu bağlamda Aile Hekimliği'nin oluşturularak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin kademeli olarak yükseltilmesi,
- e) İnternet ve teknolojiye daha çok yararlanılması, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanında yaygınlaştırılması,
- f) Dönüşüm hedefleri çerçevesinde yeniliklerin hayata geçirilmesine imkan sağlayacak, tüm nüfusu içine alan bir genel sağlık sigortasının oluşturulması."

"2003 yılı başında ilan edilen Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında ki temel ilkeler olarak görülen maddeler şunlardır:

- İnsan merkezilik; sistemin planlanmasında ve hizmetin sunumunda hizmetten yararlanacak kişiyi, ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir.

-Sürdürülebilirlik; ülke koşullarına uygun hazırlanan programların kaynaklar açısından da yeterli olması ve kendi kendini devam ettirebilmesi öngörülmektedir.

-Sürekli kalite gelişimi; sağlık sisteminin ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek devamlı olarak daha iyiye doğru yönelmesi amaçlanmaktadır.

-Katılımcılık; sağlık sisteminde ilgili tüm tarafların görüş ve önerileri alınarak planlama ve uygulama safhalarında yapıcı bir anlayışla ortak zeminlerin oluşturulması amaçlanmaktadır.

-Uzlaşmacılık; sağlık sektöründe bulunan farklı çıkar grupların çatışmadan uzlaşmaya yönlendirilerek orta yarar sağlanması hedeflenmektedir.

-Gönüllülük; sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin, hizmette arz ve talep eden, birey veya kurum ayrımı yapmaksızın belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir.

-Güçler ayrılığı; sağlık hizmetini planlayan, denetleyen, finanse eden ve hizmet üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir.

-Desantralizasyon; idari ve mali açıdan özerkleştirilen kurumların yerinden yönetim ilkesine göre örgütlenmesi ilkesidir.

-Hizmette rekabet; sağlık hizmeti sunumunun devletin tekelinden çıkarıp, standartların belirlenmesi yoluyla farklı hizmet sunucularının bu alanda birbirleriyle rekabet içerisinde olmalarının sağlanmasıdır (14).

Sağlık Reformları

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1996 yılında Kopenhag'da yayımlanan European Health Care Reforms-Analysis of Current Situation isimli raporunda Sağlık Reformu için Şu açıklamalar yapılmaktadır: *“Eğitimin rolü, özellikle de derinlemesine yönetim eğitiminden geçmiş kişilerin sayısı ve ayrıca uyum sağlık enformasyon sisteminin yerleştirilmesi, mevcut sağlık sisteminin durumu ile birlikte sağlık reformlarının etkili ve başarılı olmasında en büyük pay sahibidir.”*

"Türkiye'de sağlık hizmetleri, 1982 Anayasasının 56. maddesi ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet "herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini" düzenlemekle görevlendirilmiştir. Anayasaya göre devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirecektir. 1980 askeri darbesinden sonra, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumundaki temel değişim; hizmet sunumunda özel sektöre öncelikli olarak yer açılmasının sağlanması olmuştur. Küresel kapitalizmin 1970'li yıllarda başlattığı sağlıkta neoliberal dönüşüm, Türkiye'de ilk ipucunu 1982 Anayasası ile vermiş, önceleri "reform" adıyla anılan bu yaklaşım geçtiğimiz 20 yıl içinde devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi anlamına gelecek bir sağlıkta özelleştirmenin de habercisi olmuş ve 58. ve 59. hükümetlerle birlikte 2002 yılı sonrasında özelleştirme girişimleri daha güçlü bir şekilde hayata geçirilmeye başlanmıştır."

"Dünyanın tek kutuplu bir biçim almasından sonra, kapitalist dünyada sağlık artık fiilen bir hak olmaktan çıkarılmış, "Parası olanın parası kadar satın alabileceği" bir meta biçimine dönüştürülmüştür. Türkiye'de 1980'den sonra yürütölen sağlık politikaları önce 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın uygulanmamasına odaklanmış ve bununla birlikte sonuç olarak kamu sağlık hizmetleri çökertilmiştir. Çökertölen sağlık hizmetleri nedeniyle 224 sayılı Yasa suçlanarak gündeme getirilen

"Sağlık Reformları"nın ne sağlıkla ne de reformla alakası vardır. Büyük bir reform olarak sunulan Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) yürürlüğe konması bile tek başına, Türkiye'de sağlık alanında yaşanan eşitsizliklerinin derinleşmesine yol açabilir. Bugün Türkiye'de sağlık alanı serbest piyasanın egemenliğine terk edilmek istenmektedir. Ancak sağlığın temel bir insan hakkı olması ve sağlık hizmetlerinin kendine has nitelikleri, sağlık hizmetlerinin serbest piyasanın egemenliğine bırakılmasının yanlışlığını gözler önüne sermektedir. Bu yanlışlığı anlamak için sağlık hizmetlerinin kendine has kimi niteliklerinin irdelenmesi uygun olacaktır (16)."

1. Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısalıdır. Sağlık hizmetlerine nerede, ne zaman ve ne kadar gereksinim duyulacağı kolayca öngörülemez.

2. Sağlık hizmetinin yerine başka bir hizmet konamaz. Sağlık hizmetlerinin özel sektöre bırakılması, aynı zamanda kişilerin sağlık hizmetini almasını para ya da sağlıkla ilgili güvenceye sahip olma önkoşuluna bağlamaktadır. Halbuki sağlık hizmetlerinin yerine başka bir hizmet konamaz; sağlık hizmetleri parasal değeri daha az olan bir hizmet alanı ile değiştirilemez ve bu özellik sağlık hizmetlerini diğer üretim ve hizmet sektörlerinden ayıran özelliklerden biridir.

3. Sağlık hizmeti ertelenemez.

4. Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten faydalanan değil, hekim saptar. Sağlık hizmetlerini diğer üretim ve hizmet alanlarından ayıran bir diğer önemli özelliktir.

5. Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez.

"Türkiye'de sağlık sektörünü açık Pazar ekonomisine uyarlamak yolundaki ilk girişim 1987'de kabul edilen "Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu"dur. Kanun genel bir sağlık sigortası oluşturmanın ilk adımlarını tanımlamakta, kamu hastanelerinin kendi işletme ve personel politikalarını ortaya koyabilmelerine imkan sağlayacak düzenlemeleri içermekteydi. Kanunun kritik bölümleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, halen yürürlükte olmakla beraber bu yasa uygulamaya konulamamıştır. 1990'lar Türkiye'de özel hizmet sunan sağlık kuruluşları sayısında hızla artış ve özel sağlık sigortası için sağlık alanının bir "Pazar" olarak gelişmesinin yaşandığı yıllar olmuştur. 1980 sonrasında hükümetler tarafından önceleri "sağlıkta reform" adıyla dillendirilen neoliberal sağlık politikaları, gerçekleştirilmeye çalışılan işi aslında bir reform değil

"deform" olduğunun başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere çeşitli demokratik kitle örgütleri tarafından kamuoyuna deşifre edilmesinin ardından, 58.Hükümetle birlikte ad değiştirerek, ancak aynı içerikle "Sağlıkta dönüşüm" adıyla yine toplumun karşısına çıkarılmış bulunmaktadır (16)."

"Türk sağlık sistemindeki değişiklikler çözümlendiğinde 1980 ve 1990'lardaki sağlıkta liberalizasyon çalışmalarının sonuç verdiği söylenebilir. Bu liberalizasyonun ana hatları özel sağlık kurumlarının destek ve teşviki, hastaların özel sağlık kurumlarına yönlendirilmesi kamu sağlık çalışanlarına ödemelerin performans bazlı yapılması, sağlık piyasasına rekabetçi özelliklerin kazandırılması, sağlık kurumlarında merkeziyetçi yönetimler yerine, merkezden denetim yerinde yönetim ilkesinin olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerin finansmanında ise kamusal mal ve hizmet gibi vergilerle değil mümkün olduğu ölçüde sigorta primleri ve katkı payları üzerinden sağlanarak, sağlık hizmetinin arzı ile finansmanının değişik süreçler olarak örgütleme çabaları göze çarpmaktadır (14)."

Türkiye'nin 2003'te duyurduğu Sağlıkta Dönüşüm Programının çıkış noktası Dünya Bankası'nın Türk uzmanlarla beraber hazırladığı "Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Reformu" başlıklı rapora uzanmaktadır.

"2003'te gerçekleştirilen reform ile birlikte sağlık hizmeti sunan kurumların özel kurumlar da dahil olmak üzere Sosyal Güvenlik Kurumu çatısından hizmet almaları sağlanmıştır. İlk basamak sağlık hizmeti uygulaması için Aile Hekimi uygulaması getirilmiş böylece toplumun tümü yerine sadece talep edenlere birinci basamak sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır. Kamu sağlık kurumları arasında bir birlik ve beraberlik oluşturulmuş bu kurumlar kısmen bağımsız bir hale getirilerek piyasa koşullarına uyum sağlamaları amaçlanmıştır. Performans bazlı ödeme ve döner sermaye payları uygulamaları ile sağlık çalışanlarının ücretlerinin belirlenmesinde rekabetçi bir mekanizma oluşturulmuştur. Reformları ile Türk sağlık sisteminin hem idari hem mali hem de hizmet açılarından düzenlenmesi arzulanmış, bu bağlamda hem finansman hem hizmet durumu hem de örgütsel yapıyı hedef alan değişiklikler gündeme getirilmiştir. SDP sürecinde Bakanlık verilerine bakıldığında 9 yılda sağlık kurumlarındaki taşeron sayısı 11.000'den 120.000 kişiye artırılmıştır. Türk sağlık sisteminin son reform projesi olan SDP dört kollu bir yapı arz etmektedir. Bunlardan ilki sosyal güvenliğin dizaynidir. Bu dizayn SSK, Bağ Kur ve Emekli Sandığı'nın birleştirilerek sosyal güvenlikle ilgili

tek bir kuruma (SGK) dönüştürülmesidir. SGK'nın oluşturulmasının ardından 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" (SSGSSK) ile toplumun tamamının dahil edildiği Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya konmuştur. Sağlık ocaklarının aile hekimliğine çevrilmesi reformun ikinci kolunu oluşturmaktadır. Reform projesinin üçüncü kolu, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kurumlarının sağlık işletmesi olarak modalize edilmesidir. Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici bir rol kazandırılması yönündeki yenilikler ise reformun son koludur (14)."

Türkiye'nin sağlık sistemi kamusal, özel ve gönüllü örgütlerden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini yerine getirmekte ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık ocağı, sağlık evleri ve ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri yanında verem savaş dispanserleri ve sıtma merkezleri tarafından sunulan hizmetler yerine getirilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı yanında diğer kamu kuruluşları, dernek, vakıf ve özel kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir (17).

Bu kapsamda en önemli kamu hizmet sunucusu Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve üniversite hastaneleridir. Ancak SSK hastanelerinin, bazı kamu kuruluşları ve belediye hastanelerinin sundukları sağlık hizmetinin Sağlık Bakanlığı'na (SB) devredilmesi ile birlikte Sağlık Bakanlığı hastaneleri en büyük sağlık hizmet sunucu birimler haline gelmişlerdir. Üniversite hastaneleri gerçekleştirilen son değişiklikler sonrasında, Sağlık Bakanlığı'ndan sonra en önemli hizmet sunucusu konumundadır (18).

Kamu Hastaneleri

Ülkemizdeki Sağlık Bakanlığı'na veya belediyelere bağlı hastaneler bu gruba girmektedir. Kamu bütçesinden ayrılan paralarla yapılan ve işletilen bu kurumların sahibi devlet veya yerel yönetimlerdir. Kamu adına hizmet verirler ve amaçlar kar etmek değil topluma kaliteli hizmet sunmaktır (8).

Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık İstatistik Yıllığı 2015 verilerine bakıldığında Sağlık Bakanlığı'nın 865 hastanesi ve 122.331 hastane yatağı vardır. Bu yatakların 55.786'sı (% 50,8) nitelikli yataktır ve nitelikli yatakların 12.542'si yoğun bakım yatağıdır (% 39,8). Sağlık Bakanlığı hastanelerine 2015 yılı içinde müracaat sayısı 306.825.524'tür.

Bu sayı içinde yatan hasta sayısı 7.404.570, toplam ameliyat sayısı 2.364.595, yatak doluluk oranı % 71,7 ve yatak devir hızı % 60,5'dir.

Üniversite'nin 70 hastanesi ve 38.361 hastane yatağı vardır. Bu yatakların 18.975'si (% 57,5) nitelikli yataktır ve nitelikli yatakların 5.372'si yoğun bakım yatağıdır(% 17,9). Üniversite hastanelerine 2015 yılı içinde müracaat sayısı 34.539.363'tür. Bu sayı içinde yatan hasta sayısı 1.891.094, toplam ameliyat sayısı 801.424, yatak doluluk oranı % 75,5 ve yatak devir hızı % 49,3'tür.

Özel hastanelerin 562 hastanesi, ve 43.645 hastane yatağı vardır. Bu yatakların 31.518'si (% 89,2) nitelikli yataktır ve nitelikli yatakların 13.611'i yoğun bakım yatağıdır (% 29,7). Özel hastanelere 2015 yılında müracaat sayısı 77.217.044'tür. Bu sayı içinde yatan hasta sayısı 4.237.453, toplam ameliyat sayısı 1.604.126, yatak doluluk oranı % 59,6 ve yatak devir hızı % 86,6'dır.

Diğer hastanelerin sayısını 36 ve hastane yatak sayısı 5.311'dir (34).

Özel Hastaneler

"Özel sağlık sektörü Cumhuriyetten önce var olmuş ve 1933 yılında çıkartılan Hususi Hastaneler Kanunu ile de daha geniş bir çerçeveye kazanmıştır. 1930'lu yıllarda sağlıkta özel sektör; muayene hekimi, laboratuvar ve röntgen üniteleri azınlıklar ve yabancı ülke kökenlilerin oluşturduğu özel hastaneler olarak anlaşılmaktaydı. 1960-70'lerde özel sektör ise ağırlıklı olarak Devlet, SSK ve Tıp Fakültelerini tamamlayan muayenehaneler, kısmen de olsa gelişen laboratuvar ve röntgen üniteleridir. Özellikle 1980'li yıllarda poliklinik ve dispanser tarzında özel sektör kuruluşları il merkezlerinde ve ilçelerde hızla kurulmuştur. 1985-1990'lı yıllarda ise özel hastaneler sürekli bir şekilde artmıştır. Büyük şehirlerde özellikle merkezi yerlerde (İstanbul'da ilçelerde bile) 3-4 hastane açılmış bulunmaktadır. 1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5 inci maddesi "Milli Savunma Bakanlığı" hariç kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmelerine dönüştürülmesine olanak tanımıştır. Bununla hastanelerin verimlilik ve etkililik esaslarına dayalı işletmecilik anlayışı ile hizmet veren kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen ve kendi personelini gereksinimleri doğrultusunda planlayan ve niteliklerine göre istihdam edebilen, idarî ve malî yönden özerk, piyasa koşullarında

rekabet edebilen kurumlar haline getirilmesi amaçlanmıştır. 2000’li yıllarda genel hastane yanında göz, mikro cerrahi, KBB, ortopedi, fizik tedavi vb. gibi branş hastaneleri ve merkezleri oluşturulmuştur (35)."

Özel hastaneler, faaliyet alanlarına, hizmet birimlerine, yatak kapasitelerine, teknolojik donanımlarına ve hizmet verilen uzmanlık dallarının nitelik ve sayısına göre, genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olarak kendi içerisinde dallara ayrılmıştır.

Genel Hastaneler

“Sağlık Bakanlığının 27.3.2002 tarih, 24708 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği ile öngörülen asgarî bina, tesis, hizmet ve personel standartlarını haiz; birden fazla uzmanlık dalında sürekli ve düzenli olarak, ayakta ve yatarak muayene, tıbbî teşhis ve tedavi, yoğun bakım ve acil sağlık hizmetleri veren, ruhsatında yazılı olup hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikler ile acil ve yoğun bakım üniteleri, radyoloji, biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvarları bulunan ve tam gün faaliyet gösteren özel hastanelerdir.”

A Grubu Hastane

"Ruhsatlandırılmış yatak kapasitesi en az elli olan, en az beş farklı dahili ve beş farklı cerrahi uzmanlık dalı da tam gün kadrolu uzman hekim çalışmak suretiyle sağlık hizmeti veren ve asgarî standartlara ilave olarak, hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dalları için gerekli ve günün gelişmiş tıp teknolojisine uygun olan diğer bütün teşhis ve tedavi birimlerini ve ayrıca asgarî radyoloji, biyokimya, mikrobiyoloji, hematoloji ve patoloji laboratuvarlarını bünyesinde bulunduran hastaneler genel hastanelerdir (35)."

B Grubu Hastane

"Ruhsatlandırılmış yatak kapasitesi otuz ilâ elli arasında olan, en az dört farklı dahili ve dört farklı cerrahi uzmanlık dalında tam gün kadrolu uzman hekim çalıştırmak suretiyle sağlık hizmeti veren; birinci fıkrada belirlenen asgarî standartlara ilave olarak günün gelişmiş tıp teknolojisine uygun olan bir veya birden fazla teşhis ve tedavi birimini ve

radyoloji, biyokimya, patoloji ve mikrobiyoloji laboratuvarlarını bünyesinde bulunduran genel hastaneler içerisinde olduğunu söyleyebiliriz."

C Grubu Hastane

"Ruhsatlandırılmış yatak kapasitesi on ilâ otuz arasında olan en az üç farklı dahili ve üç farklı cerrahi uzmanlık dalında tam gün kadrolu uzman hekim çalıştırmak suretiyle ayakta ve yatarak, acil ve yoğun bakım üniteleri ile radyoloji, biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvarları desteğiyle muayene, teşhis ve tedavi hizmeti veren genel hastaneler içerisinde gösterilebilir (35)."

Özel Dal Hastaneleri

"Özel dal hastaneleri; belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanlara veya bir organ ve organ grubu hastalarına yönelik hizmet vermek üzere, hastanenin ana faaliyetleri ile ilgili uzmanlık dallarından her birinde tam gün kadrolu en az üç uzman hekim ile bu uzmanlık dalının gerektirdiği diğer uzmanlık dalları için en az bir kadrolu uzman hekim çalıştırılan, gelişmiş teknolojik donanım ve personel desteği ile sürekli ve düzenli olarak, ayakta ve yatarak muayene, tıbbî teşhis ve tedavi, yoğun bakım ve acil sağlık hizmetleri veren, ruhsatında yazılı uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikler, üniteler ve laboratuvarlar ile acil ünitesi ve radyoloji laboratuvarı bulunan ve tam gün faaliyet gösteren en az on yatak kapasitesi olan özel hastanelerdir (35)."

Üniversite Hastaneleri

"Türk Sağlık Sisteminde Üniversite Hastaneleri, üçüncü basamak olan sağlık kuruluşları olarak tanımlanmışlardır. Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastaneleri ile birlikte ülkemizin en ileri düzeyde sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarıdır (18)."

"Üniversite hastaneleri tüm diğer hastane türlerinden; yani kar amaçlı özel hastanelerden, kamu hizmeti veren devlet hastanelerinden farklı olmanın yanı sıra kar amacı gütmeyen diğer hastanelerden de farklı ve önemli özelliklere sahiptir. Üniversite hastanelerinin işlevleri arasında, hastalara üçüncü basamak tedavi hizmeti verilmesine

ek olarak, eğitim ve araştırma hizmetlerinin sunulması yer almaktadır. Tıp, eczacılık, hemşirelik, fizyoterapistlik, diyetisyenlik, vb. sağlık mesleklerinin uygulamalı eğitimi, hekimlerin uzmanlık eğitimi, sağlık alanındaki çeşitli bilimsel araştırmalar için üniversite hastanelerine ihtiyaç vardır. Bu özellikler, üniversite hastanelerinin diğer hastanelerden farklı bir anlayışla yönetilmesini verimlilik ve karlılıklarının diğer hastanelerden farklı yöntemlerle değerlendirilmesini gerektirmektedir. İyi bir üniversite hastanesinde eğitim gören hekim ve sağlık personelinin, araştırma yürüten akademik personelin, hastanenin karlılığına hiçbir katkısı yok gibi görünse hatta yük getirdiği düşünülse de, bu tür faaliyetlerin uzun vadede ülke sağlık hizmetlerine ve ekonomisine sağlayabileceği faydaların çok olacağı aşıkardır (19)."

"Üniversite hastanelerinden üç önemli misyonu yerine getirmeleri beklenmektedir. Bunların ilki sağlık hizmeti sunumudur. Her sağlık kuruluşu; en iyi sağlık hizmeti sunumu için çaba harcamalıdır; ancak üniversite hastaneleri bu konuda daha geniş sorumluluklara sahiptir. Üniversite hastanelerinden yalnızca belirli bir bölge halkına sağlık hizmeti sunması beklenmez; aynı zamanda hizmet sunduğu bölge ya da tüm ülke için sağlık hizmeti ve sektördeki yenilikler konusunda liderlik etmesi de beklenir. Bununla beraber ilgilendiği her bir sağlık problemi ile ilgili olarak en kapsamlı çözümleri sunması da beklenmektedir. Bu konuların üstesinden gelebilmek ise, farklı becerilere sahip ve çeşitli disiplinlerden gelen sağlık hizmet sunucularını kapsayan bir takım olarak çalışmayı gerekli kılar. Üniversite hastaneleri en iyi sağlık hizmeti sunumu için gayret göstermeli, temel sağlık hizmetleri ve ikinci basamak tedavi hizmetlerinde mükemmellik yanında acil ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine cevap verebilme kapasitesine sahip olmalıdır."

Üniversite hastanelerinden beklenen ikinci önemli misyon, mümkün olan en iyi sağlık hizmet sunucusunu yetiştirme kabiliyeti yani eğitimidir. Son olarak üniversite hastaneleri tüm topluma tıbbi araştırma faydasını sağlar ve çok geniş bir platforma yayılan sağlık sorunları için teşhis ve tedavi yöntemlerinde iyileştirmeler üretmeleri beklenir (20).

Üniversite Hastanelerinin Kuruluş Amaçları

“Bilindiği gibi bir üniversitenin kuruluş amacı eğitim ve araştırmadır. Üniversitelerin kuruluşu bu iki amacı gerçekleştirmek üzere planlanmışlardır. Hatta denebilir ki yükseköğretim konusunun üniversitelerin kuruluş planlamasında asıl hedef oldukları bile söylenebilir. Üniversiteler bilimsel bilgiyi geliştiren ve bunları öğrencilere aktaran kurumlardır. Bilginin yenilenmesi, işlerlik kazanması, kullanılabilir hale gelmesi ile şimdiki ve gelecek kuşaklara aktarılması en başta üniversiteler aracılığıyla gerçekleşir. Bir üniversite birimi olarak fakültelerin kuruluşları sırasında eğitim ve araştırma çalışmaları hedeflenir. Tıp fakülteleri için de aynı şey söylenebilir. Bir tıp fakültesinin kuruluşunda amaç olan eğitim ve beraberindeki araştırma çalışmalarıdır. Genel olarak tüm fakültelerin etkinlik süreci eğitim ve araştırma olgusu şeklinde gelişir. Kuşkusuz bu süreç de tıp fakülteleri için geçerlidir. Ancak, tıp fakültelerinin toplumla ilişkisinde daha sonra farklı bir boyut ortaya çıkar. Tıp fakülteleri halka doğrudan hizmet veren sağlık kurumlarından biri olma özelliğini kazanırlar (21).”

2.2. Hastanelerde Verimlilik İlkesi ve Konsolidasyon

“Verimlilik kavramı ilk kez 1776'da Quesnay tarafından yazılan bir makalede kullanılmış, 1883'te Littre verimliliği yani üretme yeteneği veya üretme gücü (faculty to produce) olarak tanımlamıştır. 20. Yüzyılın başlarından ise bugünkü kullanım anlamı çıktı ile bu çıktıyı üretmek için kullanılan girdi arasındaki orana verimlilik adı verilmiştir. Genel olarak yazında verimlilik, "kullanılan kaynaklar ile elde edilen çıktı miktarı arasındaki ilişki" olarak tanımlanmaktadır (22).”

"Verimlilik, kaynakları en uygun şekilde kullanarak en az maliyetle yeterli ve doğru hizmet üretmektir. Arz talep dengesizliğinin kısa vadede ortadan kaldırılması ancak verimlilikle olasıdır. Uzun vadeli çözümler için arzı artıracak insan gücü ve kurumsal yatırımların teşvik edilmesi ile talep artışının belirli düzeyde tutulabilmesi için politikalar geliştirmesi sonuç verse de, bu sonuçlar verimlilikten bağımsız olarak elde edilemeyecektir."

Sağlık hizmetlerinde verimlilikten bahsedecek olursak ölçüt karlılık değil elde edilen toplumsal fayda olmalıdır. Bununla beraber, verimlilik her sektörde olduğu gibi hastaneler içinde en önemli rekabet stratejilerinden biridir. Gerçekte, verimlilik sağlık

sisteminin performansının artırılmasının ön şartlarından biridir. Başarılı bir sağlık sistemi, hizmet verenlerde motivasyonu yüksek tutmanın yollarını içinde barındırmalı, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti ortamını sağlayacak araçları kullanma yeteneğine sahip olmalıdır. Bu nedenle sağlık sektöründe verimliliğin artırılması için sağlık hizmetinin kaynak kullanımını en üst seviyeye çıkartılması, israfın önlenmesi ve insan kaynakları politikalarının etkili bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Hastanelerde verimliliği iyileştirmek için aynı kaynaklarla, daha fazlasını yapmak; aynı çıktıyı daha az kaynakla elde etmek ve çıktıyı kaynak artışından daha yüksek düzeyde artırmak gerekmektedir (23).

Türkiye, son yıllarda oldukça hızlı bir demografik ve ekonomik gelişim ve değişim süreci yaşamaktadır. Bu süreci hızlandıran en önemli faktör kıt kaynakların etkin ve verimli nasıl kullanılacağıdır. Sağlık sektöründe yüksek maliyetler, sağlığa ayrılan kaynakların verimli kullanılması yönünde mecbur bırakmaktadır. Ülkelerin sağlık harcamalarının artması, kıt olan kaynaklarının akılcı ve rasyonel kullanımını zorunlu kılmaktadır. Tüm dünyada sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içindeki oranı artmaktadır. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri içerisinde 2013 yılı itibarıyla sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içindeki payının en yüksek olduğu ülke % 16,4 ile Amerika Birleşik Devletleri'dir. Türkiye'de ise bu oran 2013 yılı verilerine göre % 5,4'dür. Türkiye'de fonksiyonlara göre 2013 yılı sağlık harcamaları analiz edildiğinde % 51,4 hastane hizmetleri ilk sırada yer almaktadır. Hastanelerin sağlık harcamalarının önemli büyük bir kısmını tüketmesi nedeniyle, hastaneler sağlık sisteminin verimliliğini de güçlü bir şekilde etkilemektedir. Kamu hastaneleri kâr amacı gütmeksizin eğitim, araştırma toplum yararına sağlık hizmeti sunma faaliyetinde bulunan kuruluşlardır. Bu amaçla sınırlı bütçe ile ellerinde bulunan çeşitli girdileri kullanarak en uygun düzeyde sağlık hizmeti sunmaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle kamusal kaynakları kullanarak topluma sağlık hizmeti sunan kamu hastanelerinin etkin olup olmadığının bilinmesi ve etkin kullanılmayan kaynakların belirlenerek ekonomiye katılımının sağlanması son derece önemlidir. Bu nedenle bütün dünyada 1990'lı yıllardan itibaren sağlık kuruluşlarının verimlilikleri ölçülmeye başlanılmıştır. Yapılan çalışmalarda sağlık kuruluşlarının verimsizliklerinde temel etmen olarak hastanenin girdi fazlalıkları veya çıktı eksiklikleri olduğu ifade edilmektedir. "Sağlık sektöründe rekabetin ve sağlık hizmeti maliyetlerinin giderek artması bu sektörün önemli bir kısmını oluşturan hastaneleri, kaynaklarını daha etkin

şekilde kullanmaya zorlamaktadır. Bu nedenle, hastanelerin verimlilik düzeylerini belirlemeleri, verimli olmamaları durumunda azaltılması gereken girdi veya artırılması gereken çıktı miktarlarını tespit ederek, daha verimli konuma gelebilmek için nasıl bir strateji uygulayacaklarına karar vermeleri gerekmektedir (13)."

Hastane konsolidasyonu ise birleşme veya edinme yoluyla oluşabilir. Birleşmeler-ayrı hastanelerin ortaklaşa bir araya geldiği işlemler lisans-tipik olarak birbirine yakın hastanelerde meydana gelir (24).

2.2.1. Verimlilik İlkesi ve Hastane İşletmelerinin Yaklaşımı

Hastaneler temel amaçları olan teşhis ve tedavi hizmetlerini; otelcilik ve lokantacılık gibi diğer işlevlerle (SSK Hastanelerinde buna sigortacılığın ilave edilmesi gerekir) beraber yürütülen kuruluşlardır; Yani bir tür "işletme"lerdir. Hizmetin verimliliğini ve etkinliğini idari, mali ve tıbbi pek çok fonksiyon belirlemektedir. Tıbbi hizmetin yükseltilmesi, diğer hizmet parametrelerinin başarısı ile mümkündür. İşletme kavramı bilindiği gibi mal üretimi ya da kar ile sınırlı değildir. Hizmet üretiminde de verimlilik ve etkinliği sağlamak; en az maliyetle en iyi ve en fazla hizmeti üretmek, verimliliği artırmakla mümkündür, (bu da doğrudan rantabiliteyi etkileyecektir.) Verimliliği artırmak ise, değişen koşullar karşısında statik değil, dinamik olabilmeyi gerekli kılar. Merkezi yapılanma bunu engelleyici bir işlev görmektedir. Oysa verimlilik iş analizlerini, iş akışlarını, iyi bir organizasyonu ve değişen koşullar karşısında iç devinimi sağlayacak düzenlemeleri içerir (25).

2.2.2. Verimliliği Sağlayan Unsurlar

"Hastanelerde verimliliğin artırılmasında en önemli unsurlardan birisi etkin bir yönetim ve organizasyon sürecidir. Ülkemizde hastanelerde kullanılan bütün kaynakların (personel, yatak, araç gereç vb.) hangi ölçüde verimli kullanıldıklarının tespiti ve performansının artırılması, kaynak israfının önlenmesi ve hizmetin etkinliğinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır."

Hasta ve Çalışan Tatminini Artırma;

"Sağlık hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılacak kriterlerden en önemlisi hasta tatminidir. Hasta tatmini, hasta veya hizmetten faydalanan kişilerin hizmetin kendisinden, sunum biçiminden ve hizmet ortamından hoşnut olması veya beklentilerini gerçekleştirebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Hastaların tatmin düzeyinin belirlenmesi; hizmet kalitesinin artırılması ve hastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir (26)."

Maliyetleri Azaltma;

"Hastanelerde kullanılan kaynakların hangi şekilde verimli kullanıldıklarının tespiti ve performansın artırılması büyük önem taşımaktadır. Bu da ancak maliyetlerin saptanabilir ve denetlenebilir olması ölçüsünde gerçekleştirilebilir. Hastanelerde verimliliğin artırılması için maliyetlerin etkin bir araç olarak kullanılabilmesi ancak maliyetlerin saptanabilir ve denetlenebilir olması ölçüsünde gerçekleştirilebilir. Hastaneler, belirli düzeydeki sağlık hizmetleri en düşük maliyetle, maksimum nicelikte üretmesi beklenen işletmelerdir. Diğer bütün işletmeler gibi hastanelerde ellerindeki kaynakları akılcı kullanmak zorundadırlar."

Gelişen Tıp Teknolojilerini Takip Etme;

"Teknolojinin ilerlemesiyle insan sağlığı açısından büyük ilerlemeler kaydedilmektedir. Ancak; gelişen teknoloji sağlık hizmetlerini her geçen gün biraz daha pahalı bir ürün haline getirmektedir. Son yıllarda dünya çapında sürdürülen çalışmalarda sağlık hizmetlerinin daha ekonomik koşullarda en kaliteli şekilde nakil sunulabileceği araştırılmakta, çözüm önerileri üretilmektedir. Hizmet işletmeleri çoğu emek yoğun işletmeler olmakla beraber sağlık işletmeleri, sermaye yoğun işletmelerdir."

Hizmet Kalitesini Artırma;

"Sağlık hizmeti kalitesinin daha zor açıklanabilen bir kavram olması, sağlık alanının özelliklerinden ileri gelmektedir. Hizmet kalitesinin çok sayıda değişkenden etkilenmesi

ve bunların açık bir şekilde tanımlanmayışı, dahası subjektif faktörlerin etkilerine açık oluşu, doğrudan doğruya nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmesi ve tanımlanmasını güçleştirmekte ve sağlık hizmeti kalitesinin sezgisel olarak algılanmasını gündeme getirmektedir."

Kaynak Dağılımını Sağlama;

"Etkin kaynak kullanımı her örgütte olduğu gibi özellikle hastane örgütlerinde çok mühim bir konudur. Kaynak yetersizliği sağlık hizmetlerinde karşılaşılan ve çatışmaya sebep olan başlıca etkenlerden birisidir. Bu sorunun ana kaynağı talebin önceden doğru bir biçimde tahmin edilememesi, malzeme alımlarındaki gecikme, uygun olmayan kullanım ve bakım hizmetlerinin yetersiz ve uygunsuz olması gibi nedenler olarak sıralanabilir. Hastane yönetimini tüm bu olumsuz etkilere yönelik olarak çareler üretmesi, kaynak sıkıntısı sebebiyle oluşan çatışmaları ortadan kaldırması gerekmektedir. Bunun yanı sıra kaynakları etkin bir biçimde kullanmalıdırlar (26)."

2.2.3. Verimlilik Açısından Maliyet ve Maliyet Kontrolü

"Maliyet kavramı; ele alındığı, kullanıldığı yere göre birçok anlam taşımaktadır. Maliyet kavramı bir şeyi elde etmek için katlanılan her türlü fedakârlıklar toplamıdır. Maliyet, en geniş anlamı ile bir amaca ulaşmak için katlanılan esirgemezlikler bütünüdür (36)."

Hastane işletmeleri hem tıbbi hem de idari faaliyetlerin olduğu iki ayrı dünyada faaliyet gösteren, faaliyet alanı insan sağlığı olan, karmaşık yapıda işletmelerdir. Hastane işletmelerinde sunulan hizmetlerin doğru, hızlı ve kaliteli olması için kaynakların, faaliyetlerin ve sürecin başarılı yönetimi önemlidir. Hastane yönetiminin maliyet odaklı olması gerekmektedir (27).

Sağlık hizmetleri arzının pahalılığı, talebin tüketici tarafından belirlenmesi ve tesağüfiliği, talep esnekliğinin katı olması, ikamesinin olmaması ve sosyal amaçlı olması gibi özelliklerinden dolayı; hastane işletmesi yöneticilerinin politikalarını belirlerken kalite, etkililik, verimlilik, maliyet gibi genel ekonomik kavramlara ağırlık vermelerine neden olmuştur. Vatandaşlarının sağlıklı bir hayat sürmeleri için katlanılan

sağlık hizmetlerindeki maliyet unsurları pek çok ülkede son otuz yılda yapılan düzenleme ve reformların odağındaki tartışma konusudur. Sağlık hizmetlerinin maliyeti, hastanenin kendi faaliyet konusunu oluşturan sağlık hizmetini üretebilmesi için harcadığı üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değeri şeklinde tanımlanabilir. Bu tanımdan hareketle hastane işletmelerindeki maliyetleri etkileyen öğeleri; kapasite ve kapasite kullanımı, kullanılan teknoloji, hasta sevk zincirinde yer alan kademe, hizmet sunulan nüfusun yoğunluğu, epidemiyolojik yapısı, sağlık hizmetinin kalitesi ve hastane imajı, başta hekim olmak üzere istihdam edilen sağlık çalışanı ve diğer çalışanlar, hastanenin makine-teçhizat durumu, altyapısı ve para kaynağı şeklinde sıralamak olasıdır (28).

"Yapılan araştırmalarda hastane işletmelerinde maliyetleri artırıcı ve verimliliği düşürücü faktörler olarak; daha az maliyetle dışarıda yaptırılacak işlerin hastanede yaptırılması, hastanede lüzumsuz cerrahi girişimler, bazı gelişmiş olanakların az kullanılması ve emek yoğun teknolojiye bağlılık, bölgesel talep dikkate alınmaksızın hastane büyüklüklerinin tespiti, hekimlerin daha fazla laboratuvar testi yaptırma eğilimleri sıralanmıştır. Hastane işletmeleri hastalara sağlık hizmeti sunarken oluşan maliyetleri kontrol etmek için hem çok ciddi gayret göstermek hem de maliyetlere katlanmaktadırlar. Bu bağlamda maliyetlerle ilgili bilgi akışının doğru ve güvenilir olması için otomasyon sistemine oldukça yüksek maliyetlere katlanmaktadırlar. Elde edilen maliyet bilgileri ile hastane işletmesi yöneticilerinin yaptıkları analizlerin temel amaçları şöyle sıralanabilir:"

- Üst yönetime finansal faaliyetlerin değerlendirilmesi ve kontrolü için bilgi sunmak,
- Hastane işletmesi yöneticilerine daha etkin yönetsel özerklik tanımak,
- Hastane işletmesi yöneticilerinin verimini değerlendirmek ve daha çok verim elde etme imkânlarını araştırmak ve hastanenin gelişimi ve karlılığı üzerindeki etkilerini göstermek,
- Maliyetleri azaltmak,
- İleriye yönelik finansal planlamalara yardımcı olmak ve
- Tedavinin nitelik ve niceliğini düşürmeden maliyetleri aynı seviyede tutabilmek olarak sıralanabilir (28).

Sağlık hizmetinin sunumunda maliyetlerin belirlenmesi karmaşıktır. Bir hastalığın tedavi maliyeti her zaman aynı olmamakla birlikte, o hastalığın tedavisinde kullanılan işçilik, araç-gereç ve hizmetler de farklılık gösterebilmektedir. Tüm bu farklılıklara rağmen, bu tip işletmelerde sunulan her hizmetin parasal bir değeri vardır. Parasal bir değeri olmasından dolayı, bu işletmelerde maliyetler hesaplanarak girdi ve çıktılar kontrol edilebilir. Girdi ve çıktılarının iyi bir muhasebe sistemi ile desteklenmesi, işletmenin başarısı açısından da oldukça önemlidir (29).

Ülkemizde sağlık hizmetinin, kamu hizmeti olduğu düşüncesiyle hastanelerde maliyetlerin belirlenmesine gereken önem verilmemiştir. Oysa kamu kuruluşlarında da ekonomik konjonktür içinde verimli çalışma zorunluluğu vardır. Organizasyon yapısı merkezi, yerinden yönetim (özerk) yada özel, ne olursa olsun mali analiz kaçınılmaz bir gerekliliktir. Bunlardan merkezi ve özerk yapı içinde planlamayı akılcı kılmak için maliyet analizi daha da önem kazanmaktadır. Ülke genelinde sağlık hizmetinin yeterli düzeyde olmadığı, koruyucu sağlık hizmetine oranla tedavi edici sağlık hizmetinin geliştiği açıktır. Ayrıca hastanelerde sunulan hizmetin de verimlilik ve etkinlikten uzak, yeterince denetlenemeyen bir durumda olduğu da bir gerçektir. Sağlık hizmetinde eldeki imkanlarla en verimli ve en etkin bir biçimde geleceğe yönelik planlamaların yapılması bir zorunluluktur. Bunun için de maliyet analizleriyle hizmetlerin ne şekilde, hangi imkanlarla, ne ölçüde etkin üretildiğinin araştırılması ve parasal boyutunun ne olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. Ekonomik gelişmişlik düzeyleri yüksek, tıbbi teknoloji üreten ülkelerde bile konuya ilişkin plan ve programlardan yararlanılmaktadır. Oysa hastanelerde maliyet analizinin uygulanmadığı ülkemizde, sınırlı sayıda olan kaynakların etkin bir şekilde kullanımı için bu analizler hayati bir önem kazanmaktadır (25).

"Maliyet analizi, hastanenin ürettiği hizmetin üretimi sürecinde rol oynayan maliyet merkezlerinde oluşan maliyetlerin, son çıktı sunan maliyet merkezlerine mantıklı bir şekilde dağıtılması ve bu maliyetlerin analiz edilmesi sürecidir."

Hastanelerde maliyet analizi çalışmalarında altı aşamalı çalışma süreci izlenmektedir. Bu aşamalar;

- 1) Çıktıların belirlenmesi
- 2) Gider merkezlerinin tanımlanması

- 3) Gider kalemlerinin belirlenmesi
- 4) Giderlerin gider merkezlerine dağıtımı
- 5) Destek gider yerlerindeki giderlerin, yardımcı ve esas gider yerlerine dağıtımı
- 6) Yardımcı ve esas gider yerlerinin toplam ve birim maliyetlerin hesaplanarak maliyet fonksiyonlarının oluşturulmasıdır.

"Maliyet analizi için; maliyetlerin sınıflandırılması, tespit edilmesi ve kayıt altına alınması gerekmektedir. Maliyet analizi çalışmalarında geleneksel yaklaşımı yıllarca kullanılmış ve halen kullanımı devam etmektedir (30)."

Mali Analizlerin Yararları

Yönetici açısından idari kontrolde etkinliği ve doğru karar üretmeyi sağlama yönünden maliyet analizinin aşağıdaki yararları bulunmaktadır;

- Alternatiflerin belirlenmesi
- Atıl kapasitenin giderilmesi
- Malzeme kullanımının denetim altında bulundurulması,
- Verimsiz yatırımların önlenmesi,
- Gereksiz masrafların yok edilmesi,
- Personelde ekonomik düşünme alışkanlığının yaratılması,
- Faaliyetlerin daha önceki yıllarla kıyaslanma olanağının bulunması,
- Hastaneler arası kıyaslama olanağını sağlaması.

Hastanelerde Maliyet Analizi Nasıl Yapılmalıdır?

Performans ve verimlilik ölçümlerinde en etkili araç mali analizlerdir. Mali analizler ise:

1- Maliyet muhasebesi,

2- Program bütçe,

3- Genel muhasebe sistemi içinde hesap planlarında alt ayrımlara gidilerek yapılır.

Mali analizlerin yapılmasında ideal olanı "Maliyet Muhasebesi"nden faydalanmaktır. Maliyet Muhasebesi hizmetin fiyatlandırılmasında kesin rakamlara ulaştırır. Ancak, daha çok eleman ve uzmanlık seviyesinde muhasebe bilgisi gerektirir. Bunun alternatifi olan program bütçe ya da tek düzen muhasebe sistemi içinde hesap planlarında yapılacak iyileştirmelerle de mali analiz yapılabilir. Önemli olan, doğru iş analizleri ve sağlıklı masraf dağıtım ölçütlerini belirlemek ve bunların ülke genelinde standartlarının oluşturulmasını sağlamaktır. Maliyet hesaplanmasında birinci aşamayı hastane fonksiyonlarına göre gider kalemlerinin gruplandırılması olarak düşünebiliriz (25).

2.2.4. Ölçek Ekonomileri ve Hastaneler

"Ölçek ekonomisi, büyük ölçeklerin maliyeti düşürmesinden faydalanmak olarak tanımlanabilir. Üretim için büyük kapasitenin oluşturularak bu kapasitenin etkin bir şekilde kullanılması ve birim başına maliyetin minimuma indirilmesidir. Genellikle ölçek ekonomisi bir firmanın piyasadaki talebin önemli bir kısmını karşılamasının söz konusu olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır." Gelişen ülkelerde, sağlık harcamalarının çoğu hastaneye ait olan kamu sektörleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Ayrıca, hastaneler böyle (gelişen) ülkelerin sağlık sistemlerinin en önemli sağlık hizmetleri örgütüdür. Bu yüzden hastaneleri yeterliliği ve verimliliğine göre analiz etmek mühimdir (31).

"Maliyetlerden konuşuyorsak, ortalama, marjinal kısa vade veya uzun vade, direkt veya indirekt, gerçek veya fırsat maliyetleri, özel veya sosyal maliyetlerden konuşuyoruz demektir. Bütün bunların sahip olduğu ortak özellik hepsinin birtakım belirli çıktılara göre ölçülebilir olmasıdır. Hastane maliyetlerinden ve hastane maliyetlerinin değişen çıktı sınırlarına göre seyrinden bahsetmeye başladığımızda çok büyük bir sorun karşımıza çıkmaktadır: Hastane maliyet fonksiyonu. Farklı sağlık ekonomisi uzmanlarının önerdikleri çoklu maliyet fonksiyonlarının geçerliliğine gölge düşüren yalnızca tanımlanan çıktı kümeleri değildir. Üretim fonksiyonu maliyet fonksiyonunu

kendine has tanımlamalıdır. Bir üretim fonksiyonu belirli bir çıktıyı almak için gerekli olan girdileri ortaya koyar. Hastanelerin ekonomik seyrini tanımlamada üretim fonksiyonunu kullanmanın temel varsayımı hastanelerin bir ekonomik kuruluş, bir firma gibi işlediği düşüncesidir. İdeal bir dünyada hastane hizmetlerinde son çıktılar hastane hizmetleri sayesinde sağlığın geliştirilmesi, süregelen hastalıklara verilen destek, ölenlere sağlanabilen rahatlıklar ve sağlık çalışanlarının hayat kalitesi gibi kavramlarla açıklanabilir. Bütün bunlar mühimdir ve tartışılabilir ama dezavantajı büyük olmakla beraber bunları gözlemlemek ve ölçmek zordur. Toplum sağlığından başarılı tedavilerin sayısına, tedavi edilen vakaların sayısına, sunulan hizmetin sayısına kadar ölçümlerin elde edilebilme imkânı gittikçe artmaktadır. En yaygın yaklaşımlar belki de hizmete göre ve vakaya göre olanlarıdır."

"Hizmete göre yaklaşım; ölçümde hastaya sunulan hizmeti kullanır-hasta bakım günü sayısı veya ameliyat sayısı, fizyoterapi seansı gibi kişisel hizmetler-. Hizmete göre yaklaşım çok kaba bir ölçümdür, çünkü hastanenin büyüklüğü, sunulan hizmetin teknik karmaşıklığı veya hizmetlerden yararlanma hızı gibi ölçütleri göz önüne almaz. Vakaya göre yaklaşımda hastalar aldıkları teşhislere göre sınıflanırlar ve bu sınıflama maliyet değişimlerini tahmin etmede kullanılır. Bize göre bu çıktıyı değerlendirmenin en değerli yoludur. Çünkü tıbbi hizmetin tüm basamaklarını göz önüne almaktır. Tıbbi düşünme tarzı "vaka" üzerine odaklanır ve bu yüzden çıktının bu ölçüsü tedavi maliyetlerinin standardizasyonu üstünde de aynı derecede etkilidir. Bu yaklaşımın zayıf yanı; hastalığın ağırlık derecesini dikkate almaz. Ekonomik teori, girdilerin değişen derecelerde çıktı üretiminin yerine kullanılabileceğini varsayar. Bu geometrik olarak izokuant denilen eğrilerin ortalaması şeklinde gösterilebilir. Bu tip bir eğrinin üzerindeki her nokta, belirlenen girdiye karşılık alınabilecek maksimum çıktıyı gösterir. Hiç zayi yoktur ve böyle bir üretim teknik olarak verimlidir denir (32)."

"Üretimin değişik faktörlerine değişik zamanlarda bakılabilir. Tanıma dayanarak kısa vadede üretimin en az bir faktörü sabittir diyebiliriz. Firmanın bakış açısından kısa vade, sermayesinin gücüne bağlı olarak hizmetin sunumunu artırma çabalarında firmanın gücünün zorlandığı süre anlamına gelir. Ekonomik teoriye göre firmalar karlarını maksimuma çıkarmak için birleşirler, bu amaçla pazar içinde kazançlarını artırmak için her yolu kullanırlar. Eğer bir firma bir değişkene yapacağı ilave ile çıktıyı artırmak istiyorsa, mesela işgücü, daha çok hemşire çalıştırmak, o zaman işgücünden elde ettiği marjinal kazancı azaltıyor demektir. Uzun vadede hastane bu azalmanın

önüne, üretimin sabit faktörlerinin skalasını değiştirerek ve yeni bir üretim çapına kayma yaparak geçer. Basitçe söylenirse hastane büyür. Üretim faktörlerinin tamamının girdisinde bir artış, uzun vadede ortalama maliyette bir düşüşle sonuçlanırsa ölçek ekonomisi ortaya çıkmıştır. Ölçek ekonomisi üretimin uzun vadedeki parasal maliyetidir. Ölçek ekonomisinin teoriye göre niçin ortaya çıkmak durumunda olduğu konusunda bir takım tartışmalar vardır. Birincisi, alınan malzeme mesela çarşaf, iki katına çıksa da yapılan yazışma ve büro işleri iki kat olmayacaktır. İkincisi büyük hastaneler küçüklerine göre daha yüksek doluluk oranlarına erişecektir, çünkü ani ihtiyaçlar için her hastane yataklarının bir bölümünü boş tutar. Büyük hastanenin tedbiren boş bıraktığı yatak sayısı, kendisinin yarısı kadar olan 2 küçük hastanenin boş bıraktığı yataklardan daha az olacaktır. Üçüncüsü, büyüdükçe uzmanlaşmış insan gücü ve donanım, verimliliğe ulaşmak için tam kapasite ile çalıştırılmalıdır. Hastaneler genellikle bu avantajı kullanamazlar. Çünkü hastane yöneticileri değişik hizmet türleri için en uygun büyüklüğü bilemezler veya çok büyük hale gelince uygun şekilde bölünme gerçekleşemez. Dördüncüsü, pahalı işgücü ve pahalı donanım paylaşılabilir. Bu yönetim ve tedarik görevlerini de kapsayabilir. Beşincisi, büyük hastaneler kendi pazar güçlerini kullanarak girdilerini ucuza getirebilirler. Bunun sınırları yüksek teknoloji ürünlerinde faiz oranlarındaki indirimlerden tutun yerel satıcılardan alınan büyük miktardaki yiyecekler için fiyat indirimine kadar uzanır. Bu prensipler hastane çıktıları skalasını belirli bir sınıra kadar arttırarak, çıktı biriminde ortalama maliyeti düşürmenin esaslarını oluşturmaktadır (32)."

Sağlık ekonomistleri özellikle son otuz yılda hastane maliyeti ve üretim yapısı üzerine yoğunlaşmışlardır. Bu araştırmalar öncelikli olmuştur çünkü hastaneler sağlık hizmetleri için hükümet kaynaklarının en büyük payını tüketmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde hastanelerin devlet sağlık harcamalarını % 50-80 oranında aldığını bildirmiştir. 1998 yılında Türkiye'de devlet sağlık fonlarının % 62,5'i hastaneye gönderilmiştir.

Hastanelere ve sağlık sektörüne ayrılan kaynakların miktarına rağmen, birçok gelişmekte olan ülkede hastanelerin maliyeti ve üretim yapısı iyi çalışılmamıştır. Sebep ne olursa olsun büyük hastanelerin küçük hastanelerden daha az ya da daha verimli olup olmadıkları ve hastanede ayakta tedavi ziyaretleri ve yatarak tedavi hizmetleri gibi farklı çıktı türlerini bir araya getirip getirmediği sorusu ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple hastaneler için maliyet işlevleri tahminleri, hastane maliyetlerinin yapısını ve ölçek ekonomisi ile kapsam ekonomisinin varlığını ve niteliğini araştırmaktadır (7).

Ölçekli hastane ekonomileri literatürü, 100 ila 200 yatak kapasitesine sahip olduklarını göstermektedir. Bununla birlikte, birçok ülkede, hastane hizmetlerinin yoğunlaşması, özellikle birleşmeler yoluyla, mühim bir politika hedefi olmaya devam etmektedir. Özel sağlık pazarlarında, birleşmeler öncelikle rekabeti azaltmak ve kazanç artırmak için üstlenilmektedir. Kamu sistemlerinde, diğer iki haklı gerekçe hakimdir. Birincisi, hastaneler tam kapasitenin altında çalıştığı zaman, birleşmeler aşırı kapasiteyi ve maliyetleri düşürmenin bir yoludur. İkincisi, bir birleşme, belirli birimler veya hizmetler için performans sorunlarını ele alabilir. Bununla birlikte, hastane hizmetlerinin yoğunlaşması çoğu hastanın sosyal ve ekonomik maliyetlerini artırdığı için hastanın erişimini genellikle düşürür. Araştırmalar, bu artışların birincil bakımda tanı, poliklinik ve tarama hizmetlerinin kullanımı üzerinde en büyük etkiye sahip olduğunu ileri sürmektedir. İkincil ve üçüncül hizmetleri etkileyen kanıt karmaşık; bazı çalışmalar, bir hastaneden daha uzakta yaşayan hastaların sevk ve müdahale oranlarının daha düşük olduğunu, diğer çalışmalarının fark göstermediğini gösterir (33).

2.2.5. Türkiye de Üniversite Hastanelerinde Konsolidasyon ve Olası Sonuçları

Türkiye sağlık sisteminde son yıllarda finansal sürdürülebilirlik önemli bir tartışma konusu haline gelmiştir. Türkiye'de 1990'lı yıllarda başlayan ve 2000'li yıllarda hız kazanan sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma çalışmaları ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve sunumunda maliyet düşürücü köklü değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Ancak bu değişikliklerin üniversite hastanelerinin finansal sürdürülebilirliğini olumsuz derecede etkilediği düşünülmektedir. Örneğin geri ödeme fiyatlarında son yıllarda önemli bir artışın olmamasını buna örnek gösterebiliriz. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık harcamaları hızlı bir şekilde artmaktadır. Bu durum hastanelere sağlık hizmeti sunumu için ayrılan kaynakları kısıtlamaktadır. Üniversite hastaneleri günümüzün en kompleks örgütsel yapıları arasında yer almaktadır. Hastanelerin geleneksel matris yapısı ile üniversitelerin yönetim yapısı bir araya geldiğinde kompleks bir örgütlenme söz konusudur. Üniversite hastaneleri sağlık hizmeti sunumu yanında eğitim ve araştırma gibi önemli misyonları yerine getiren akademik kuruluşlardır. Üniversite hastanelerinin bu misyonları gerçekleştirebilmesi için hem akademik hem de klinik faaliyetlerini bir arada yürütmesi gerekmektedir. Üniversite hastanelerinin bu misyonu gerçekleştirmesinde; verimliliğin artırılması,

maliyet etkili sağlık hizmet sunması, hizmet kalitesinin yükseltmesi ve finansal sürdürülebilirliğinin sağlanması gerekmektedir. Sağlık sisteminin en önemli yapı taşlarından olan üniversite hastaneleri son yıllarda gelirleri ile giderlerini finanse edemeyen kurumlar haline gelmiştir. Bu durum Türkiye’de sayıları sürekli artan ve sağlık hizmetlerinin sunumu açısından önemli bir yere sahip olan üniversite hastanelerinin son on yıllarda finansal sürdürülebilirliği sağlamada ciddi finansal sorunlarla karşı karşıya kalmasına neden olmuştur (36).



III. BÖLÜM

SAHA ARAŞTIRMASI

3.1 Gereç ve Yöntem

Bu tezin araştırması kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Türkiye'de bulunan toplam 89 kamu üniversite hastanesinin sorunlarının hemen hemen aynı olduğu görüşülen uzman akademisyenlerce ve Üniversite Hastaneleri Birliği Genel Sekreterince ifade edilmiştir. Bu nedenle araştırmacının kolayca ulaşabileceği "İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde" görev yapan akademisyen yöneticilerle anket yapılmasına karar verilmiştir. Ülkemizdeki en büyük yatak kapasiteli ve en fazla sayıda hekim çalıştırıyor olması nedeniyle araştırma için bu iki hastanenin yöneticileri seçilmiştir. Araştırmada örneklem olarak iki hastane seçilmiş ancak kişiler düzeyinde örnekleme yapılmamıştır. Her iki hastaneden de çalışmaya alınan onar kişilik hekim dışı idarecilerin görev unvanları şu şekildedir. Hastane Müdürü ve yardımcısı, Satınalma Müdürü, Gelir-Gider İdaresi Süreç Yöneticisi ve İnsan Kaynakları Süreç Yöneticisi.

Bu şekilde ulaşılan 20 hekim dışı idareciden başka Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan ve idarecilik yapmış/yapmakta olan 25 hekim akademisyene de ulaşılmıştır. İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan akademik hekimlerden ankete katılmaları önerilenlerin hiçbiri cevaplamaı kabul etmediğinden, burada hekim idareciler arasında anket yapılamamıştır.

Ankette yer alacak önermeler Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve İstanbul Tıp Fakültesinden daha önce yöneticilik yapmış ve halen yönetici olmayan akademisyen grubu tarafından oluşturulmuştur. Bu önermeler ayrıca Acıbadem, Bezmialem ve Üsküdar Üniversitesinden 3 akademisyenin revizyonu ile son şeklini almıştır. Ankette toplam 9 önerme ve açık uçlu 4 soru bulunmaktadır. Açık uçlu sorular katılımcıların en fazla 3 cevap verebileceği şekilde tasarlanmıştır. Cevaplarda tutum değişikliği oluşturmaması açısından katılımcıların yaşı, cinsiyeti ve görevi gibi özellikleri sorulmamıştır.

Araştırma Şubat-Mart 2017 döneminde 2 ay içinde tamamlanmıştır. Katılımcılara soruları bizzat araştırmacı sormuş ve cevaplarını o anda kayda almıştır.

Veriler kağıt ortamda toplandıktan sonra SPSS bilgisayar paket programında elektronik ortama aktarılmış ve analiz edilmiştir. Analizlerde sıklık dağılımlarının özetlenmesi yanında Mann Whitney U Testi ve Spearman'ın korelasyon katsayısı yoluyla karşılaştırma ve ilişki analizi yapılmıştır. Farklılık araştırmalar gruplar arasında anlamlı farklılık kabul edilmesi için $P=0,005$ değeri üst sınır olarak alınmıştır.

3.2 Bulgular ve Tartışma

Tablo 1: Katılımcıların hastane dağılımı

<i>HASTANE</i>	<i>SIKLIK</i>	<i>YÜZDE (%)</i>
İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi	35	77,70
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi	10	32,30
Toplam	45	100,00

Araştırmayı kabul eden yöneticilerin İstanbul Üniversitesi'nin iki Tıp Fakültesi hastanelerine göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Toplam 45 katılımcının % 77,7'si Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinden olmuştur.

Tablo 2: "Üniversite hastaneleri birlik olmalıdır." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı

<i>ÖNERİYE CEVAP</i>	<i>SIKLIK</i>	<i>YÜZDE (%)</i>
Kesinlikle katılmıyorum	7	14,90
Katılmıyorum	11	23,40
Kararsızım	2	4,30
Katılıyorum	10	21,30
Kesinlikle katılıyorum	17	36,20
TOPLAM	47	100,00

Üniversite hastaneleri birlik olmalıdır önermesine katılımcıların en fazla % 36 ile Kesinlikle Katılıyorum cevabını verdikleri, Katılmıyorum görüşünü belirtenlerin oranının % 23 ile ikinci sırada olduğu görülmektedir. Katılıyorum ve Kesinlikle Katılıyorum birlikte ele alınarak katılanların oranı % 57,5 ve Katılmıyorum ve

Kesinlikle Katılmıyorum birlikte ele alınarak katılmayanların oranı % 38,3 olmaktadır. Geri kalan % 4,3'lük grubun bu konuda kararsız olduğu görülmektedir.

<i>Tablo 3: "Üniversite hastaneleri birlik olursa daha iyi yönetilir." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.</i>		
ÖNERİYE CEVAP	SIKLIK	YÜZDE (%)
Kesinlikle katılmıyorum	8	17,00
Katılmıyorum	10	21,30
Kararsızım	3	6,30
Katılıyorum	13	27,70
Kesinlikle katılıyorum	13	27,70
TOPLAM	47	100,00

Üniversite hastaneleri birlik olursa daha iyi yönetilir önermesine katılımcıların en fazla % 27 ile Kesinlikle Katılıyorum cevabını verdikleri, Katılmıyorum görüşünü belirtenlerin oranının % 21 ile ikinci sırada olduğu görülmektedir. Katılıyorum ve Kesinlikle Katılıyorum birlikte ele alınarak katılanların oranı % 55,4 ve Katılmıyorum ve Kesinlikle Katılmıyorum birlikte ele alınarak katılmayanların oranı % 38,3 olmaktadır. Geri kalan % 6,3'lük grubun bu konuda kararsız olduğu görülmektedir.

<i>Tablo 4: "Üniversite hastaneleri birlik olursa kaynak kullanım verimliliği artar." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.</i>		
ÖNERİYE CEVAP	SIKLIK	YÜZDE (%)
Kesinlikle katılmıyorum	5	10,90
Katılmıyorum	8	17,40
Kararsızım	3	6,50
Katılıyorum	15	32,60
Kesinlikle katılıyorum	15	32,60
TOPLAM	46	100,00

Üniversite hastaneleri birlik olursa kaynak kullanımında verimlilik artar önermesine katılımcıların en fazla % 32 ile Kesinlikle Katılıyorum ve Katılıyorum cevabını verdikleri, Katılmıyorum görüşünü belirtenlerin oranının % 17 ile ikinci sırada olduğu görülmektedir. Katılıyorum ve Kesinlikle Katılıyorum birlikte ele alınarak katılanların

oranı % 64,2 ve Katılmıyorum ve Kesinlikle Katılmıyorum birlikte ele alınarak katılmayanların oranı % 28,3 olmaktadır. Geri kalan % 6,5'lik grubun bu konuda kararsız olduğu görülmektedir.

Tablo 5: "Üniversite hastaneleri birlik olursa topluma daha iyi hizmet eder." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.

ÖNERİYE CEVAP	SIKLIK	YÜZDE (%)
Kesinlikle katılmıyorum	6	12,80
Katılmıyorum	14	29,80
Kararsızım	3	6,30
Katılıyorum	13	27,70
Kesinlikle katılıyorum	11	23,40
TOPLAM	47	100,00

Üniversite hastaneleri birlik olursa topluma daha iyi hizmet eder önermesine katılımcıların en fazla % 27 ile Katılmıyorum cevabını verdikleri, Katılıyorum görüşünü belirtenlerin oranının % 27 ile ikinci sırada olduğu görülmektedir. Katılıyorum ve Kesinlikle Katılıyorum birlikte ele alınarak katılanların oranı % 51,1 ve Katılmıyorum ve Kesinlikle Katılmıyorum birlikte ele alınarak katılmayanların oranı % 42,6 olmaktadır. Geri kalan % 6,3'lük grubun bu konuda kararsız olduğu görülmektedir.

Tablo 6: "Üniversite hastaneleri birlik olursa performansı değerlendirmek kolaylaşır." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.

ÖNERİYE CEVAP	SIKLIK	YÜZDE (%)
Kesinlikle katılmıyorum	7	15,20
Katılmıyorum	13	28,30
Kararsızım	1	2,20
Katılıyorum	17	37,00
Kesinlikle katılıyorum	8	17,30
TOPLAM	46	100,00

Üniversite hastaneleri birlik olursa performansı değerlendirmek kolaylaşır önermesine katılımcıların en fazla % 37 ile Katılıyorum cevabını verdikleri, Katılmıyorum görüşünü belirtenlerin oranının % 28 ile ikinci sırada olduğu görülmektedir. Katılıyorum ve Kesinlikle Katılıyorum birlikte ele alınarak katılanların oranı % 54,3 ve Katılmıyorum

ve Kesinlikle Katılmıyorum birlikte ele alınarak katılmayanların oranı % 43,5 olmaktadır. Geri kalan % 2,2'lik grubun bu konuda kararsız olduğu görülmektedir.

<i>Tablo 7: "Üniversite hastaneleri birlik olursa kar getiren hizmetler ön plana çıkar." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.</i>		
ÖNERİYE CEVAP	SIKLIK	YÜZDE (%)
Kesinlikle katılmıyorum	5	10,60
Katılmıyorum	14	29,80
Kararsızım	9	19,10
Katılıyorum	13	27,70
Kesinlikle katılıyorum	6	12,80
TOPLAM	47	100,00

Üniversite hastaneleri birlik olursa kar getiren hizmetler ön plana çıkar önermesine katılımcıların en fazla % 29 ile Katılmıyorum cevabını verdikleri, Katılıyorum görüşünü belirtenlerin oranının % 27 ile ikinci sırada olduğu görülmektedir. Katılıyorum ve Kesinlikle Katılıyorum birlikte ele alınarak katılanların oranı % 40,5 ve Katılmıyorum ve Kesinlikle Katılmıyorum birlikte ele alınarak katılmayanların oranı % 40,4 olmaktadır. Geri kalan % 19,10'luk grubun bu konuda kararsız olduğu görülmektedir.

<i>Tablo 8: "Üniversite hastaneleri birlik olursa ortak ihale ortak kaynak kullanımı vb. nedenlerle avantajlı olur." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.</i>		
ÖNERİYE CEVAP	SIKLIK	YÜZDE (%)
Kesinlikle katılmıyorum	3	6,50
Katılmıyorum	7	15,20
Kararsızım	7	15,20
Katılıyorum	14	30,40
Kesinlikle katılıyorum	15	32,70
TOPLAM	46	100,00

Üniversite hastaneleri birlik olursa ortak ihale ortak kaynak kullanımı vb. nedenlerle avantajlı olur önermesine katılımcıların en fazla % 32 ile Kesinlikle Katılıyorum cevabını verdikleri, Katılıyorum görüşünü belirtenlerin oranının % 30 ile ikinci sırada olduğu görülmektedir. Katılıyorum ve Kesinlikle Katılıyorum birlikte ele alınarak katılanların oranı % 63,1 ve Katılmıyorum ve Kesinlikle Katılmıyorum birlikte ele

alınarak katılmayanların oranı % 21,7 olmaktadır. Geri kalan % 15,20'lik grubun bu konuda kararsız olduğu görülmektedir.

Tablo 9: "Üniversite hastaneleri birlik olursa stratejik planlama ve yönetim uygulamalarında başarı artar." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.

ÖNERİYE CEVAP	SIKLIK	YÜZDE (%)
Kesinlikle katılmıyorum	5	10,90
Katılmıyorum	11	23,90
Kararsızım	2	4,30
Katılıyorum	15	32,60
Kesinlikle katılıyorum	13	28,30
TOPLAM	46	100,00

Üniversite hastaneleri birlik olursa stratejik planlama ve yönetim uygulamalarında başarı artar önermesine katılımcıların en fazla % 32 ile Katılıyorum cevabını verdikleri, Kesinlikle Katılıyorum görüşünü belirtenlerin oranının % 28 ile ikinci sırada olduğu görülmektedir. Katılıyorum ve Kesinlikle Katılıyorum birlikte ele alınarak katılanların oranı % 60,9 ve Katılmıyorum ve Kesinlikle Katılmıyorum birlikte ele alınarak katılmayanların oranı % 34,8 olmaktadır. Geri kalan % ,3'lük grubun bu konuda kararsız olduğu görülmektedir.

Tablo 10: "Üniversite hastaneleri birlik olursa ortak bilgi ağı nedeniyle daha geniş bilimsel çalışma ve yayın imkanı doğar." önermesine katılımcıların cevaplarının dağılımı.

ÖNERİYE CEVAP	SIKLIK	YÜZDE (%)
Kesinlikle katılmıyorum	5	10,90
Katılmıyorum	11	23,90
Kararsızım	6	13,00
Katılıyorum	12	26,10
Kesinlikle katılıyorum	12	26,10
TOPLAM	46	100,00

Üniversite hastaneleri birlik olursa ortak bilgi ağı nedeniyle daha geniş bilimsel çalışma ve yayın imkanı doğar önermesine katılımcıların en fazla % 26 ile Katılıyorum ve Kesinlikle Katılıyorum cevabını verdikleri, Katılmıyorum görüşünü belirtenlerin oranının % 23 ile ikinci sırada olduğu görülmektedir. Katılıyorum ve Kesinlikle Katılıyorum birlikte ele alınarak katılanların oranı % 52,2 ve Katılmıyorum ve

Kesinlikle Katılmıyorum birlikte ele alınarak katılmayanların oranı % 34,8 olmaktadır. Geri kalan % 13'lük grubun bu konuda kararsız olduğu görülmektedir.

Tablo 11: Katılımcıların en önemli zorluklar olarak ileri sürdükleri durumların dağılımı*.		
ÖNERİYE CEVAP	SIKLIK	YÜZDE (%)
Kaynak kısıtlılığı, kaynakların daralması, tahsis sorunları	58	49,15
İnsan kaynakları kalitesinin düşmesi, deneyim azalması, motivasyon düşüklüğü	19	16,10
Fiziksel yetersizlikler, yerleşim sorunları büyük boyuta ulaştı	10	8,47
Eğitim ve araştırmanın zorlaşması, düzeyin düşmesi	8	6,77
Yönetim uygulamalarında yetersizlikler ortaya çıktı	7	5,97
Kalite azalması, alt yapı kötüleşmesi ve süreçlerin bozulması	6	5,08
Performansa dayalı ödeme ve kar amacı güden kurum haline gelindi	4	3,38
Hasta profili değişti, sevk zinciri olmaması nedeniyle herkes başvurur oldu, sağlıkta şiddet arttı	3	2,54
Kalite arttı, kaynak kullanımı akılcı hale geldi	3	2,54
TOPLAM	118	100,00

Kırkbeş katılımcının açık uçlu olarak sorulmuş olan en önemli zorluklar nelerdir sorusuna verdiği toplam 118 cevabın dağılımı Tablo 11'de görülmektedir. Katılımcılar en fazla % 49,15 oranıyla kaynak kısıtlılığı, kaynakların daralmış olması ve kaynak tahsisi zorluklarının en önemli zorluklar arasında olduğu görüşündedir. Bunu % 16 ile insan kaynakları kalitesinin düşmesi, deneyim azalması ve motivasyon düşüklüğü zorluğu izlemektedir. En az olarak % 2,54 oranlarıyla hasta profili değişti, sevk zinciri olmaması nedeniyle herkes başvurur oldu, sağlıkta şiddet arttı ifadeleri ve olumlu bir görüş olarak ifade edilen kalite arttı, kaynak kullanımı akılcı hale geldi ifadesi ileri sürülmüştür.

Tablo 12: Katılımcıların gelecek dönemde yapmayı planladıkları şeylerle ilgili açık uçlu sorulara verilen cevapların dağılımı*.		
ÖNERİYE CEVAP	SIKLIK	YÜZDE (%)
Bilimsel çalışma desteği, modern cihazlar, öğrenci sayısı azaltılmalı, öğretim üyelerine baskı yapılmaması	48	47,52
Hizmet ortamı ve işletme imkanlarının geliştirilmesi, otelciliğin iyileştirilmesi	30	29,70
Kalitenin iyileştirilmesi, insana zaman ayrılması, profesyonel hizmetin iyileştirilmesi	11	10,89
Sistem iyileştirme, simülasyon merkezinin kurulması, hafta sonu poliklinikleri vb.	9	8,91
Maliyet yönetimi, SUT ödemelerinde iyileşme, borçların sıfırlanması, global bütçe ve TİG'e geçiş	3	2,98
TOPLAM	118	100,00

*Katılımcılar birden çok cevap verebildiği için verilen cevapların dağılımı tablolatırılmıştır.

Kırkbeş katılımcının açık uçlu olarak sorulmuş olan gelecek dönemde yapılması planlanan şeylerle ilgili soruya verdiği toplam 118 cevabın dağılımı Tablo 12'de görülmektedir. Katılımcılar en fazla % 47,52 oranıyla bilimsel çalışma desteği, modern cihazlar, öğrenci sayısı azaltılmalı ve öğretim üyelerine baskı yapılmaması geleceğe yönelik planlamaların arasında olduğu görüşündedir. Bunu % 29,70 ile hizmet ortamı ve işletme imkanlarının geliştirilmesi ve otelciliğin iyileştirilmesi izlemektedir. En az olarak % 2,98 oranıyla maliyet yönetimi, SUT ödemelerinde iyileşme, borçların sıfırlanması, global bütçe ve TİG'e geçiş ifadeleri ileri sürülmüştür.

Tablo 13: Katılımcıların merkezi otorite tarafından yapılacak olan iyileştirme müdahalesi açısından ileri sürdükleri durumların dağılımı*.		
ÖNERİYE CEVAP	SIKLIK	YÜZDE (%)
Öğretim üyelerine ekonomik katkı, performans sisteminin kaldırılması, ÖSS'la anlaşma yapılması	45	41,28
Özerk yapılaşma, üniversitelerin bağımsızlaştırılması	20	18,36
Öğretim üyelerinin tam zamanlı çalıştırılması ve bütün İK'nın motive edilmesi	17	15,60
Modern tıbbi donanım ve altyapı kurulması	17	15,60
İhalelerde KDV vb. muafiyetler, satınalma modellerinin geliştirilmesi, düşük maliyetli ihale kontrolü	5	4,58
Profesyonel uzman eğitimleri, kalite standartlarının uygulanması	5	4,58
TOPLAM	118	100,00

*Katılımcılar birden çok cevap verebildiği için verilen cevapların dağılımı tablolaştırılmıştır.

Kırkbeş katılımcının açık uçlu olarak sorulmuş olan merkezi otorite tarafından yapılacak olan iyileştirme müdahalesiyle ilgili soruya verdiği 118 cevabın dağılımı Tablo 13'de görülmektedir. Katılımcılar en fazla % 41,28 oranıyla öğretim üyelerine ekonomik katkı, performans sisteminin kaldırılması ve ÖSS'la anlaşma yapılması merkezi otorite tarafından yapılacak olan iyileştirme müdahalelerinin arasında olduğu görüşündedir. Bunu % 18,36 ile özerk yapılaşma ve üniversitelerin bağımsızlaştırılması izlemektedir. En az olarak % 4,58 oranlarıyla ihalelerde KDV vb. muafiyetler, satınalma modellerinin geliştirilmesi, düşük maliyetli ihale kontrolü, profesyonel uzman eğitimleri ve kalite standartlarının uygulanması ifadeleri ileri sürülmüştür.

Tablo 14: Katılımcıların mevzuat iyileştirme değişikliği hangi alanlarda yapılmalıdır önerilerinin dağılımı*.		
ÖNERİYE CEVAP	SIKLIK	YÜZDE (%)
Rektörlük, dekanlık, başhekimlik, ABD Başkanlığının seçiminde standartlaşma vb. harcama yetkilisi düzenlemeleri	33	32,67
Üniversite hastanelerinde fiyat listesinin farklı olması	31	30,69
Öğretim üyesi çalışma koşulları ve haklarının devlet hastanesindeki gibi olması, muayene çalışmalarının teşviki vb.	23	22,77
Eğitimin planlanması, değerlendirme kriterleri ve kalite standartları konulması, ARGE desteği	12	11,88
Yapı işleri ve malzeme vb. maliyetlerde ortak alım sistemi	2	1,99
TOPLAM	101	100,00

**Katılımcılar birden çok cevap verebildiği için verilen cevapların dağılımı tablolaştırılmıştır.*

Kırkbeş katılımcının açık uçlu olarak sorulmuş mevzuat iyileştirme değişikliği hangi alanlarda yapılması gerektiği ile ilgili soruya verdiği 118 cevabın dağılımı Tablo 14'de görülmektedir. Katılımcılar en fazla %32,67 oranıyla rektörlük, dekanlık, başhekimlik, ABD Başkanlığının seçiminde standartlaşma vb. ve harcama yetkilisi düzenlemeleri mevzuat iyileştirme değişikliği hangi alanlarda yapılması gerektiği görüşündedir. Bunu %30,69 ile üniversite hastanelerinde fiyat listesinin farklı olması izlemektedir. En az olarak %1,99 oranıyla yapı işleri ve malzeme vb. ve maliyetlerde ortak alım sistemi ifadeleri ileri sürülmüştür.

Tablo 15: Katılımcıların önermelere verdikleri cevapların hastanelere göre skor ortalamaları ve standart sapmaları. (Cevap skorları Mann Whitney U Testi ile karşılaştırılmıştır.)

ÖNERMELER	HASTANE	SKOR ORTALAMASI	STANDART SAPMA	EN KÜÇÜK VE EN BÜYÜK DEĞER	P DEĞERİ
Üniversite hastaneleri birlik olmalıdır	Cerrahpaşa (n=35)	3,20	1,53	1 - 5	0,066
	Çapa (n=10)	4,20	1,22	2 - 5	
Üniversite hastaneleri birlik olursa daha iyi yönetilir	Cerrahpaşa	3,09	1,50	1 - 5	0,105
	Çapa	4,00	1,15	2 - 5	
Üniversite hastaneleri birlik olursa kaynak kullanım verimliliği artar	Cerrahpaşa	3,29	1,42	4 - 5	0,030
	Çapa	4,40	1,96	2 - 5	
Üniversite hastaneleri birlik olursa topluma daha iyi hizmet eder	Cerrahpaşa	2,94	1,39	2 - 5	0,040
	Çapa	4,00	1,24	2 - 5	
Üniversite hastaneleri birlik olursa performansı değerlendirmek kolaylaşır	Cerrahpaşa	2,82	1,38	4 - 5	0,049
	Çapa	3,90	1,19	2 - 5	
Üniversite hastaneleri birlik olursa kar getiren hizmetler ön plana çıkar	Cerrahpaşa	3,03	1,29	2 - 5	0,055
	Çapa	3,90	1,10	2 - 5	
Üniversite hastaneleri birlik olursa ortak ihale kaynak kullanımı vb. nedenlerle avantajlı olur	Cerrahpaşa	3,44	1,28	4 - 5	0,08
	Çapa	4,30	1,05	2 - 5	
Üniversite hastaneleri birlik olursa stratejik planlama ve yönetim uygulamalarında başarı artar	Cerrahpaşa	3,24	1,39	2 - 5	0,060
	Çapa	4,10	1,28	2 - 5	
Üniversite hastaneleri birlik olursa ortak bilgi ağı nedeniyle daha geniş bilimsel çalışma ve yayın imkanı doğar	Cerrahpaşa	3,21	1,43	4 - 5	0,694
	Çapa	3,50	1,26	2 - 5	

Araştırmada yer alan toplam 9 önermenin cevap skorlarının araştırma hastanelerine göre karşılaştırılması gsterilmektedir. İstanbul Tıp Fakóltesi hastanesinden 10 katılımcı olduğu için analizde nonparametrik ynteme başvurulmuş ve skorlar Mann-Whitney U Testi ile analiz edilmiştir. “Üniversite hastaneleri birlik olursa kaynak kullanım verimliliği artar”, “Üniversite hastaneleri birlik olursa topluma daha iyi hizmet eder” ve “Üniversite hastaneleri birlik olursa performansı değerlendirmek kolaylaşır” önermelerinde hastaneler arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. ($P<0,05$)

Her üç önermede de İstanbul Tıp Fakóltesi Hastane Yöneticilerinin Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Hastane Yöneticilerine göre daha yüksek skor verdiği anlaşılmaktadır.



**Tablo 16: Önermelerden elde edilen skorların birbirleriyle korelasyonu.
(Spearman'ın Korelasyon analizi ile elde edilmiştir.)**

	Üniversite hastaneleri birliktir olmalı	Üniversite hastaneleri birliktir olursa daha iyi yönetilir	Üniversite hastaneleri birliktir olursa kaynak kullanımını verimliliği artar	Üniversite hastaneleri birliktir olursa topluma daha iyi hizmet eder	Üniversite hastaneleri birliktir olursa performansını değerlendirmek kolaylaşır	Üniversite hastaneleri birliktir olursa kar getiren hizmetler ön plana çıkar	Üniversite hastaneleri birliktir olursa ortak ihale ortak kaynak kullanımını vb. nedenlerle avantajlı olur	Üniversite hastaneleri birliktir olursa stratejik planlama ve yönetim uygulamalarında başarı artar	Üniversite hastaneleri birliktir olursa ortak bilgi ağı nedeniyle daha geniş bilimsel çalışma ve yayın imkanı doğar
Üniversite hastaneleri birliktir olmalı		r=,925 P=,000	r=,859 P=,000	r=,857 P=,000	r=,813 P=,000	r=,417 P=,004	r=,694 P=,000	r=,889 P=,000	r=,650 P=,000
Üniversite hastaneleri birliktir olursa daha iyi yönetilir			r=,877 P=,000	r=,885 P=,000	r=,799 P=,000	r=,368 P=,011	r=,651 P=,004	r=,885 P=,000	r=,703 P=,000
Üniversite hastaneleri birliktir olursa kaynak kullanımını verimliliği artar				r=,907 P=,000	r=,876 P=,000	r=,362 P=,013	r=,794 P=,000	r=,858 P=,000	r=,684 P=,000
Üniversite hastaneleri birliktir olursa topluma daha iyi hizmet eder					r=,838 P=,000	r=,450 P=,001	r=,726 P=,000	r=,826 P=,000	r=,693 P=,000
Üniversite hastaneleri birliktir olursa performansını değerlendirmek kolaylaşır						r=,357 P=,015	r=,740 P=,000	r=,823 P=,000	r=,658 P=,000
Üniversite hastaneleri birliktir olursa kar getiren hizmetler ön plana çıkar							r=,412 P=,004	r=,400 P=,006	r=,110 P=,465
Üniversite hastaneleri birliktir olursa ortak ihale ortak kaynak kullanımını vb. nedenlerle avantajlı olur								r=,790 P=,000	r=,475 P=,001
Üniversite hastaneleri birliktir olursa stratejik planlama ve yönetim uygulamalarında başarı artar									r=,667 P=,000
Üniversite hastaneleri birliktir olursa ortak bilgi ağı nedeniyle daha geniş bilimsel çalışma ve yayın imkanı doğar									

Spearman'ın korelasyon analizi ile önermelere katılımcıların verdiği cevap skorlarının birbirleriyle ilişkisi incelenmiştir. Bütün önermelerin birbirleriyle pozitif; orta veya güçlü düzeyde ilişkisi bulunmuştur ($P<0,05$). Bu durum katılımcıların rastgele cevap vermeyip konuya odaklanmış olduğunu göstermekte ve bütüncül çözümün sadece bir-iki iyileştirme ile değil, yönetimin bütün olarak iyileştirilmesiyle olacağına inandığını ortaya koymaktadır.



Tablo 17: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde görev yapan hekim ve hekim olmayan yöneticilerin verdiği cevapların karşılaştırılması

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Üniversite hastaneleri hastaneleri birlik olmalı is the same across categories of cerrahpaşa idareci veya hekim idareci.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.078 ¹	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Üniversite hastaneleri birlik olursa daha iyi yönetilir is the same across categories of cerrahpaşa idareci veya hekim idareci.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.062 ¹	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Üniversite hastaneleri birlik olursa kaynak kullanımı verimliliği artar is the same across categories of cerrahpaşa idareci veya hekim idareci.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.541 ¹	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Üniversite hastaneleri birlik olursa topluma daha iyi hizmet eder is the same across categories of cerrahpaşa idareci veya hekim idareci.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.203 ¹	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Üniversite hastaneleri birlik olursa performans değerlendirmek kolaylaşır is the same across categories of cerrahpaşa idareci veya hekim idareci.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.565 ¹	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Üniversite hastaneleri birlik olursa kar getiren hizmetler ön plana çıkar is the same across categories of cerrahpaşa idareci veya hekim idareci.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.749 ¹	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of Üniversite hastaneleri birlik olursa ortak ihale ortak kaynak kullanımı vb. nedenlerle avantajlı olur is the same across categories of cerrahpaşa idareci veya hekim idareci.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.931 ¹	Retain the null hypothesis.
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
8	The distribution of Üniversite hastaneleri birlik olursa stratejik planlama ve yönetim uygulamalarında başarı artar is the same across categories of cerrahpaşa idareci veya hekim idareci.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.214 ¹	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of Üniversite hastaneleri birlik olursa ortak bilgi ağı nedeniyle daha geniş bilimsel çalışma ve yayın imkanı doğar is the same across categories of cerrahpaşa idareci veya hekim idareci.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.821 ¹	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

¹Exact significance is displayed for this test.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde görev yapmakta olan yöneticilerin hekim ve hekim olmayan ayrımı ile verdiği cevaplara bakıldığında dokuz önermenin her biri için anlamlı bir farklılaşmaya ilişkin kanıt elde edilememiştir ($p > 0,05$)

Tablo18: İstanbul ve Cerrahpaşa Tıp Fakültelerinin Hastanelerindeki Hekim Olmayan Yöneticilerin Görüşleri.

Hastane	Üniversite hastaneleri i hastaneler i birlik olmalı	Üniversite hastaneler i birlik daha iyi yönetilir	Üniversite hastaneler i birlik olursa kaynak kullanımı verimliliği artır	Üniversite hastaneler i birlik olursa topluma daha iyi hizmet eder	Üniversite hastaneleri birlik olursa performansı değerlendirme k kolaylaşır	Üniversite hastaneler i birlik olursa kar getiren hizmetler ön plana çıkar	Üniversite hastaneler i birlik olursa ortak ihale ortak kaynak kullanımı vb. nedenlerle avantajlı olur	Üniversite hastaneleri birlik olursa stratejik planlama ve yönetim uygulamalarında başarı artar	Üniversite hastaneler i birlik olursa ortak bilgi ağı nedeniyle daha geniş bilimsel çalışma ve yayın imkanı doğar	
Cerrahpaşa Tıp Fak.	N	10	10	10	10	10	10	10	10	
	Ortalama	4,00	3,90	3,67	3,50	3,22	3,20	3,50	3,80	3,20
	Std. Sapma	1,155	1,370	1,323	1,354	1,202	1,317	1,179	1,033	1,398
	Minimum	2	1	1	1	1	2	2	2	1
	Maksimum	5	5	5	5	4	6	5	5	5
	Birinci Çeyrek	3,50	3,50	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,50	2,00
	Ortanca	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00	3,50
	Üçüncü Çeyrek	5,00	5,00	4,50	4,25	4,00	4,00	4,25	4,25	4,25
İstanbul Tıp Fak.	N	10	10	10	10	10	10	10	10	
	Ortalama	4,20	4,00	4,40	4,00	3,90	3,90	4,30	4,10	3,50
	Std. Sapma	1,229	1,155	,966	1,247	1,197	1,101	1,059	1,287	1,269
	Minimum	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Maksimum	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Birinci Çeyrek	3,50	3,50	4,00	2,75	2,75	3,50	3,75	2,75	2,00
	Ortanca	5,00	4,00	5,00	4,50	4,00	4,00	5,00	5,00	3,50
	Üçüncü Çeyrek	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

Bu değerler Mann Whitney U Testi ile karşılaştırılmış ve P değerlerinin hepsi 0.05'ten daha büyük olduğu için aralarında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

3.3 Sonuç ve neriler

Bu çalışmada son yıllarda birçok kişi tarafından dillendirilen ve bazı resmi raporlarda önerilen bir seçenek olarak, niversite hastanelerinin tamamının (70) Sağlık Bakanlığı'nda olduğu gibi hastane birlikleri haline getirilmesi ve bugün içinde bulunduğu finansal krizden bu Şekilde kurtulması nerisi ele alınmıştır. Üniversite hastanelerinin işlevleri eğitim, araştırma ve tıbbi hizmet olarak üç ana başlık altında incelenmektedir. Ayrıca referans hastaneleri olarak genel hizmet hastanelerinde veya gereğinde Sağlık Bakanlığı'nın eğitim araştırma hastanelerinde tanı konulamamış komplike vakaların akademik incelenmesinde ve tanıya kavuşturulmasında tartışmasız bir önem taşımaktadır. Bu hastanelerin varlığını sürdürürken yönetim zayıflıklarının nasıl giderileceğine ilişkin birçok tartışma konusu vardır. Özetle niversite hastaneleri bugünkü durumuyla devam edemeyeceğine göre gelecekte aşağıdaki üç seçenekten birisi ile sonuçlanacak bir süreç yaşanmaktadır.

- 1) niversite hastanelerine Maliye Bakanlığı'ndan sürekli ek denek aktarılarak negatif mali durumlarının pozitifte çevrilmesi ve açıklarının kapatılması.
- 2) niversite hastanelerinin verimliliğini artıracak yeni bir yapıya kavuşturulup kendi olanaklarıyla varlığını sürdürecek Őekle sokulması (niversite hastanelerinin tek bir birlik çatısında mali ve yönetsel dayanışmasının sağlanması da bu önerilerden biridir).
- 3) niversite hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile işletmesinin Sağlık Bakanlığınca yapılması, eğitim ve araştırma fonksiyonlarının niversite ile afilyasyon Şeklinde yürütülmesi.

Bu çalışmada ikinci seçenek ele alınmış ve özellikle yöneticilerin ikinci seçeneğe bir öneri olarak bakış açıları öğrenilmeye çalışılmıştır.

Genel olarak niversite hastanelerini yönetenlerin büyük bir hassasiyet gösterdikleri hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri konusu özellikle açıkça sorulmamıştır. Onların açık uçlu önerilerdeki ifadeleriyle görüşleri ve tutumları belirlenmeye çalışılmıştır.

Birinci seçenekte belirtilen hastanelerin bu haliyle devam etmesi ve devletin bu hastaneleri eğitim ve araştırmayı desteklemek adına sürekli sübvansiyon etmesi görüşü üniversite hastanelerindeki yöneticilerin genel isteğidir, ancak bunun sürdürülebilir olmadığı son dönemlerde daha iyi anlaşılmıştır. Hastaneleri Sağlık Bakanlığına teslim etmek veya birlik olmak seçenekleri arasında ikincinin tercih edildiği görülmektedir. Bazı yöneticiler de üniversite hastanelerinin devletçe sübvansiyonu seçeneğinden başka her seçeneği reddeden tutumunu sürdürmektedir. Bu çalışmada, görüşülen yöneticilerin yaklaşık % 40'nın ortaya konulan 9 önerinin hepsine katılmayarak üniversite hastane birliklerine de karşı görüş ileri sürmesi bu grubun her durumda hastaneleri devletin sübvansiyon etmesi gerektiğine inandığını göstermektedir. Bu grubun dışında kalan % 60'lık kitlenin ise çözüm arayışlarına sıcak baktığını ve üniversite hastane birliklerinin bazı yararları olduğunu kabul ettiğini söyleyebiliriz.

"Üniversite hastaneleri birlik olmalıdır" önermesine olumlu bakanların oranı yaklaşık % 57'dir. Grubun % 4,3'ünün bu konuda kararsız olduğu görülmektedir. "Üniversite hastaneleri birlik olursa daha iyi yönetilir" önermesine olumlu bakanların oranı % 55'dir. Grubun % 6,3'ü bu konuda fikrim yok şeklinde cevap vermiştir. "Üniversite hastaneleri birlik olursa kaynak kullanımındaki verimlilik artar" önermesine olumlu bakanların oranı yaklaşık % 65'dir. Grubun % 6,5'luk bir oranla bu konuda fikir vermediği görülmüştür. "Üniversite hastaneleri birlik olursa topluma daha iyi hizmet eder" önermesine olumlu bakanların oranı yaklaşık % 51'dir. Fikrim yok görüşünde olanların oranı % 6,3'tür. "Üniversite hastaneleri birlik olursa performansı değerlendirmek kolaylaşır" önermesine olumlu yaklaşanların oranı % 54'tür. Grubun % 2,2'sinin bu konuda fikri yoktur. "Üniversite hastaneleri birlik olursa kar getiren hizmetler ön plana çıkar" önermesine olumlu bakanların ve bakmayanların oranı yaklaşık olarak % 40'tır. Geri kalan % 19,1'lik oranın bu konuda kararsız olduğu görülmektedir. "Üniversite hastaneleri birlik olursa ortak ihale ortak kaynak kullanımı vb. nedenlerle avantajlı olur" önermesine olumlu bakanların oranı yaklaşık % 63'tür. Grubun %15,2'si bu konuda fikrim yok şeklinde cevap vermiştir. "Üniversite hastaneleri birlik olursa stratejik planlama ve yönetim uygulamalarında başarı artar" önermesine katılanların oranı % 60'tır. Grubun % 4,3'ü bu konuda fikrim yok şeklinde cevap vermiştir. "Üniversite hastaneleri birlik olursa ortak bilgi ağı nedeniyle daha geniş bilimsel çalışma ve yayın imkanı doğar" önermesine olumlu yaklaşanların oranı % 52'dir. Grubun % 13'ünün bu konuda kararsız olduğu görülmektedir.

Katılımcılar Üniversite Hastanelerinde karşılaşılan en önemli zorluklar açık uçlu sorusuna üçer adet zorluk yazabilmekteydi. Kırk beş katılımcının toplam 118 cevap gelmiş olup cevapların % 49'u özellikle mali kaynakların daralmasını ve tahsisat sorunlarını belirtmiştir. Bunun dışında % 16 ile insan kaynakları ile ilgili yetkililiğin ve motivasyonun azalması, % 8,5 ile fiziksel yetersizlikler ve yerleşim sorunları ifade edilmiştir. Özellikle üç cevabın (% 2,54) kalitenin arttığını ve kaynak kullanımındaki iyileşmeyi ve verimliliğin artmasını dile getirmesi dikkat çekmektedir. Cevaplarda üniversite hastanelerinin finansal ve insan kaynağı olarak darlık içinde olduğu, yönetim süreçlerinin beklenen iyileşmeyi sağlamaktan uzak olduğu ve üniversite hastanelerinin yeni bir yapılanmaya ihtiyacı olduğu anlaşılmaktadır.

Katılımcıların gelecekte yapmayı planladığı iyileşme faaliyetleri sorulduğunda bunların hiçbirinin verdikleri cevaplarda yer alan önerilerinin hiçbirinin onların yetki alanı içinde olmadığı ve merkezi karar alma makamlarından iyileştirici stratejiler bekledikleri ancak kendilerinin faaliyetlerinin düzeltici bir motivasyon içinde olmadığı anlaşılmaktadır. Bilimsel çalışmaların desteklenmesi, öğrenci sayısının azaltılması, hizmet ortamlarının iyileştirilmesi, borçların sıfırlanması, global bütçe ve Teşhise İlişkili Gruplara (TİG) geçiş gibi ifadeler buna örnek gösterilebilir.

Tablo 13'te sunulan ve merkezi otorite tarafından yapılmasını istedikleri iyileştirme önerilerine bakıldığında üst paragrafta açıklanan ve kendilerinin planladığı sorusuna verdikleri yanıtların benzerleri karşımıza çıkmaktadır. (Bakınız Tablo 12 ve 13)

Katılımcılara mevzuat iyileştirme veya mevzuat değişikliği ile ilgili önerileri sorulduğunda bütün önerilerin bugünkü mevcut durumu iyileştirme düzeyi ile limitli olduğu verildiği dikkatimizi çekmektedir. Üniversite hastaneleri birliği vb. yapısal reform gibi benzeri görüşlerinin bulunmadığı görülmektedir. Arge desteği eğitimin desteklenmesi üniversite hastanelerinin fiyat listesinin farklı olması vb. öneriler ileri sürülmüştür ve bunlar yetkililerce dikkate alınmalıdır. Sadece iki kişinin (% 1,99) yapı işleri ve malzeme vb. maliyetlerde ortak alım sistemi kurulmasını önerdiği görülmektedir.

"Üniversite hastaneleri birlik olursa kaynak kullanımındaki verimlilik artar". "Üniversite hastaneleri birlik olursa topluma daha iyi hizmet eder" ve "Üniversite hastaneleri birlik olursa performansı değerlendirmek kolaylaşır" önermelerinde İstanbul Tıp Fakültesi yöneticilerinin Cerrahpaşa Tıp Fakültesindeki yöneticilerine göre daha fazla destek

verdiği görülmüştür. İstanbul Tıp yöneticilerinin tamamı idari kadrodan olduğu için bunların Cerrahpaşa'nın idari yöneticileriyle karşılaştırılmasında anlamlı bir fark çıkmamış hekim idarecileriyle aralarında anlamlı fark çıkmıştır. Bu nedenle farkın hastaneler arasında değil hekim ve hekim olmayan idareciler arasında olduğu ortaya çıkmaktadır. Hekim idarecilerin bugünkü durumun değişmesini daha az desteklediği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 16 ve 17' de 9 araştırmada yer alan 9 önerinin sekizinin birbiriyle ilişkili olduğu yalnızca kontrol maksatlı ve olumsuz taraftan kurgulanan "üniversite hastaneleri birlik olursa kar getiren hizmetler ön plana çıkar" önermesi diğer sekizi ile korele çıkmamıştır. Bu da hipotezimizle uyumlu beklenen bir durumdur ve katılımcıların cevapları rastgele işaretlemediğinin bir güvencesi olarak kabul edilmiştir.

Öneriler:

- 1) Üniversite hastanelerinde yapısal bir değişikliğe gidilmelidir.
- 2) Üniversite hastanelerinin varlığı yine üniversiteler içinde sürdürülürken Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görülen iyileştirmelere benzer yenilikler burada da yapılmalıdır.
- 3) Üniversite hastaneleri tek tek değil birlik çatısı altında birleştirilmelidir fikri üniversite camiasında tekrar tartışmaya açılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1) SUR H., BERBER A., İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı; Kamu Hastanelerinin Özerkleştirilmesi ve Ülkemizdeki Gelişmelere Yönelik Bir Araştırma Yüksek Lisans Tezi (Erişim Tarihi 04 Nisan 2017)
- 2) YÜKCÜ S., YÜKSEL İ., Hastane İşletmelerinde Kısıtlar Teorisi Yaklaşımı; <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/30615> (Erişim Tarihi: 19 Mart 2017)
- 3) CAN A., İBİCİOĞLU H., Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi; edergi.sdu.edu.tr/index.php/iibfd/article/view/1434/1513 (Erişim Tarihi: 19 Mart 2017)
- 4) http://www.academia.edu/767253/%C3%9Cniversite_Hastaneleri_ve_D%C3%B6ner_Sermaye_Sistemlerinin_%C4%B0%C5%9Fleyi%C5%9Fi_Sorunlar_ve_%C3%87%C3%B6z%C3%BCm_%C3%96nerileri (Erişim Tarihi: 19 Mart 2017)
- 5) <http://www.derszamani.net/hastanelerin-tarihsel-gelisimi.html> (Erişim Tarihi: 01 Nisan 2017)
- 6) SUR H., Dünyada ve Türkiye de Sağlık Yöneticiliği; <http://www.merih.net/m1/whaysur16.htm> (Erişim Tarihi: 19 Mart 2017)
- 7) https://www.researchgate.net/profile/Zafer_Caliskan/publication/257128979_Economies_of_Scale_and_Scope_in_Turkish_Hospitals/links/00b49524b1e46c3379000000.pdf (Erişim Tarihi: 02 Nisan 2017)
- 8) HAYRAN O., Sağlık Yönetimi Yazıları; <https://www.researchgate.net/publication/305656763> (Erişim Tarihi: 20 Mart 2017)
- 9) SONGUR H., SAYGIN T., Şifahaneden Hastaneye; http://sbedergi.sdu.edu.tr/assets/uploads/sites/343/files/haluk_songur-04052014.pdf (Erişim Tarihi: 20 Mart 2017)
- 10) SUR H., Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi; <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (Erişim Tarihi: 20 Mart 2017)
- 11) http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11607/789/alg%C4%B1n_okursoy_tez.pdf?sequence=3&isAllowed=y (Erişim Tarihi 07 Mayıs 2017)
- 12) http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44162954/5000046381-5000062863-1-PB.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1497707544&Signature=cJWLENS6Z5eld97FnpAreDztjsc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DHastane_Endustrisinde_Degisen_Sinirlar_A.pdf (Erişim Tarihi 15 Haziran 2017)
- 13) [file:///C:/Users/tosh%C4%B1ba/Downloads/1089004817-5000395940-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/tosh%C4%B1ba/Downloads/1089004817-5000395940-1-PB%20(1).pdf) (Erişim Tarihi 07 Mayıs 2017)
- 14) IŞIK A., Tr'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler; <http://atif.sobiad.com/sobiadfiles/sobiadarsiv2/TBTKK/iaoj/56.pdf> (Erişim Tarihi: 19 Mart 2017)
- 15) AKDUR R., Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık; www.recepakdur.com/upload/CUMHURİYETTEN_GÜNÜMÜZE_TÜRKİYE.pdf (Erişim Tarihi: 19 Mart 2017)

- 16) PALA K., Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu;
https://www.researchgate.net/profile/Kayihan_Pala/publication/280230044_Turkiye_icin_nasil_bir_saglik_reformu/links/55ae1bb308aee079921e6f53.pdf (Erişim Tarihi: 19 Mart 2017)
- 17) ERENÇİN A., YOLCU V., Tr'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi;
www.msydergi.com/uploads/dergi/151.pdf (Erişim Tarihi: 19 Mart 2017)
- 18) ÖZTÜRK E.Y., Türk Sağlık Sektörü ve Üniversite Hastaneleri;
<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/116658> (Erişim Tarihi: 19 Mart 2017)
- 19) UĞURLUOĞLU Ö., Üniversitede Uygulanan Organizasyonun Değerlendirilmesi;
http://www.infolla.com/dosyalar/articleextension/635822313615898853_72-494-1-PB.pdf (Erişim Tarihi: 19 Mart 2017)
- 20) AYDIN e., Tıp Fakültelerinin Hizmet İşlevi ve Etik;
eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/481.pdf (Erişim Tarihi: 19 Mart 2017)
- 21) ŞAHİN İ., Sağlık Kurumlarında Göreceli Verimlilik Ölçümü;
http://www.todaie.edu.tr/resimler/ekler/cc219f6c4c7d175_ek.pdf?dergi=Amme%20Idaresi%20Der%20gisi (Erişim Tarihi: 26 Mart 2017)
- 22) DOĞAN M., Hastane Verimliliği Konusunda Hemşirelerin Algıları;
https://www.researchgate.net/profile/Halim_Tatli/publication/288987917_Hastane_Verimliliği_Konusunda_Hemşirelerin_Algıları_Bingöl_Devlet_Hastanesinde_Bir_Uygulama_Nurse's_Perception_about_Productivity_of_Hospitals_An_Application_at_Bingöl_State_Hospital/links/5687e72a08ae19758398d5fe.pdf (Erişim Tarihi: 26 Mart 2017)
- 23) https://www.researchgate.net/profile/Paul_Gertler/publication/8982599_Trends_In_Hospital_Consolidation_The_Formation_Of_Local_Systems/links/0fcfd50e614de93f0d000000/Trends-In-Hospital-Consolidation-The-Formation-Of-Local-Systems.pdf (Erişim Tarihi 03 Nisan 2017)
- 24) YÜKSEL A., Hastanelerde Maliyet Analizi;
https://www.journalagent.com/terh/pdfs/TERH_6_1_126_129.pdf (Erişim Tarihi: 26 Mart 2017)
- 25) KARAHAN A., Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi;
<http://sbe.balikesir.edu.tr/dergi/edergi/c12s21/makale/c12s21m13.pdf> (Erişim Tarihi: 26 Mart 2017)
- 26) <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/jobs/article/view/1104000037/1104000062> (Erişim Tarihi: 27 Mart 2017)
- 27) <http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423871186.pdf> (Erişim Tarihi: 19 Mart 2017)
- 28) <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/36/1525/16762.pdf> (Erişim Tarihi: 27 Mart 2017)
- 29) <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/36/1635/17528.pdf> (Erişim Tarihi: 27 Mart 2017)
- 30) MORIKAWA Masayuki Economies of Scale and Hospital Productivity: An empirical analysis of medical area level panel data <http://www.rieti.go.jp/jp/publications/dp/10e050.pdf> (Erişim Tarihi 07 Mayıs 2017)
- 31) Kurt Leodolter, SUR H., Hastane Hizmetlerinde Ölçek Ekonomisi;
<http://www.merih.net/m1/whaysur22.htm> (Erişim Tarihi: 27 Mart 2017)

32) <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603005513> (Erişim Tarihi: 02 Nisan 2017)

33) www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf (Erişim Tarihi 27 Temmuz 2017)

34) <http://www.ito.org.tr/Dokuman/Sektor/1-71.pdf> (Erişim Tarihi 27 Temmuz 2017)

35) BEKÇİ İ., ÖZAL H., Stratejik Maliyet Yönetiminin Sağlık Sektöründe Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma; <http://iibfaacd.kilis.edu.tr/article/view/1094000028/1094000025> (Erişim Tarihi: 27Mart 2017)

36) <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/makusobed/article/view/5000189798/5000173883> (Erişim Tarihi 15 Haziran 2017)



EKLER

Ek 1: Anket

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu anket formu; Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı, Prof Dr. Haydar SUR danışmanlığında yürütülmekte olan "Üniversite Hastanelerinde Ölçek Ekonomileri Yaklaşımının Geçerliliği" konulu yüksek lisans tezi araştırmasında kullanılmak üzere geliştirilmiştir.

Ankete katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anket çok kısa sürede cevaplandırabileceğiniz şekilde hazırlanmaya çalışılmıştır. Soruların eksiksiz şekilde cevaplandırılması, sağlıklı sonuç almamızı sağlayacağı için önem taşımaktadır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz cevaplar tarafımda saklı tutulacak olup yalnızca bu akademik çalışma için kullanılacak ve bilgiler hiçbir kişi ya da kurumla paylaşılmayacaktır. Lütfen anketlerin üzerine isim belirtmeyiniz.

İlgi ve yardımlarınız için teşekkür ediyoruz.

Sema ŞENTÜRK

Yüksek Lisans Öğrencisi

Bu bölümde Üniversite Hastanelerinin Kamu Hastaneleri Birliği gibi birlik olmasına ilişkin görüşlerinizi öğrenmek amacıyla çeşitli sorular verilmiştir. Lütfen bu soruları kendi düşünceleriniz doğrultusunda;

1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Fikrim Yok, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum, seçeneklerinden birini tik (X) koyarak cevaplandırınız.

SORU NO	SORULAR	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Üniversite Hastaneleri birlik olmalıdır.					
2.	Üniversite Hastaneleri birlik haline gelirse daha iyi yönetilir.					
3.	Üniversite Hastaneleri birlik haline gelirse kaynak kullanımındaki verimlilik artar.					
4.	Üniversite Hastaneleri birlik haline gelirse topluma daha iyi hizmet eder.					
5.	Üniversite Hastaneleri birlik haline gelirse performansı yönetmek ve değerlendirmek kolaylaşır.					
6	Üniversite Hastaneleri birlik haline gelirse kar getiren hizmetler ön plana çıkar.					
7.	Üniversite Hastaneleri birlik haline gelirse ortak ihale, ortak kaynak kullanımı vb. nedenlerle ölçek ekonomilerinde avantajlı duruma gelir.					
8.	Üniversite Hastaneleri birlik haline gelirse stratejik planlama ve yönetim uygulamalarında başarı oranımız artar.					
9.	Üniversite Hastaneleri birlik haline gelirse ortak bilgi ağı nedeniyle daha geniş çaplı bilimsel araştırma ve yayın imkanı doğar.					

Aşağıda verilen sorularım yorum sorusu olup bu sorular için bir kaç dakikanızı ayırıp cevaplamanızı rica eder, şimdiden ayırdığınız değerli vaktiniz için teşekkürü bir borç bilir iyi çalışmalar dilerim.

1.) Hastanenizin 10 yıl önce yaşadığı zorlukları şu anki süreçte yaşananlar ile kıyaslandığında ne gibi farklar oluşturmuştur? Size göre en önemli 3 maddeyi yazınız.

- 1.)
- 2.)
- 3.)

2.) Bundan sonraki dönemde yapmayı planladığınız ama henüz gerçekleştiremediğiniz şeyler nelerdir? Size göre en önemli 3 maddeyi yazınız.

- 1.)
- 2.)
- 3.)

3.) Üniversite Hastanelerinde merkezi otorite tarafından yapılacak iyileştirme müdahalesi neler olabilir? Size göre önemli 3 maddeyi yazınız.

- 1.)
- 2.)
- 3.)

4.) Üniversite Hastanelerinde mevzuat değişikliği hangi alanda yapılmalıdır? Size göre önemli 3 maddeyi yazınız.

- 1.)
- 2.)
- 3.)

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Sema ŞENTÜRK

Doğum Yeri ve Tarihi: İstanbul-Bakırköy 05/05/1983

Yabancı Dili: İngilizce

İletişim (Telefon/e-posta): 0553 295 21 43 - semasenturk2830@gmail.com

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl) Lise: Zeytinburnu İ.H.L. mezunu

Lisans: Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi mezunu

Yüksek Lisans: İstanbul Üniversitesi Sağlık Yönetimi Tezsiz Yüksek Lisans mezunu

Çalıştığı Kurum ve Yıl: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Gider İdaresi
Süreç Yöneticiliği Satınalma İhale Birimi

Diğer Konular: Microsoft Office Programları (Word, excel ve power point), muhasebe programları (logo, logo go ve logo tiger), Anadolu Üniversitesi Sosyoloji Bölümü İkinci sınıf öğrencisi.